

**António Vasco Antunes Neves de Oliveira**

**Acufenos: Caracterização biopsicossocial, desenvolvimento e avaliação da eficácia  
de uma intervenção psicológica**

**Universidade Fernando Pessoa**

**Porto 2015**



**António Vasco Antunes Neves de Oliveira**

**Caracterização biopsicossocial, desenvolvimento e avaliação da eficácia de uma  
intervenção psicológica**

**Universidade Fernando Pessoa**

**Porto 2015**

**©2015**

**António Vasco Antunes Neves de Oliveira**

**“TODOS OS DIREITOS RESERVADOS”**

**António Vasco Antunes Neves de Oliveira**

**Caracterização biopsicossocial, desenvolvimento e avaliação da eficácia de uma intervenção psicológica**

Tese apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Doutor em Ciências Sociais (Especialização em Psicologia da Saúde) sob orientação da Professora Doutora Rute Meneses e co-orientação do Professor Doutor Nuno Trigueiros da Cunha



## RESUMO

O presente estudo pretende abordar a problemática dos acúfenos, procurando, de entre vários indicadores biopsicossociais, identificar os que mais contribuem para uma menor Qualidade de Vida (QDV), que a literatura associa aos indivíduos com acúfenos, e testar uma intervenção terapêutica baseada na biblioterapia, que, sendo simples e acessível, possa contribuir para uma melhoria da sua QDV.

A primeira parte inclui três artigos que pretendem fazer o enquadramento teórico dos acúfenos, a sua abordagem e intervenção terapêutica, além de aspectos associados à QDV destes indivíduos. Na segunda parte encontra-se um capítulo referente ao Método e 7 artigos onde é apresentada a caracterização de vários indicadores biopsicossociais (processamento auditivo central, hiperacusia, estratégias de *coping*, auto-eficácia, optimismo e espiritualidade, satisfação com o suporte social, ansiedade e depressão) e correlatos de 58 indivíduos com acúfenos, existindo ainda dois artigos, um referente à caracterização e preditores da QDV desses indivíduos, e outro sobre a avaliação de um manual desenvolvido como instrumento de promoção da sua QDV através da melhoria dos indicadores psicossociais seleccionados.

Os resultados mostram que os indivíduos que sentiam os acúfenos como mais intensos, os que apresentavam hiperacusia, e os que apresentavam queixas de vertigem, eram quem tinha maior incómodo pela presença dos acúfenos e pior QDV. Verificou-se igualmente que algumas estratégias de *coping* e a ansiedade estavam correlacionadas com pior QDV, sendo esta última o seu melhor preditor, explicando 13,2% da variação.

Os resultados associados à intervenção revelam que quem usou o manual apresentou melhoria da sua QDV, enquanto que quem não teve acesso ao manual apresentou uma significativa diminuição. Os valores relativos à utilidade do manual são moderados e estão de acordo com os da literatura.

Sendo o manual um instrumento simples e com baixo custo, poderá ser de considerar o seu uso alargado em contextos de saúde e vários profissionais, como primeira

abordagem a estes pacientes. Estudos com outro tipo de intervenções terapêuticas associadas ao manual poderão dar indicadores de quais os seus níveis de eficácia, promovendo assim a investigação na problemática dos acúfenos, procurando igualmente sensibilizar a população geral para um aspecto relativamente comum mas ainda pouco divulgado.

Palavras-Chave: acúfenos, biblioterapia, indicadores biopsicossociais, manual, qualidade de vida

## **ABSTRACT**

This study aims to address the problem of tinnitus and seek the biopsychosocial indicators that it could be related with, trying to evaluate which ones contribute to a lower quality of life (QOL) that literature associates with individuals with tinnitus, and trying to find an intervention therapy based on bibliotherapy, that, being simple and affordable, can contribute to improve their QOL.

The first part of the study presents three theoretical articles intended to make the framework for tinnitus, its approach and therapeutic intervention, and the aspects related to QOL of these individuals. In the second part, there is a chapter on Method, and 7 articles with the characterization of various biopsychosocial indicators studied in 58 individuals with tinnitus (central auditory processing, hyperacusis, coping, self-efficacy, optimism and spirituality, satisfaction with social support, anxiety and depression), and also two articles, one concerning the characterization and QOL predictors of these individuals, and the other to evaluate the use of a manual as a tool promoting QOL of them by improving the psychosocial indicators evaluated previously.

The results shows that individuals who felt tinnitus as more intense, those with hyperacusis, and those with vertigo complaints were those who were more uncomfortable by tinnitus and have worse QOL. It was also found that some coping strategies and anxiety were correlated with worse QOL, the latter being the best predictor, explaining 13.2 % of the variation.

The results associated with the use of the manual reveals that those who used it showed improvement in their QOL, while those who did not have access to it showed a significant decrease. The values obtained for manual utility are mild and are in agreement with those reported in the literature.

Being a simple and inexpensive instrument, it may be to consider widespread use of manual in healthcare settings and with various professionals as first approach to these patients. Studies with other therapeutic interventions associated with the use of the

manual can give indicators of what their levels of effectiveness are, thus promoting research on the problem of tinnitus, also seeking to sensitize the general population for a relatively common aspect but still little disclosed.

Keywords: bibliotherapy, biopsychosocial indicators, manual, quality of life, tinnitus.

## RESUMÉE

Cette étude vise résoudre le problème des acouphènes et chercher des indicateurs biopsychosociaux avec une relation à une moins bonne qualité de vie (QDV), que la littérature montre être associé avec des personnes souffrant d'acouphènes, et essayer trouver une intervention thérapeutique basée sur la bibliothérapie, simple et abordable qui peuvent contribuer pour améliorer sa QDV.

Dans la première partie de l'étude sont présents trois articles théoriques destinés à rendre le point de vue des acouphènes, sont approche et intervention thérapeutique, ainsi que les aspects liés à la QDV de ces personnes. Dans la deuxième partie, il y a un chapitre sur la Méthode, et 7 articles avec l'évaluation des différents indicateurs biopsychosociaux étudiés dans 58 individus avec acouphènes (traitement auditif central, hyperacousie, coping, auto-efficacité, optimisme et spiritualité, satisfaction avec le soutien social, anxiété et dépression), et aussi deux articles, l'un portant sur la caractérisation et les prédicteurs de la QDV de ceux-là, et l'autre pour évaluer l'utilisation d'un manuel comme un outil pour la promotion de leur QDV.

D'après les résultats, a été observé que les personnes qui sentaient l'acouphène plus intense, avec hyperacousie, et vertiges étaient ceux qui étaient plus à l'aise par la présence d'acouphènes et pire QDV. Il a été constaté que certaines stratégies d'adaptation et d'anxiété ont été corrélées avec pire QDV, cette dernière était le meilleur prédicteur, expliquant 13,2% de la variation.

Les résultats associés à l'utilisation du manuel révèlent que ceux qui l'ont utilisé ont montré une amélioration de leur QDV, tandis que ceux qui n'ont pas eu accès à son utilisation ont montré une aggravation. Les valeurs obtenues pour leur utilité sont dans un niveau modéré et d'accord avec ceux rapportés dans la littérature.

Il est un instrument simple et peu coûteux, et peut être à envisager son utilisation répandue dans les milieux de santé, avec différents professionnels, comme une première approche de ces patients. Études futures avec d'autres interventions thérapeutiques

associés au manuel peuvent donner des indicateurs de quelles sont leurs niveaux d'efficacité, donc promouvoir la recherche sur le problème des acouphènes, en cherchant également à sensibiliser la population en général pour un aspect relativement commun, mais encore peu divulgué.

Mots-clés: acouphènes, bibliothérapie, indicateurs biopsychosociaux, manuel, qualité de vie.

## AGRADECIMENTOS

Porque “nenhum homem é uma ilha” (John Donne) impõem-se agradecimentos e reconhecimentos, nesta fase do culminar de um íngreme percurso.

À Helena, companheira, mãe e amiga, pelo apoio, paciência e compreensão...

Aos meus filhos, pelas muitas ausências, mesmo quando presente...

À minha mãe, que nos deixou no início deste percurso, pelo exemplo de coragem face às adversidades, e pela constante dedicação aos outros...

Aos meus orientadores, Professora Doutora Rute Meneses e Professor Doutor Nuno Trigueiros da Cunha, pela preciosa contribuição, constante apoio e incentivo ao longo deste trajecto...

À Professora Doutora Fernanda Viana, pelo inestimável apoio, e pertinentes sugestões na realização do manual...

À Professora Doutora Ana Cláudia Moutinho, pelo seu apoio e paciência desde o início do projecto...

Ao Professor Ilídio Pereira e à Professora Liliana Martins, pelo apoio e esclarecimentos relativos à estatística da investigação...

Aos membros da Consulta de ORL do Hospital Militar Regional N°1 (Porto), Dr. Carlos de Freitas, Dr.<sup>a</sup> Lurdes Dinis, Dr. Carlos Ochôa, Dr. José Seabra, e em particular à colega Rita Dias, pelo constante apoio na realização da parte prática do projecto...

À empresa Audiosom-Casa Sonotone pelo patrocínio que permitiu a realização do manual utilizado na intervenção terapêutica.

À restante família e amigos...

...E em particular aos doentes, razão de ser de tudo isto!

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	1
PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	9
Capítulo 1 .....	11
Artigo 1 - Acúfenos: Abordagem e pertinência para os profissionais de saúde. ....	11
Capítulo 2 .....	33
Artigo 2 - O que precisamos de saber para intervir em pacientes com acúfenos ....	33
Capítulo 3 .....	67
Artigo 3 - Qualidade de Vida nos Acúfenos: Aspectos teóricos e implicações práticas.....	67
II – PARTE EMPÍRICA .....	96
Capítulo 4 – Método .....	97
Capítulo 5 .....	131
Artigo 4 - Avaliação do Processamento Auditivo Central em pacientes com queixas de acúfenos .....	131
Capítulo 6 .....	143
Artigo 5 - Correlatos biopsicossociais de queixas de Hiperacusia em pacientes com acúfenos .....	143
Capítulo 7 .....	159
Artigo 6 – Características do <i>Coping</i> em indivíduos com acúfenos .....	159
Capítulo 8 .....	175
Artigo 7 - Correlatos de auto-eficácia em indivíduos com queixas de acúfenos ..	175
Capítulo 9 .....	189
Artigo 8 - Correlatos do Optimismo e da Espiritualidade em indivíduos com queixas de acúfenos .....	189
Capítulo 10 .....	205

Artigo 9 - Correlatos da Satisfação com o Suporte Social em indivíduos com acúfenos .....	205
Capítulo 11 .....	217
Artigo 10 - Correlatos de Ansiedade e Depressão nas queixas de acúfenos .....	217
Capítulo 12 .....	245
Artigo 11 – Qualidade de Vida de indivíduos com acúfenos: Da caracterização aos preditores biopsicossociais .....	245
Capítulo 13 .....	267
Artigo 12 - Biblioterapia como estratégia terapêutica para promoção da qualidade de vida em pacientes com acúfenos.....	267
CONCLUSÃO .....	295
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS – GERAL .....	301

## ÍNDICE DE TABELAS

### Capítulo 4

Tabela 1 – Distribuição dos motivos de exclusão do estudo.....	104
Tabela 2 – Distribuição por estado civil.....	105
Tabela 3 – Distribuição por profissões.....	105
Tabela 4 – Distribuição por situação profissional.....	106
Tabela 5 – Distribuição por localização dos acúfenos.....	106
Tabela 6 – Distribuição por grau de gravidade dos acúfenos.....	111

### Capítulo 5

Tabela 1 - Estatística descritiva para Testes de PCA.....	139
Tabela 2 – Distribuição do PCA em função do sexo.....	140
Tabela 3 – Correlações entre o PCA e o tempo com queixas de acúfenos.....	141

### Capítulo 6

Tabela 1 - Estatística Descritiva da Hiperacusia.....	154
Tabela 2 - Correlações THI/Hiperacusia.....	154
Tabela 3 - Correlações EVA Hiperacusia/Hiperacusia.....	155
Tabela 4 - Correções limiar de desconforto/Hiperacusia.....	155
Tabela 5 - Correlações <i>Coping</i> / Hiperacusia total.....	155
Tabela 6 - Correlações <i>Coping</i> / Hiperacusia escala social.....	156
Tabela 7 - Correlações <i>Coping</i> / Hiperacusia escala de atenção.....	156

### Capítulo 7

Tabela 1 - Estatística descritiva <i>Brief COPE</i> .....	170
Tabela 2 - Correlações da EVA da intensidade dos acúfenos com o coping.....	171
Tabela 3 - Relação entre o <i>coping</i> e o sexo.....	171

## **Capítulo 8**

Tabela 1 - Estatística descritiva para a auto-eficácia.....	186
Tabela 2 - Distribuição da auto-eficácia por sexo.....	186
Tabela 3 - Correlações da auto-eficácia com a escolaridade.....	187

## **Capítulo 9**

Tabela 1 - Estatística descritiva optimismo.....	202
Tabela 2 - Estatística descritiva espiritualidade.....	203
Tabela 3 - Correlação espiritualidade/variáveis sócio-demográficas e clínicas.....	203

## **Capítulo 10**

Tabela 1 - Estatística descritiva para o Suporte Social.....	216
Tabela 2 - Estatística Suporte Social/Sexo.....	216

## **Capítulo 11**

Tabela 1 - Caracterização da Ansiedade e Depressão dos Participantes.....	237
Tabela 2 - Estatísticas HADS/Sexo.....	237
Tabela 3 - Estatística HADS/Estado Civil.....	238
Tabela 4 - Estatística HADS/Actividade Profissional.....	238
Tabela 5 - Estatística HADS/Situação Profissional.....	239
Tabela 6 - Correlações HADS/Escolaridade.....	239

## **Capítulo 12**

Tabela 1 - Distribuição do THI por graus de gravidade dos acúfenos.....	254
Tabela 2 - Médias do THI e subescalas.....	255
Tabela 3 - Estatística descritiva QDV em Função do Sexo.....	255
Tabela 4 - Correlações entre Qualidade de Vida e Intensidade dos Acúfenos.....	258
Tabela 5 - Correlações entre Qualidade de Vida e incómodo da Hiperacusia.....	258
Tabela 6 - Correlações entre Qualidade de Vida e <i>Coping</i> .....	260
Tabela 7 - Correlações entre Qualidade de Vida e Ansiedade.....	261
Tabela 8 - Preditores da Qualidade de Vida - THI Total.....	261

Tabela 9 - Modelo de Regressão da Qualidade de Vida - THI Total.....	262
Tabela 10 - Preditores da Qualidade de Vida- THI Funcional.....	262
Tabela 11 - Modelo de Regressão da Qualidade de Vida - THI Funcional.....	262
Tabela 12 - Preditores da Qualidade de Vida- THI Catastrófico.....	263
Tabela 13 - Modelo de Regressão da Qualidade de Vida - THI Catastrófico.....	263
Tabela 14 - Preditores da Qualidade de Vida- THI Emocional.....	263
Tabela 15 - Modelo de Regressão da Qualidade de Vida - THI Emocional.....	264

### **Capítulo 13**

Tabela 1 - Caracterização dos elementos da amostra.....	280
Tabela 2 - Distribuição de frequências para a EVA da utilidade do Manual.....	281
Tabela 3 - Comparação da intensidade dos acufenos nos dois momentos de avaliação .....	282
Tabela 4 – Comparação do THI (QDV) nos dois momentos de avaliação.....	283
Tabela 5 - Comparação do <i>Coping</i> (Brief COPE) nos dois momentos de avaliação....	284
Tabela 6 – Comparação da Satisfação com o Suporte Social (ESSS) nos dois momentos de avaliação.....	286
Tabela 7 - Comparação da Auto-Eficácia Geral (EAEG) nos dois momentos de avaliação.....	287
Tabela 8 – Comparação do optimismo (LOT-R) nos dois momentos de avaliação.....	287
Tabela 9 – Comparação da ansiedade (HADS) nos dois momentos de avaliação.....	287
Tabela 10 – Comparação da depressão (HADS) nos dois momentos de avaliação.....	288
Tabela 11 – Comparação da percepção da hiperacusia (EVA) nos dois momentos de avaliação.....	288
Tabela 12 - Resultados para Questionário de Hipercausia .....	289

## LISTA DE ABREVIATURAS

- ANSI** – *American National Standards Institute*
- ASHA** – *American Speech-Language-Hearing Association*
- BDI** – *Beck Depression Inventory*
- BIAP** – *Bureau International d’Audiophonologie*
- BSI** – *Brief Symptoms Inventory*
- CCE** – Células Ciliadas Externas
- CIPQV** - Comissão Independente População e Qualidade de Vida
- dB** – decibel
- EAEG** – Escala de auto-eficácia geral
- EMEA** – *European Medicines Agency*
- EOA** – Emissões Otoacústicas
- ESSS** – Escala de Satisfação com o Suporte Social
- EVA** – Escala Visual Analógica
- FDA** – *Food and Drug Administration*
- GC** – Grupo de Comparação
- GI** – Grupo de intervenção
- HADS** – Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar
- HMR1** – Hospital Militar Regional N°1
- Hz** - Hertz
- ITI** – *International Tinnitus Inventory*
- LOT-r** – Escala de Optimismo
- MMN** – *Mismatch Negativity*
- MMPI** – *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*
- NHP** – *Nottingham Health Profile*
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- ORL** – Otorrinolaringologia
- PAC** – Processamento Auditivo Central
- PEA** – Potenciais Evocados Auditivos

**PEATC** – Potenciais Evocados Auditivos do Tronco Cerebral  
**PDT** – *Pattern Duration Test*  
**PET** – *Positron Emission Tomography*  
**PITI** - *Psychological Impact of Tinnitus Interview*  
**PTA** – Perda Tonal Aérea  
**QoFL** - *Quality of Family Life Questionnaire*  
**QDV** – Qualidade de Vida  
**RMN** – Ressonância Magnética Nuclear  
**SF-36** – *Medical Outcomes Study Short-Form 36*  
**SNC** – Sistema Nervoso Central  
**SSW** - *Stagered Spondaic Word Test*  
**TCC** – Terapia Cognitivo Comportamental  
**TCSQ** – *Tinnitus Coping Style Questionnaire*  
**THI** – *Tinnitus Handicap Inventory*  
**THQ** – *Tinnitus Handicap Questionnaire*  
**TQ** – *Tinnitus Questionnaire*  
**TRT** – *Tinnitus Retraining Therapy*  
**UFP** – Universidade Fernando Pessoa  
**WHOQOL** – *World Health Organization Quality of Life Group*

## INTRODUÇÃO

O ANSI (American National Standards Institute, 1969, citado por Jastreboff & Hazell, 2004, p. 1) define acufenos como "a sensação de som sem estimulação externa". Dauman (1997) refere que os acufenos são definidos como a percepção de um som que não é gerado por qualquer vibração externa, sendo inaudível pelos outros e caracterizando-se como um fenómeno psicossensorial com base no Sistema Nervoso Central. A abordagem dos problemas que resultam da presença dos acufenos é difícil, desde logo pelo desconhecimento que ainda persiste relativamente aos mecanismos que estão na sua génese, também pela abordagem terapêutica, pouco consensual e com níveis de eficácia questionáveis, e pela valorização subjectiva que os pacientes apresentam a acufenos com medições psicoacústicas semelhantes.

Pais-Ribeiro (2005) refere que as variáveis psicológicas estão intimamente ligadas à saúde e à doença, mesmo em áreas que não estão directamente relacionadas com mecanismos psicológicos, como é o caso da percepção de acufenos, podendo essas variáveis tornarem-se agentes causadores, amortecedores ou até resultado da doença ou de sintomas, como é o caso do exemplo atrás citado.

A avaliação do paciente centra-se em quatro objectivos principais que são: (a) estabelecer as características dos acufenos; (b) definir as necessidades da intervenção terapêutica; (c) oferecer apoio nos tratamentos apresentados; e (d) obter medições quantitativas para controlar os resultados da intervenção terapêutica, devendo a abordagem aos problemas de acufenos ser multidisciplinar (Araújo & Escada, 2001; Vernon & Meikle, 2003).

O processamento auditivo central (PAC) é essencial para a percepção da fala, dos sons do ambiente e da música, podendo estar afectada a via auditiva ascendente, ou existirem défices no funcionamento cortical. A actividade anormal do sistema auditivo central

provoca vários tipos de desordens, uma das quais são os acufenos (Griffiths, 2002). Assim, é importante explorar a relação entre o PAC e as queixas de acufenos<sup>1</sup>.

Os acufenos e a hiperacusia (hipersensibilidade aos sons) são queixas que estão associadas com elevada frequência, e para Jastreboff e Hazell (2004) apresentam mecanismos comuns, pelo que será importante avaliar as queixas de hiperacusia em pacientes com acufenos<sup>2</sup>, e que tipo de relações estão presentes, no sentido de poderem ser utilizadas para melhorar a eficácia da terapia nestes pacientes.

Da bibliografia consultada destacam-se as estratégias de *coping*<sup>3</sup>, a auto-eficácia<sup>4</sup>, o optimismo<sup>5</sup> e o suporte social<sup>6</sup> como factores psicossociais associados aos acufenos e cuja relevância parece necessário investigar, aos quais se junta a espiritualidade<sup>5</sup> pela importância que lhe é atribuída pela literatura como dimensão da/central na Qualidade de Vida (QDV), salientando-se a acção do *coping* religioso/espiritual na saúde (Andersson, 1996; Budd & Pugh, 1995; Kennedy, Wilson, & Stephens, 2004; Panzini, Rocha, Bandeira, & Fleck, 2007; Pinto & Pais-Ribeiro, 2007; Rief, Weise, Kley, & Martin, 2005; Vallianatou, Christodoulou, Nestoros, & Helidonis, 2001). Na literatura, a ansiedade e a depressão são outros dos aspectos psicológicos, com estreita relação com a presença de acufenos perturbadores, surgindo a necessidade de perceber quais as características psicológicas que mais actuam na percepção da sua gravidade<sup>7</sup> (Andersson, 2002; Zöger, Svedlund, & Holgers, 2001).

Neste contexto, os resultados obtidos por Oliveira (2007) e Oliveira e Meneses (2009) revelam que a QDV de Portugueses com acufenos, avaliada através do SF-36v2, está abaixo dos valores normativos em todas as dimensões, com maior expressão na Função Social e Saúde em Geral.

Assim, a caracterização biopsicossocial de indivíduos com queixas de acufenos e o desenvolvimento e avaliação da eficácia de uma intervenção complementar à

---

<sup>1</sup> Artigo 4  
<sup>2</sup> Artigo 5  
<sup>3</sup> Artigo 6  
<sup>4</sup> Artigo 7  
<sup>5</sup> Artigo 8  
<sup>6</sup> Artigo 9  
<sup>7</sup> Artigo 10

intervenção padrão poderão ter implicações clínicas significativas, permitindo otimizar os cuidados que lhes são prestados<sup>8</sup>.

Sizer e Coles (2005) propõem o uso de uma brochura com informações relevantes para o paciente, que reforcem ou complementem as informações dadas pelos profissionais de saúde implicados no processo terapêutico, desde o médico otorrinolaringologista, o audiologista, o psicólogo, o médico de família, entre outros envolvidos. Folmer (2002) conclui, após um estudo em 300 pacientes durante 3 meses, que nos acufenos os melhores resultados são obtidos através de programas de intervenção individualizados, controlados através do uso de questionários.

Do ponto de vista prático, em grande parte das estratégias terapêuticas o aconselhamento é uma peça fundamental (Searchfield, Magnusson, Shakes, Biesinger, & Kong, 2011). Em algumas das situações é sugerido o uso de material informativo, algo que suscitou a curiosidade de perceber se por si só um instrumento tipo manual com informações e estratégias para lidar com os acufenos poderia ser uma mais-valia (Malouff, Noble, Schutte & Bhullar, 2010). Como consequência da revisão bibliográfica, bem como da experiência clínica com indivíduos com estas queixas, e sabendo que existem alguns centros, fora de Portugal, que fornecem material em suporte de papel para que o indivíduo obtenha informações “mais duradouras” sobre o seu problema, surgiu a necessidade de desenvolver um plano de intervenção que complementasse o habitual e que pudesse contribuir para melhorar as capacidades destes pacientes para lidar com a sua situação clínica e melhorar a sua QDV. Para tal, pretendeu-se (a) elaborar um pequeno manual (“user-friendly”) sobre o quadro clínico que incluísse estratégias para lidar com o mesmo e (b) avaliar a sua eficácia. Até porque na bibliografia consultada não se encontrou nenhum estudo que procurasse avaliar a utilidade desse tipo de intervenção, nem identificar para que tipo de factores biopsicossociais seria mais útil, tal é um dos objectivos do presente trabalho.

Assim, os objectivos gerais do estudo são: 1 - estudar o perfil biopsicossocial de indivíduos com queixas de acufenos (cf. Capítulo 6); 2 - verificar se esse perfil varia em função de variáveis sócio-demográficas e clínicas; 3 - analisar as relações entre algumas das características biopsicossociais (em causa) e a QDV destes indivíduos; e 4- desenvolver, implementar e avaliar a eficácia de uma intervenção na ansiedade,

---

<sup>8</sup> Artigo 12.

depressão, auto-eficácia, *coping*, optimismo, espiritualidade, satisfação com o suporte social e QDV de indivíduos com queixas de acúfenos, baseada num manual previamente elaborado.

Consequentemente, o presente documento divide-se numa primeira parte, onde estão presentes três artigos de revisão bibliográfica, sendo que no Artigo 1 - Acúfenos: Abordagem e pertinência para os profissionais de saúde se pretende apresentar uma abordagem geral aos acúfenos, procurando expor um levantamento da literatura relativamente à sua definição, história, epidemiologia e etiologia, desejando promover a curiosidade e o interesse pela temática, no Artigo 2 - O que precisamos de saber para intervir em pacientes com acúfenos pretende-se descrever uma revisão da literatura respeitante à avaliação, diagnóstico e terapêutica dos acúfenos, procurando que todos os profissionais de saúde que de alguma forma possam contactar com indivíduos com acúfenos estejam informados de forma clara e objectiva sobre os aspectos relativos à sua avaliação e/ou intervenção, e no Artigo 3 - Qualidade de Vida nos Acúfenos: Aspectos teóricos e implicações práticas, pretende-se sistematizar aspectos teóricos relativos ao conceito de QDV e de que forma a sua avaliação, caracterização e correlatos psicossociais poderão potenciar uma melhoria da prestação de cuidados em indivíduos com acúfenos, espelhando o estatuto especial desta variável no âmbito das restantes variáveis biopsicossociais consideradas.

A Parte II corresponde à componente empírica da investigação, onde se encontra o capítulo do Método, onde se descrevem os objectivos, as variáveis, os participantes, o material e o procedimento referentes à investigação. Encontram-se também nove artigos, que correspondem aos vários objectivos específicos que decorrem dos objectivos gerais atrás enunciados. Assim, a avaliação do PAC de indivíduos com queixas de acúfenos e a análise de relações com variáveis sóciodemográficas e clínicas correspondem ao Artigo 4, a avaliação da existência de hiperacusia em indivíduos com queixas de acúfenos, bem como a sua relação com variáveis sóciodemográficas, clínicas e psicológicas é o objectivo do Artigo 5, a caracterização das estratégias de *coping* usadas por indivíduos com queixas de acúfenos e estudo de relações com variáveis sóciodemográficas e clínicas configura o objectivo do Artigo 6; a caracterização da auto-eficácia de indivíduos com queixas de acúfenos e a exploração de eventuais relações com variáveis sóciodemográficas e clínicas constitui o objectivo do Artigo 7; o

Artigo 8 pretende caracterizar o optimismo e a espiritualidade de indivíduos com queixas de acufenos e explorar a sua relação com variáveis sóciodemográficas e clínicas; o Artigo 9 apresenta como objectivos caracterizar a satisfação com o suporte social de indivíduos com queixas de acufenos e examinar a sua relação com variáveis sóciodemográficas e clínicas; o Artigo 10 centra-se na verificação da existência de sintomatologia ansiosa e/ou depressiva em indivíduos com queixas de acufenos e análise da sua relação com variáveis sóciodemográficas e clínicas; a caracterização da QDV de indivíduos com queixas de acufenos e a identificação de preditores biopsicossociais da QDV destes indivíduos correspondem ao Artigo 11; e, finalmente, o desenvolvimento de um manual com informações sobre os acufenos e estratégias para lidar com eles, a avaliação da sua eficácia no sentido de diminuir a depressão e a ansiedade, promovendo a auto-eficácia, o *coping*, o optimismo e a QDV de indivíduos com queixas de acufenos configuram os objectivos do Artigo 12, procurando igualmente perceber a acção sobre a satisfação com o suporte social.

O desenho de investigação foi um desenho experimental, onde foram definidos dois grupos para avaliar a intervenção (Pais-Ribeiro, 1999; 2008). O método utilizado foi o clínico, uma vez que se esteve perante um estudo experimental em que os participantes foram pessoas doentes, ou que procuraram cuidados de saúde, tendo-se recorrido a critérios de inclusão (Pais-Ribeiro, 1999), tendo como população-alvo indivíduos com queixas de acufenos. A amostra, sequencial de conveniência (Pais-Ribeiro, 1999), foi constituída por utentes, maiores de idade, da Consulta de Otorrinolaringologia (ORL) do Hospital Militar Regional N°1 (Porto) que apresentavam queixas de acufenos há pelo menos seis meses, para que pudessem ser consideradas crónicas. Foram definidos vários critérios de exclusão (Normas ISO 702950) que são apresentados no Capítulo 4 (Método).

Após a observação do indivíduo na consulta de ORL, foram efectuadas os testes de avaliação audiológica constantes no protocolo da consulta, sendo igualmente avaliados os acufenos. Finda esta fase, o paciente era abordado para a participação no estudo.

Os restantes procedimentos incluem uma bateria de questionários para a caracterização biopsicossocial do indivíduo, onde se incluíam as variáveis sóciodemográficas, clínicas e psicossociais supracitadas, bem como a avaliação do PAC.

A parte empírica do estudo continuou com o desenvolvimento e avaliação da eficácia de um manual previamente elaborado, que incluía um conjunto de informações escritas relativas aos acufenos e a comportamentos a adoptar para, p. e., controlar/diminuir a ansiedade associada aos acufenos, procurando intervir nas variáveis anteriormente referidas, melhorando a QDV. Para o efeito, foram constituídos dois grupos. Um deles (Grupo de Controlo – GC) foi sujeito à abordagem habitual usada no Serviço, e num segundo grupo (Grupo de Intervenção – GI), para além desse procedimento, foi entregue o manual, que foi apresentado e explicado ao paciente. Foi efectuada uma reavaliação no mínimo 6 meses após a entrega do manual. A reavaliação centrou-se na QDV destes indivíduos e nas variáveis psicossociais, comparando-se os valores obtidos antes e após a intervenção, bem como na avaliação da utilidade percebida do uso do manual, tendo sido utilizada uma escala visual analógica de 10 pontos.

A investigação foi estruturada para ser apresentada em forma de artigos, mas enquadrando-os com o Capítulo de Método (4), que é comum, e que foi retirado dos artigos por forma a não se tornar demasiado repetitivo. De salientar que as notas de rodapé presentes também não fazem parte dos artigos enviados para publicação. Finalmente, é de referir que, antes da totalidade das referências bibliográficas, é apresentada uma conclusão integradora de todo o processo de investigação.

Os principais resultados a reter são que, efectivamente, existe um comprometimento da QDV destes indivíduos, e que os resultados obtidos pelo uso do manual são prometedores quanto à sua eficácia para promoção da QDV de indivíduos com acufenos, particularmente na auto-eficácia, optimismo, ansiedade e depressão, pelo que será de considerar o seu uso em metodologias de intervenção terapêutica nestes pacientes.

Da análise dos preditores de QDV de indivíduos com acufenos, verifica-se que a percepção da intensidade dos acufenos e as estratégias de *coping*, particularmente o *coping* activo, bem como a ansiedade, são os mais frequentes e melhores, pelo que será neles que se deverá investir no que respeita à intervenção terapêutica, procurando melhorar a QDV destes indivíduos.

### Referências Bibliográficas<sup>9</sup>

- Andersson, G. (1996). The role of optimism in patients with tinnitus and in patients with hearing impairment. *Psychology and Health, 11*, 697-707.
- Andersson, G. (2002). Psychological aspects of tinnitus and the application of cognitive-behavioral therapy. *Clinical Psychological Review, 22*, 977-990.
- Araújo, P. E. S., & Escada, P. (2003). Acufenos. In J. L. Reis (Ed.), *Surdez: Diagnóstico e Reabilitação*. Lisboa: Servier Portugal
- 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.
- Dauman, R. (1997). Acouphènes : mecanismes et approche clinique. *Encyclopedie Médico-Chirurgicale, Oto-rhino-laryngologie*, 20-180-A-10. Paris: Elsevier.
- 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>
- Griffiths, T. D. (2002). Central auditory processing disorders. *Current Opinion in Neurology, 15*, 31-33.
- Jastreboff, P. J.; & Hazell, J. W. P. (2004). *Tinnitus Retraining Therapy*. Cambridge: University Press.
- Kennedy, V., Wilson, C., & Stephens, D. (2004). Quality of life and tinnitus. *Audiological Medicine, 2*, 29-40.
- Malouff, J.M., Schutte, N. S., & Zucker, L. A. (2011). Tinnitus-related distress: A review of recent findings. *Current Psychiatry Reports 13*, 31–36.
- Oliveira, A. V. (2007). *Qualidade de vida em doentes com acufenos: comparação com a percepção dos acompanhantes*. Tese de Mestrado; in <https://bdigital.ufp.pt/dspace/handle/10284/471>.
- Oliveira, V., & Meneses, R. (2009). *O papel do SF-36v2 em indivíduos com queixas de zumbidos: Avaliação da Qualidade de Vida*. In C. Sequeira, I. L. Ribeiro, J. C. Carvalho, T. Martins & T. Rodrigues (Eds.), *Saúde e Qualidade de Vida em análise* (pp. 248-257), Porto, Escola Superior de Enfermagem do Porto – Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida.
- Pais-Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.

---

<sup>9</sup> Apesar de não ser habitual apresentar as referências bibliográficas da Introdução, face ao modo como a tese se encontra estruturada, considerou-se que seria o mais adequado.

- Pais-Ribeiro, J. L. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Pais-Ribeiro; J. L. (2008). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Livpsic.
- Panzini, R. G., Rocha, N. S., Bandeira, D. R., & Fleck, M. P. A. (2007). Qualidade de Vida e Espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34 (supl 1); 105-115.
- Pinto, C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2007). Construção de Uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde. *Arquivos de Medicina*, 21 (2), 47-53.
- Rief, W., Weise, C., Kley, N., & Martin, A. (2005). Psychophysilogic Treatment of Chronic Tinnitus: A Randomized Clinical Trial. *Psychosomatic Medicine* 67, 833-838.
- Searchfield, G. D., Magnusson, J., Shakes, G., Biesinger, E., & Kong, O. (2011). Counseling and psycho-education for tinnitus management. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, & D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 535-556). New York: Springer.
- Sizer, D. I., & Coles, R. R. A. (2005). Tinnitus self-treatment. In R. S. Tyler (Ed.), *Tinnitus Treatments: Clinical Protocols* (pp. 1-22). New York: Thieme.
- 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. A., & Meikle, M. B. (2003). Tinnitus: Clinical measurement. In A. Sismanis (Ed.), *Tinnitus: Advances in evaluation and management*. *The Otolaryngologic Clinics of North America*, 36 (2), 293-305.
- 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.

## **PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**



## Capítulo 1

### Artigo 1 - Acufenos: Abordagem e pertinência para os profissionais de saúde.

#### Resumo

As queixas de acufenos continuam a ser, no contexto da saúde, de difícil abordagem, pelo desconhecimento dos mecanismos que as provocam, pela dificuldade de abordagem em termos de intervenção terapêutica e pela diferença demonstrada na valorização que os vários pacientes apresentam a queixas com iguais medições psicoacústicas. Daí a necessidade de que os vários profissionais de saúde por quem passam os pacientes com acufenos, desde o clínico geral, ao enfermeiro, aos agentes da medicina ocupacional, entre outros, estejam atentos e percebam quando é que será necessário procurar ajuda e apoio para aquele paciente que se queixa de acufenos, encaminhando-o para um apoio multidisciplinar, que passa pelo médico otorrinolaringologista, o audiologista, o neurologista e o neurocirurgião, o dentista, o psicólogo e o psiquiatra, entre outros (Møller, 2011a; Newman et al, 2011).

Assim, considerando que há actualmente um conjunto alargado de dados sobre os acufenos muito relevantes para os profissionais de saúde, o objectivo do presente estudo é apresentar uma abordagem geral aos acufenos, sistematizando a literatura relativamente à sua definição, história, epidemiologia e etiologia.

**Palavras- Chave:** acufenos, definição, epidemiologia, equipa multidisciplinar, etiologia

#### 1. Definição

A origem da palavra acufeno vem do termo francês “acouphène”, tendo este origem etimológica nas palavras gregas “akouein” e “phainein”, que juntas formam uma expressão que pode ser traduzida por “fenómeno auditivo” (Meyer, 2001).

Apesar dos muitos progressos na investigação que têm sido realizados, os acufenos

mantêm-se como um enigma científico e clínico (Baguley, McFerran & Hall, 2013). Uma das definições de acufenos mais generalizada foi proposta em 1969 pelo ANSI (American National Standards Institute), referindo que “são uma sensação de sons sem a correspondente estimulação externa” (Jastreboff & Hazell, 2004, p. 1). McFadden (1982, citado por Tyler, 2006), refere que os acufenos são uma percepção de som, involuntária e com origem na cabeça.

Os acufenos são um sintoma e não uma doença (Araújo & Escada, 2003). Com grande frequência de causa desconhecida, deverão ser entendidos como um alerta para algo que poderá não estar a funcionar correctamente nas vias auditivas do indivíduo, sendo assim um sinal para uma eventual lesão a esse nível (Newman et al., 2011; Tonndorf, 1991; Tunkel et al., 2014; Vernon, 1989).

É importante distinguir os pacientes que apresentam acufenos perturbadores dos que apresentam acufenos não perturbadores (Tunkel et al, 2014). Tunkel e colaboradores (2014) distinguem também os acufenos primários, referentes a acufenos idiopáticos que podem ou não estar associados a perda auditiva neurossensorial, dos secundários, que estão associados a uma causa subjacente específica (para além da perda auditiva neurossensorial) ou uma condição orgânica identificável.

Møller (2003; 2011a) distingue os acufenos subjectivos das alucinações; sendo ambos sons fantasmas, as alucinações são entendidas como tendo significado, como música ou palavras, e geralmente estão associadas a psicopatologias como a esquizofrenia ou por acção de determinadas drogas.

É igualmente necessário distinguir os acufenos subjectivos dos objectivos ou vibratórios, que são gerados no próprio corpo do paciente sendo posteriormente percebidos pelo indivíduo no seu ouvido, podendo ser detectados por um observador, através da auscultação ou de meios técnicos como as Emissões OtoAcústicas (EOA) Espontâneas, sendo eventualmente mensuráveis (Cuny, 2002; Møller, 2011a; Sandlin & Olsson, 2000). Os acufenos subjectivos são só percebidos pelo indivíduo que os sente, mas por norma não existe sinal de patologia, ou a sua correlação com a patologia existente é fraca (Møller, 2011a). Pode-se sistematizar referindo que se trata de barulhos (apitos ou ruídos) que são percebidos num ou em ambos os ouvidos, ou espalhados pela cabeça, sendo a sua localização pouco precisa, e que surgem na ausência de qualquer

fonte sonora exterior que o justifique (Cuny, 2002; Meyer, 2001).

Numa fase inicial é comum o indivíduo ter a sensação de ouvir um som exterior, mas não consegue identificar nem perceber a sua origem, concluindo posteriormente que esse som é gerado no seu organismo (Meyer, 2001). De uma forma geral, o que o preocupa não é a localização dos acufenos, mas sim a sua percepção, que é incómoda, desconfortável, tornando-se assim preocupante, promovendo até alguma desorientação, uma vez que o paciente não percebe o que se passa (Meyer, 2001; Sáez-Jiménez & Herráiz-Puchol, 2006).

A grande maioria dos indivíduos com acufenos não refere grande desconforto, e rapidamente encontra estratégias e aprende a viver com os seus acufenos, ignorando-os ou habituando-se a eles (Cima, Crombez, & Vlaeyen, 2011a). Quando os acufenos se tornam incómodos, perturbando de uma forma mais ou menos intensa o paciente, geralmente isto deve-se à presença de outros factores ou comorbilidades, encontrando-se perturbações psicossomáticas do foro otorrinolaringológico (p.e., hipersensibilidade ao som, vertigens), ou de outro tipo (p.e., cefaleias, irritabilidade), podendo igualmente estar associados a doenças crónicas de que o doente sofre (artrite, depressão), tendo repercussões nas suas actividades diárias, uma vez que promove uma excessiva atenção sobre os próprios acufenos, e interfere com o sono e o ler, perturbando a concentração em tarefas mais exigentes e complexas, e reflectindo-se também nas interacções sociais, inclusivamente podendo ter consequências na vertente ocupacional, chegando mesmo, em alguns casos, a fazer com que o indivíduo não consiga trabalhar (Cima, Vlaeyen, Maes, Joore & Anteunis, 2011b; Dobie, 2003; Holgers, Zöger, & Svedlund, 2005; Kennedy, Wilson, & Stephens, 2004; Møller, 2003).

Schwaber (2003) assinala que se a queixa dos acufenos 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.

## **2 . História**

Desde o tempo dos fenícios que se encontram referências e descrições a algo semelhante aos acufenos (Sandlin & Olsson, 2000). As primeiras referências escritas em

hieróglifos e em papiros surgem no Antigo Egito, cerca de 2500 a.C., e reportam tratamentos para o “ouvido enfeitado” (Heller, 2003; Sandlin & Olsson, 2000). Desde o séc. XVI a.C. que, na Índia, os acufenos são associados a alterações de audição, no entanto, surgem igualmente hipóteses que apontam no sentido de se tratar de fenómenos delirantes ou processos alucinatórios (Ballester & Geoffray, 2001).

Na literatura que chegou até aos dias de hoje surgem igualmente referências, particularmente em escritos da Roma Antiga, do Império Bizantino, e mais recentemente em referências da Idade Média ou do Renascimento, que reportam escritos sobre tentativas de classificar e encontrar formas de tratamento dos acufenos, à luz do que cada cultura vivência, e que em cada momento é tido como o mais eficaz para um problema que surge como sendo fonte de perturbação para o sujeito (Heller, 2003). Na Grécia Clássica, encontram-se nos textos de Hipócrates várias referências aos acufenos, no entanto, sempre associados à presença de surdez, estando igualmente presentes várias referências à problemática dos acufenos no livro *Problemata Physica* de Aristóteles (Ballester & Geoffray, 2001; Sandlin & Olsson, 2000).

No séc. II d.C., o imperador romano Galieno reúne grande parte dos conhecimentos médicos disponíveis até essa altura, apresentando uma descrição detalhada dos acufenos (Ballester & Geoffray, 2001).

O médico bizantino do séc. VI d.C., Alexandre de Tralles, levanta a hipótese de que os acufenos poderiam ser consequência de um problema físico, mas poderiam igualmente ter uma componente emocional (Sandlin & Olsson, 2000).

As referências encontradas na literatura da Idade Média e início do Renascimento não são mais do que revisões de trabalhos anteriores (Meyer, 2001). Com o Renascimento abre-se a possibilidade a existirem estudos de cariz mais prático e assim Joseph du Vernay (séc. XVII), médico e anatomista francês, parte precisamente das observações de anatomia para referir que as sensações auditivas se devem à excitação das fibras nervosas que ligam o ouvido ao cérebro após a existência de um estímulo externo, mas que podem surgir sem essa fonte sonora, devido a mecanismos patológicos, quer do órgão auditivo, quer das extremidades das fibras nervosas do cérebro (Feldmann, 1991). Complementa o seu trabalho falando da existência daquilo que considera como um som interno verdadeiro, semelhante ao que surge quando se bloqueia o ouvido com o dedo,

ou o que foi descrito por uma sua paciente, cujo acufeno pulsátil, audível no exterior, apresentava sincronia com o seu batimento cardíaco, tendo sido atribuído a uma artéria dilatada.

Começa a surgir, na comunidade científica, a preocupação em encontrar a cura ou o alívio para as queixas de acufenos. Assim, em 1801, foi sugerido pela primeira vez o uso de uma estimulação eléctrica directa no ouvido por Grappengieser, tendo como objectivo inicial tentar a cura da surdez, mas o autor refere o uso dessa técnica para tentar obter igualmente algum alívio na sensação dos acufenos (Feldmann, 1991; Sandlin & Olsson, 2000).

Nos trabalhos de Jean Marie Gaspar Itard, em 1821, encontra-se referência a acufenos verdadeiros que seriam de causa acústica, acufenos falsos, geralmente por problemas do ouvido interno, e acufenos fantásticos, que teriam como origem causa psíquica ou emocional, referindo, de forma sistemática, a possibilidade dos acufenos poderem ser mascarados por sons externos (Ballester & Geoffray, 2001).

Em 1854, Rayer observa um caso de queixas de ruídos pulsáteis occipitais, síncronos aos batimentos cardíacos, sugerindo que este tipo de casos teria origem vascular, em anomalias da artéria auricular posterior, em aneurismas arteriais ou em lesões valvulares cardíacas (Ballester & Geoffray, 2001).

Sensivelmente na mesma altura, Hyrtl assume a possibilidade de existir habituação aos acufenos (Ballester & Geoffray, 2001). Urbantschitsch, por volta de 1880, verifica a existência de inibição residual após a utilização de diapasões para efectuar o mascaramento dos acufenos, referindo que vários sujeitos apresentam diminuição, ou mesmo o desaparecimento dos acufenos, no entanto, por períodos variáveis e com intensidades igualmente variáveis (Ballester & Geoffray, 2001; Feldmann, 1991). Posteriormente, em 1928, Knudsen e Jones voltam a esta ideia e 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 (Ballester & Geoffray, 2001; Feldmann, 1991; Johnson, Griest, Press, Storter, & Lentz, 1989).

Voltando ao trabalho de Urbantschitsch, encontram-se como possíveis causas dos acufenos a sífilis, a anemia, e produtos como o quinino, o ácido acetilsalicílico, a

morfina, o tabaco, entre outros que promoveriam a fraqueza ou a hiperexcitabilidade nervosa, que na época eram particularmente difíceis de tratar (Ballester & Geoffray, 2001).

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

O desenvolvimento dos primeiros audiômetros que permitem a medição do nível auditivo, desenvolvidos por Fowler nos anos vinte do século passado, veio permitir realizar medições dos acufenos (Feldmann, 1991). Este aspecto permitiu constatar que, ao contrário do que era suposto, os acufenos nem sempre estavam associados a perda auditiva, uma vez que existiam várias situações de queixas de acufenos com exames auditivos normais (Ballester & Geoffray, 2001).

Nos anos cinquenta, vários autores começam a fazer de forma sistemática a avaliação psicoacústica dos acufenos, tendo encontrado com grande frequência valores de fraca intensidade, mesmo em pacientes com queixas muito fortes (Ballester & Geoffray, 2001). Até esta fase, o uso de prótese auditiva em doentes com acufenos estava contraindicado, mas, face aos resultados anteriormente apontados, passou a ponderar-se o seu uso para os mascarar, tendo Saltzman e Ersner, já em 1947, utilizado esse tipo de instrumentos para o efeito (Feldmann, 1991; Vernon, 1989). A terapia medicamentosa passa igualmente a ser utilizada para tentar curar ou controlar os acufenos, particularmente nas situações relativas a problemas vasculares, ou de alterações cócleo-vestibulares, incluindo-se igualmente a vitaminoterapia (Ballester & Geoffray, 2001). A psicoterapia, inicialmente utilizada como complemento à terapia medicamentosa, passa a ser mais um instrumento terapêutico a ser considerado (Ballester & Geoffray, 2001).

Nos anos cinquenta e sessenta, surgem várias teorias para explicar os mecanismos que desencadeiam os acufenos (Feldmann, 1991; Frachet & Geoffray, 2001). Uma delas refere alterações do sistema nervoso autónomo, que levariam a problemas vasomotores nas células ciliadas internas com consequências para o funcionamento coclear (Feldmann, 1991). Já anteriormente, em 1956, Gottesberge referira que existem células ciliadas inactivas, responsáveis pela perda auditiva, e outras que apresentam uma lesão mas que estão ainda activas, e que seriam as responsáveis pela existências dos acufenos, acrescentando ainda a possibilidade das células sãs poderem ser “irritadas” pelas células

vizinhas (Ballester & Geoffray, 2001).

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 & Olsson, 2000).

Os avanços recentes no campo da neuro-imagem e a evolução daí resultante nos estudos da fisiologia cerebral tem mudado a perspectiva sobre os acufenos, passando de um fenómeno puramente coclear a ser considerado como uma manifestação do sistema nervoso central, particularmente como uma alteração dos fenómenos de compensação das vias auditivas centrais (Sáez-Jiménez & Herráiz-Puchol, 2006).

Um dos modelos de referência teórica e que propõem igualmente um modelo de intervenção correspondente, o modelo neurofisiológico, apresentado por Jastreboff e Hazell (2004), assume a intervenção de toda a via auditiva no processo de percepção dos acufenos, enfatizando a acção das áreas subcorticais e corticais, particularmente com a função de moduladores do sintoma.

A importância dos acufenos assumiu uma tal amplitude que anualmente existem vários congressos internacionais especificamente sobre esse tema, e em 2006 foi criado “The Tinnitus Research Initiative”, que é uma fundação internacional com o objectivo de promover melhorias no tratamento dos acufenos através do conhecimento mais aprofundado da sua fisiopatologia, e dedicada sobretudo à investigação (Moller, Langguth, De Ridder, & Kleinjung, 2011).

### **3. Epidemiologia**

Cuny (2002) refere que cerca de 4 a 5 milhões de franceses sentem incómodo na sua vida diária pela presença de acufenos, e que destes cerca de 150 000 sentem a sua vida seriamente afectada. Num dos primeiros estudos sobre a prevalência dos acufenos, Axelsson e Ringdahl (1989) estimaram que 2,6% da população inglesa estaria severamente afectada na sua vida quotidiana pela sua presença. Num trabalho publicado

por Jastreboff e Hazell, em 2004, estes autores fazem uma análise sistemática de vários artigos encontradas na bibliografia referente ao tema, tendo verificado que os valores apresentados se situam entre 6 e 30% dos indivíduos a apresentar acufenos, mas que só entre 0,5 e 2% são afectados de uma forma significativa e perturbadora. Numa análise posterior, a grande variação de valores encontrada é explicada pela dificuldade em definir o que são os acufenos perturbadores (Andersson, Baguley, McKenna, & McFerran, 2005). Estima-se que mais de 50 milhões de indivíduos nos Estados Unidos sentiram acufenos, e que destes cerca de 20% terão procurado intervenção clínica (Tunkel et al., 2014). Baguley e colaboradores (2013) referem que analisando estudos efectuados em vários continentes, a prevalência é geralmente muito semelhante entre eles.

Os resultados encontrados por Pilgramm e colaboradores (1999) num estudo abrangente, efectuado na população alemã com mais de 10 anos, permitem concluir que os acufenos são efectivamente uma queixa frequente, uma vez que 25% dos sujeitos inquiridos referem já ter sentido acufenos ou ruídos nos ouvidos pelo menos uma vez, e que no momento do estudo, 3,9% da amostra apresentava acufenos, referindo metade destes, cerca de 2% dos sujeitos do estudo, algum incómodo, entre o moderadamente grave até ao insuportável. Num estudo mais recente, Sindhusake e colaboradores (2003) verificaram que, na população acima dos 55 anos, cerca de 30% refere ter tido acufenos e que seriam muito incómodos para 4,8% desses indivíduos.

Os acufenos subjectivos são os que apresentam maior prevalência, não se encontrando diferenças significativas no que se refere ao sexo, mostrando alguns estudos maior prevalência nas mulheres após os 75 anos, apesar de outros estudos apontarem para uma prevalência ligeiramente maior nos homens, algo explicado por factores ocupacionais de maior exposição ao ruído, sendo mais prevalente após os 40 anos, e com maior incidência após os 65 anos, o que poderá estar relacionado com a perda auditiva nas altas-frequências associada à presbiacusia, que é a perda auditiva característica do envelhecimento do ouvido interno e das vias auditivas (Araújo & Escada, 2003; Cuny, 2002; Heller, 2003; Meikle & Griest, 1989; Møller, 2011b; Sandlin & Olsson, 2000).

No que se refere à localização percebida dos acufenos, os valores encontrados na maioria dos estudos não revelam grande diferença entre a localização num só ouvido e a percepção em ambos os ouvidos, mas quando essa diferença existe aponta para uma

maior incidência nos acúfenos bilaterais (Araújo & Escada; 2003; Meikle & Greist, 1989; Sandlin & Olsson, 2000).

Não sendo um factor importante para a intervenção nos acúfenos, nas amostras de estudos com estes indivíduos verifica-se que a grande maioria apresenta hipoacusia neurosensorial, e que só cerca de 15% são normo-ouvintes, mas que a perda auditiva encontrada é ligeira, apresentando-se em valores ligeiramente acima dos 20 dB, que são o valor de normalidade (Frachet e Geoffray, 2001; Sindhusake et al, 2003; Vallianatou, Christodoulou, Nestoros, & Helidonis, 2001).

No que concerne às características acústicas dos acúfenos, que são descritos desde apitos a ruídos o mais variados que a imaginação permite, a sua intensidade é geralmente baixa, variando entre 1 e 15 dB, e não apresenta qualquer relação com a sua gravidade percebida, nem com os eventuais procedimentos terapêuticos a utilizar (Cima et al., 2011a; Sáez-Jiménez & Herráiz-Puchol, 2006).

#### **4 . Causas**

Pode-se, de uma forma simplista, referir que os acúfenos são um sintoma otológico que, além de causarem desconforto ao indivíduo, interferem com o seu dia-a-dia, com implicações funcionais e emocionais (Jastreboff & Jastreboff, 2003).

Mas a percepção de sons no ouvido não é necessariamente fruto de uma alteração patológica, como referem Frachet e Geoffray (2001), que citam os resultados obtidos em vários estudos efectuados nos anos cinquenta, e em que jovens adultos sem alterações auditivas ou otológicas, colocados no interior de uma cabine anecóica sem qualquer ruído de fundo, relataram em 90% dos casos, a percepção de sons, geralmente de tonalidade aguda, e que desapareciam ao saírem da cabine. Num estudo mais recente, que procura replicar os anteriores, efectuado por Tucker e colaboradores (2005), 64% dos indivíduos da amostra referiram ter sentido sons nos ouvidos quando se encontravam dentro da cabine, não se verificando diferenças entre os sexos, tendo os indivíduos caucasianos referido maior percepção destes sons que os indivíduos afro-americanos.

A sua origem pode encontrar-se em qualquer área das vias auditivas, variando desde

situações tão básicas como a acção de bloqueio de um rolhão de cerúmen no canal auditivo externo, até alterações centrais que poderão ter origem desde o núcleo coclear até ao córtex auditivo primário (Andersson, 2002; Tonndorf, 1991). No entanto, mesmo que sejam reflexo de alterações geradas nas estruturas periféricas, o seu processamento e interpretação será sempre central, podendo dever-se a estruturas como o sistema límbico (Jastreboff & Jastreboff, 2003; Mirz et al., 1999). Pode-se afirmar que apesar de inicialmente ser considerado um fenómeno puramente coclear, passou a ser entendido como uma manifestação do sistema nervoso central, particularmente como uma alteração dos fenómenos de compensação das vias auditivas centrais (Sáez-Jiménez & Herráiz-Puchol, 2006).

#### **4.1. Causas biológicas**

Vários autores citados por Holgers (2003, p. 238) afirmam que “os acufenos 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”.

No que se refere aos acufenos objectivos, é comumente assumido que o tratamento da patologia que está na sua génese levará a uma redução nas queixas que o paciente apresenta, ou até poderá mesmo levar à resolução do problema. Entre as várias causas possíveis, encontram-se: (a) alterações vasculares, como um aumento da pulsatilidade de vasos sanguíneos na região do ouvido, malformações arteriovenosas, como tumores glómicos ou aneurismas; (b) alterações do funcionamento da articulação temporomandibular; (c) alterações neuromusculares, onde se podem encontrar contracções espontâneas dos músculos do ouvido médio, ou mioclonias dos músculos palatinos; (d) e ainda a disfunção da trompa de Eustáquio (Araújo & Escada, 2001; Møller, 2003; Sandlin & Olsson, 2000).

Os acufenos são vistos como estando ligados a uma actividade neural hiperactiva, o que permite supor que parte dos acufenos estão ligados à actividade neural (Møller, 2011).

Como já foi anteriormente referido, os acufenos subjectivos são causados sobretudo por problemas no ouvido interno, particularmente na cóclea, ou no sistema nervoso auditivo (Møller, 2003; Trigueiros-Cunha, 2011). Mesmo nos acufenos gerados por alterações

cocleares podem-se encontrar alterações de tipo central, relacionadas com a componente cognitiva, emocional ou psicológica, onde se incluem perturbações da inibição intracortical provocadas por alterações da cóclea ou das vias da projecção auditiva, induzindo um aumento da actividade espontânea no córtex auditivo, desencadeando processos neuronais que poderão estar na origem da sensação de um som fantasma (Eggermont & Roberts, 2004; Job et al., 2004; Roberts, 2011).

Na literatura, é comum encontrar como causa dos acufenos patologias de tipo otológico, frequentemente associada à perda auditiva, sobretudo por lesão coclear, de uma forma geral devido a acção externa, como é o caso de exposição a ruídos de elevada intensidade, da administração de agentes farmacológicos ou drogas ototóxicas, caso dos salicilatos e alguns diuréticos, o quinino, antibióticos aminoglicosídios e o cisplatino, juntando-se a estes a nicotina, a cafeína e o álcool, cuja acção pode agravar a sensação dos acufenos (Brummett, 1989; Møller, 2003; Pujol & Trigueiros-Cunha, 2015; Schleuning, 1989; Vernon, 1989). Assumindo essa relação directa entre a existência de perda auditiva, particularmente de tipo coclear, e os acufenos, será importante tentar reduzir a sua extensão, procurando fazê-lo através da prevenção dos efeitos ototóxicos associados ao excesso de produção do neurotransmissor glutamato que vai activar os receptores NMDA (receptor N-methyl-D-aspartate) da cóclea, e que controlam a função sináptica (Eggermont & Roberts, 2004; Trigueiros-Cunha, 2009).

Focando as alterações da despolarização das células ciliadas externas da cóclea, verifica-se a existência de descargas espontâneas no nervo auditivo, que poderão estar na origem dos acufenos, particularmente quando a neuroplasticidade do sistema nervoso central não compensa essa percepção, ultrapassando desta forma os níveis do ruído de fundo, sendo então percebidos os acufenos (Newman et al., 2011; Sandlin & Olsson, 2000; Schwaber, 2003; Searchfield, Muñoz, Towns, & Thorne, 2002). Admite-se igualmente que num ouvido que apresente lesões nas suas células ciliadas externas, mas que mantenha células ciliadas internas preservadas, se irá encontrar um funcionamento discordante entre elas, o que poderá levar à percepção dos acufenos (Sandlin & Olsson, 2000). Verifica-se que a sincronia anormal e a coerência temporal da actividade neuronal podem ser factores importantes para o aparecimento dos acufenos (Baguley et al, 2013; Møller, 2011a).

Pode-se associar os acufenos a um grande número de patologias, como é o caso da

Doença de Ménière, do schwannoma vestibular, da doença de Wilson, além de hipotensão intracraniana e lesões traumáticas do nervo auditivo (Møller, 2011).

Foi referido anteriormente a existência de estudos que demonstram a percepção de acufenos por indivíduos sem qualquer queixa até serem colocados numa cabine insonorizada, podendo isto dever-se à existência de EOA espontâneas, produzidas pela cóclea, presentes em cerca de 50% da população de sujeitos normo-ouvintes (Frachet, Soued, & Truy, 2001). No polo oposto, encontram-se indivíduos completamente surdos ou a quem foi cirurgicamente seccionado o VIII par craniano e que continuam a sentir acufenos, o que permite supor que a localização anatómica das estruturas que os gera não está só no ouvido, mas também no sistema nervoso central auditivo, particularmente através de interacções neurosensoriais neuronais auditivas (Eggermont & Roberts, 2004; Levine, Abel, & Cheng, 2002; Møller, 2003; Sandlin & Olsson, 2000). O comportamento aberrante do sistema eferente e do córtex sensorial primário, o envolvimento de substâncias neurotransmissoras neste processo, ou a compressão vascular do VIII nervo craniano são outras das causas possíveis de acufenos (Baguley et al., 2013; Sandlin & Olsson, 2000).

O sistema límbico pode alterar o funcionamento da serotonina, modificando desta forma as regulações de acetilcolina através da mediação do sistema aferente nas células ciliadas externas, alterando o seu normal funcionamento, levando a que o sujeito possa desenvolver, além dos acufenos, hiperacusia, fonofobia, conjuntamente com alterações psico-emocionais como a depressão (Job et al., 2004; Möller, 2003).

Møller (2011c) apresenta igualmente evidências que vão no sentido de alterações na plasticidade do sistema nervoso central, particularmente pelo reencaminhamento das informações, o que poderá explicar a ocorrência de sintomatologia afectiva (alterações do humor), sensações fantasma e o experienciar de sensações atípicas, como é o caso dos acufenos e da dor neuropática.

É igualmente de referir a percepção de acufenos somáticos, que reflectem um conjunto de complexas interacções entre os sistemas sensoriais e motor, levando a que o paciente consiga modular os acufenos pela contracção mandibular, pelo movimento dos olhos, por pressão na articulação temporomandibular, entre outras acções ainda mal esclarecidas (Newman et al, 2011). Stobik, Weber, Münte, Walter, e Frommer (2005)

realizaram um estudo em que verificaram igualmente uma elevada relação entre a presença dos acufenos e a morbilidade somática com patologias como alterações cardiovasculares, hipoacusia, entre outras.

É preciso também ter em conta que existe uma susceptibilidade individual associada a factores genéticos, algo ainda pouco explorado e esclarecido (Sand, 2011).

#### **4.2. Causas/consequências psicossociais**

Para além dos mecanismos de tipo fisiológico, anteriormente explorados, a literatura refere um conjunto de mecanismos psicológicos e psicossociais que interferem com a presença dos acufenos. Estes mecanismos estão particularmente interligados, não sendo fácil determinar quais são os responsáveis pela percepção da gravidade dos acufenos, e de que forma interagem entre si. Quer os acufenos objectivos, mas sobretudo os subjectivos, podem ser atribuídos, no que diz respeito à percepção da sua gravidade, a mecanismos fisiológicos e psicológicos (Holgers, 2003; Kennedy et al., 2004; Tyler, 2006).

Quando os acufenos são interpretados como um sinal intrusivo, com uma carga emocional negativa, provocam ansiedade, depressão, insónia, irritabilidade (Andersson et al., 2005; Sáez-Jiménez & Herráiz-Puchol, 2006). Todos estes estados irão contribuir para aumentar a percepção dos acufenos, que de novo irá contribuir para uma resposta emocional mais exacerbada, construindo assim um círculo vicioso que se não for quebrado irá perpetuar o mal-estar associado aos acufenos (Sáez-Jiménez & Herráiz-Puchol, 2006; Sandlin & Olsson, 2000). Daí a percepção de que mais do que um fenómeno puramente coclear, se está perante uma manifestação do sistema nervoso central, centrada numa alteração dos fenómenos de compensação das vias auditivas centrais (Sáez-Jiménez & Herráiz-Puchol, 2006).

As características da personalidade do sujeito, bem como as estratégias de *coping* por ele utilizadas, são importantes para perceber como irá reagir à presença dos acufenos e de que forma lidará com a componente emocional a eles associada (Vallianatou et al., 2001). Os aspectos psicológicos associados à presença dos acufenos poderão explicar porque existem tão díspares reacções por parte dos vários indivíduos que os experienciam (Dobie, 2003).

Se se analisarem algumas das reacções fisiológicas e psicológicas presentes na reacção que o indivíduo apresenta à percepção dos acúfenos, as que estão associadas aos sistemas límbico e nervoso autónomo vão funcionar como reforço negativo, perpetuando os sentimentos e as reacções associadas aos acúfenos (Jastreboff & Jastreboff, 2003). Mirz et al. (1999, p. 142) já anteriormente referiam que “os acúfenos graves representam uma falha na habituação que mantém a activação de regiões cerebrais normalmente envolvidas na interacção com o exterior”.

Num trabalho publicado por Job et al. (2004), cuja amostra era constituída por indivíduos jovens, militares sujeitos a treino de tiro, que não apresentavam alterações psicológicas, sem perda auditiva mas com acúfenos, eram variações da sua ansiedade que permitiam justificar as diferentes reacções associadas à presença dos acúfenos, justificando que, apesar de terem a sua origem em alterações do funcionamento coclear, era a componente emocional que caracterizava a sua valorização relativa. Andersson e Vretblad (2000) já anteriormente tinham verificado uma significativa correlação entre a sensibilidade ansiógena do sujeito e o grau de gravidade percebido relativamente aos acúfenos, verificando igualmente que era mais evidente nas mulheres. Zöger, Svedlung e Holgers (2001) encontram alterações de tipo ansioso em 42% dos sujeitos por eles observados através do uso da HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), referindo que só 7% destes, que apresentavam alterações sugestivas de depressão e/ou ansiedade tinham os acúfenos antes do aparecimento dessas mesmas alterações. Nesse mesmo estudo verificaram que 62% dos elementos da amostra apresentavam valores sugestivos de quadro depressivo ou de tipo de vida depressiva.

Associado à depressão encontra-se um risco acrescido de suicídio, não se tendo, no entanto, identificado nenhum estudo que permita confirmar a relação entre este e a presença dos acúfenos, sendo referido que quando esta situação surge está associado a outro tipo de problemas e não aos acúfenos isoladamente (Andersson, 2002; Dobie, 2003; Frachet & Geoffray, 2001).

Existem igualmente factores de ordem ambiental ou social que podem igualmente interagir com os aspectos anteriormente referidos, como é o caso de acontecimentos de vida negativos (p.e., luto, separação), isolamento afectivo, *stress* intrafamiliar, 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.

Num estudo efectuado por Langenbach, Olderog, Michel, Albus e Köhle, (2005), com o objectivo de identificar factores psicossociais e de personalidade associados à percepção da gravidade dos acufenos, os autores verificaram que alterações do sono, aumento da ansiedade e baixa satisfação com a própria vida, podiam explicar 56% das perturbações vivenciadas pela presença dos acufenos, confirmando os resultados de Folmer, Stevenson e Tran (2002), que encontraram os mesmos preditores associados ao aumento da percepção da gravidade dos acufenos. Holgers et al. (2005) verificaram que uma elevada ansiedade e *stress* psicossocial seriam indicadores de eventual percepção aumentada da gravidade dos acufenos.

Stobik e colaboradores (2005) publicaram um trabalho em que comparam um grupo de indivíduos com “acufenos compensados”, com outro de indivíduos com “acufenos descompensados” e verificaram que estes últimos apresentavam maiores dificuldades na interacção social, maior sintomatologia depressiva, e utilizavam técnicas de controlo (*coping*) dos acufenos menos eficazes que os outros.

Um estudo anterior de D'Amelio, Archonti, Falkai, Plinkert, e Delb (2004) aponta para uma elevada correlação entre o nível de depressão que o paciente apresenta e o uso de estratégias de *coping* disfuncionais, e também com as perturbações emocionais causadas pelos acufenos, levando à conclusão que quanto mais rápida for a intervenção de tipo psicológico nestes pacientes, melhor será o seu prognóstico.

Existem vários estudos que procuram comparar a percepção dos acufenos à da dor crónica, verificando-se em ambas um valor elevado de queixas de perturbações do sono, patologia depressiva e/ou ansiosa, existindo igualmente outros aspectos comuns, como elevados níveis de hipocondria, presença de tendências obsessivo-compulsivas, dificuldades em controlar quer o sintoma quer os acontecimentos de vida, estratégias de *coping* desajustadas, pensamentos catastróficos, etc., verificando-se que apesar de existir uma elevada incidência de acufenos em pacientes com dor crónica, eles são pouco valorizados (Cima et al., 2011a; Folmer, Griest, & Martin, 2001, 2002b; Isaacson, Moyer, Schuler, & Blackall, 2003).

Oliveira e Trigueiros-Cunha (2002) verificaram que os pacientes com acufenos apresentavam valores aumentados nas dimensões somática, depressão, ansiedade,

ansiedade fóbica, psicoticismo e hostilidade, utilizando o Brief Symptoms Inventory (BSI), enquanto Marciano et al. (2003), utilizaram o MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) verificando valores elevados na depressão, histeria e hipocondria.

De todos estes resultados parece poder concluir-se que existirá uma relação entre a percepção da gravidade dos acufenos e alterações psicopatológicas que o indivíduo apresenta, levando inclusivamente à existência de perturbações em várias áreas da sua vida.

Encontram-se igualmente alterações da eficácia do funcionamento cognitivo em pacientes com acufenos, com particular relevância nos processos de atenção e concentração, sendo mais atingidos os pacientes que apresentam acufenos unilaterais, interferindo também na retenção da informação verbal e durante a leitura, podendo estar relacionados com a excessiva atenção que o sujeito coloca nos acufenos (Cuny, 2002; Hallam, McKenna, & Shurlock, 2004). Estes aspectos parecem ser reforçados pelo estudo de Cima e colaboradores (2011b), em que autores indicam que a perturbação associada à presença de acufenos se deve sobretudo a perturbações nos processos de atenção e memória.

Os acufenos apresentam uma componente multidimensional, sendo tal facto bem evidente nos resultados obtidos por Vallianatou et al. (2001), referindo que factores climáticos, geográficos, sociais, económicos e culturais influenciam directamente o perfil psicológico do sujeito, neste caso particular com acufenos, verificando no seu estudo que os sujeitos avaliados, gregos da ilha de Creta, apresentam no MMPI valores inferiores na depressão e na hipocondria quando comparados com resultados encontrados em estudos norte-americanos ou do norte da Europa.

### **Conclusão**

Pelo exposto até ao momento, conclui-se que, ainda que a avaliação e o tratamento dos acufenos não se afigurem tarefas simples, é importante estruturar medidas de prevenção, encaminhar para o diagnóstico, definir o tratamento etiológico, iniciar o reforço positivo das várias componentes psicossociais, como o *coping* e o suporte social, procurando

evitar o instalar de falsas crenças, evitar o conselho negativo de que os acufenos não têm cura e não há nada a fazer, informar sobre possíveis causas e sobre o papel da ansiedade e da depressão, começar a introduzir estratégias para promover a distração em relação aos acufenos, como a utilização de sons ambientais, eventualmente iniciar precocemente terapia ansiolítica ou antidepressiva e promover o máximo de informação possível sobre o problema (Sáez-Jiménez & Herráiz-Pucho, 2006).

Espera-se que o presente artigo possa fornecer um contributo neste sentido, promovendo a curiosidade e o interesse no tema dos acufenos.

### Referências Bibliográficas

- Andersson, G. (2002). Psychological aspects of tinnitus and the application of cognitive-behavioral therapy. *Clinical Psychological Review*, 22, 977-990.
- Andersson, G., Baguley, D. M., McKenna, L., & McFerran, D. (2005). *Tinnitus: A multidisciplinary approach*. London: Whurr Publishers.
- Andersson, G., & Vretlab, P. (2000). Anxiety sensitivity in patients with chronic tinnitus. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 29 (2), 57-64.
- Araújo, P. E. S., & Escada, P. (2003). Acufenos. In J. L. Reis (Ed.), *Surdez: Diagnóstico e Reabilitação*. Lisboa: Servier Portugal
- Axelsson, A. & Ringdahl, A. (1989). Tinnitus – a study of its prevalence and characteristics. *British Journal of Audiology*, 23, 53-62.
- Baguley, D., McFerran, D., & Hall, D. (2013). Tinnitus. *The Lancet (versão electrónica)*, 382, 1600-1607. Consultado em 4 de Novembro de 2014 em <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2813%2960142-7/abstract>
- Ballester, M., & Geoffray, B. (2001). Un peu d'Histoire..... In B. Meyer (Ed.), *Acouphènes et hiperacousie* (pp. 9-33). Paris: Société Française d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou.
- 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.
- Cima, R., F., F., Crombez, G., & Vlayen, J. W. S. (2011a). Catastrophizing and fear of tinnitus predict quality of life in patients with chronic tinnitus. *Ear and Hearing*, 32 (5), 634-641.
- Cima, R.F.F., Vlaeyen, J.W.S., Maes, I., Joore, M. A., & Anteunis, L. J. C. (2011b).

- Tinnitus interferes with daily life activities: a psychometric examination of the Tinnitus Disability Index. *Ear and Hearing*, 32 (5), 623-633.
- Cuny, C. (2002). *Processus cognitifs et perennisation de l'acouphène*. Tese de Doutorado, Universidade Lumière Lyon 2, Lyon, França.
- D'Amelio, R., Archonti, C., Falkai, P., Plinkert, P. K., & Delb, W. (2004). Akuter tinnitus. *HNO*, 52, 599-603.
- Davis, C. G., Morgan, M., & Sirois, F. M. (2002). *Coping with tinnitus: Severity, interpretations, and adjustments*. Summary Report. Ottawa: Carleton University.
- 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.
- Feldmann, H. (1991). History of tinnitus research. In A. Shulman (Ed.), *Tinnitus: Diagnosis/Treatment* (3-37). Philadelphia: Lea & Febiger.
- 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. (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.
- Frachet, B., & Geoffray, B. (2001). Epidémiologie. In B. Meyer (Ed.), *Acouphènes et hyperacousie* (pp. 35-45). 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 hyperacousie* (pp. 227-247). Paris: Société Française d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou.
- Hallam, R. S., McKenna, L., & Shurlock, L. (2004). Tinnitus impairs cognitive efficiency. *International Journal of Audiology*, 43, 218-226.
- 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.
- Holgers, K-M. (2003). Mechanisms and classification of tinnitus: a discussion paper. *Audiological Medicine*, 1, 238-241.
- 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.
- 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.
- Jastreboff, P. J., & Hazell, J. W. P. (2004). *Tinnitus Retraining Therapy*. Cambridge: University Press.
- 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.
- Kennedy, V., Wilson, C., & Stephens, D. (2004). Quality of life and tinnitus. *Audiological Medicine*, 2, 29-40.
- 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.
- 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.
- Marciano, E., Carrabba, L., Giannini, P., Sementina, C., Verde, P., Bruno, C., Di Pietro, G., & Ponsillo, N.G. (2003). Psychiatric comorbidity in a population of outpatients affected by tinnitus. *International Journal of Audiology*, 42, 4-9.
- 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.
- Meyer, B. (2001). Définitions et classifications. In B. Meyer (Ed.), *Acouphènes et hiperacusie* (pp. 3-7). Paris ; Société Française d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou.
- 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.
- Møller, 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.
- Møller, A. R. (2011a). Introduction. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 3-7). New York: Springer.
- Møller, A. R. (2011b). Epidemiology of tinnitus in adults. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 29-37). New York: Springer.
- Møller, A. R. (2011c). The role of neural plasticity in tinnitus. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 99-102). New York: Springer.
- Møller, A. R., Langguth, B., De Ridder, D. & Kleinjung, T. (2011). Preface. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. xi-xiv). New York: Springer.
- Newman, C.W., Sandridge, S.A., Bea, S.M., Cherian, K., Cherian, N., Kahn, K.M., & Kaltenbach, J. (2011). Tinnitus: patients do not have to 'just live with it'. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 78 (5), 312-320.
- Oliveira, A. V., & Trigueiros-Cunha, N. (2002). Avaliação Psicológica de doentes com acufenos: Resultados de uma população de doentes de uma consulta de O.R.L.. *Revista Portuguesa de ORL*, 40 (3), 219-236.
- 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.
- Pujol, R. & Trigueiros-Cunha, N. (2015). Viagem ao mundo da audição. Consultado em 9 de Dezembro de 2015, em <http://www.cochlea.eu/po/surdez/acufenos>.
- Roberts, L. E. (2011). Neural synchrony and neural plasticity in tinnitus. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 103-112). New York: Springer.
- Sáez-Jiménez, R. & Herráiz-Puchol, C. (2006). Acúfenos: Guia clínica en atención primaria. *Archivos en Medicina Familiar*, 8 (3), 190-196.
- Sand, P. G. (2011). Genetic risk factors in chronic tinnitus. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 47-50). New York: Springer.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Tonndorf, J. (1991). The origin of tinnitus. In A. Shulman (Ed.), *Tinnitus: Diagnosis/Treatment* (pp. 41-49). Philadelphia; Lea & Febiger.
- Trigueiros-Cunha, N. (2009). Neurotoxicidade da Cocaína na Ontogenia do rato. Dissertação de Doutoramento apresentada Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Trigueiros-Cunha, N. (2011). *Acufenos: Fisiopatologia e aplicação clínica*. Resumo de comunicações da III Reunião de Inverno da APO. Lisboa: APO.
- 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.
- Tunkel, D. E., Bauer, C. A., Sun, G. H., Rosenfeld, R. M., Chandrasekhar, S. C., Cunningham Jr, E. R., Archer, S. M., Blakley, B. W., Carter, J. M., Granieri, E. C., Henry, J. A., Hollingsworth, D., Khan, F. A., Mitchell, M., Monfared, A., Newman, C. W., Omole, F. S., Phillips, C. D., Robinson, S. K., Taw, M. B., Tyler, R. S., Waguespack, R., & Whamond, E. J. (2014). Clinical Practice Guideline: Tinnitus. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 151, S1-S40.
- Tyler, R. S. (2006). Neurophysiological models, psychological, and treatments for tinnitus. In R. S. Tyler (Ed.), *Tinnitus treatment: Clinical protocols* (pp.1-22). New York: Thieme.
- 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: 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.

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.

## Capítulo 2

### Artigo 2 - O que precisamos de saber para intervir em pacientes com acúfenos

#### Resumo

No contexto da saúde, os acúfenos são uma queixa que apresenta uma difícil abordagem, quer pela pouca informação disponível, pelo desconhecimento de muitos dos mecanismos a eles associados, pela dificuldade em intervir de forma eficaz do ponto de vista terapêutico, e mesmo pela grande divergência de reacções que os pacientes reportam à sua presença. Sendo uma área marcada por uma abordagem multidisciplinar, em que vários profissionais estão envolvidos, começando no diagnóstico, passando pela terapia, será de todo o interesse que os profissionais de saúde de primeira linha, desde o clínico geral, ao enfermeiro, aos agentes da medicina ocupacional, entre outros, se encontrem informados sobre a quem recorrer quando se confrontam com um paciente com queixas de acúfenos, e o que poderá ser feito, ainda numa primeira abordagem, para o informar dando-lhe desde logo recursos que o paciente poderá utilizar para não se sentir tão perturbado pelos acúfenos. Assim, com o presente artigo pretende-se sistematizar a literatura relativa à avaliação, diagnóstico e terapêutica dos acúfenos, procurando que todos os profissionais de saúde que possam deparar-se com indivíduos com acúfenos estejam informados de forma clara e objectiva.

**Palavras-Chave:** abordagem multidisciplinar, acúfenos, diagnóstico, terapia

## Introdução

Os acufenos são a percepção de um som que não é gerado por uma fonte externa, sendo inaudível pelos outros (Dauman, 1997). Araújo e Escada (2003, p. 50) definem acufenos (vulgo, zumbidos) referindo que "em função do doente, pode definir-se como a percepção aberrante de som, sem a existência de estímulo acústico externo". O desconhecimento dos mecanismos que provocam os acufenos dificulta a abordagem terapêutica associada à diferença de valorização que os próprios pacientes apresentam a queixas iguais do ponto de vista psicoacústico.

Apesar de ser uma experiência sensorial, a resposta que os indivíduos apresentam aos acufenos é multidimensional, envolvendo processos de natureza perceptual, de atenção e emocional (Searchfield, Magnusson, Shakes, Biesinger, & Kong, 2011). Não sendo uma abordagem recente, a visão biopsicossocial tem como base um modelo que assume que os factores biológicos, psicológicos (cognitivos, emocionais e comportamentais), e sociais (sócioeconómicos, sócioambientais e culturais) desempenham um papel importante no funcionamento do individuo quando se encontra em situação de doença (Engel, 1980). Este modelo permite, na saúde e na doença ir além da integração dos aspectos biológico e biomédico, onde se encontra a perda auditiva, o funcionamento cerebral, ou a patologia coclear. Os aspectos psicológicos integram a influência da percepção, das componentes cognitiva e comportamental na visão que o indivíduo tem do problema, bem como do efeito emocional. Os aspectos sociais relacionam a forma como a sociedade enquadra o problema, em momentos de acção familiar, no enquadramento profissional, entre outros. Não se pode esquecer a componente económica e política que influenciam igualmente a abordagem à problemática dos acufenos (Andersson, 2009).

Para se determinar qual a estratégia de intervenção mais adequada para um paciente com queixas de acufenos, deve-se procurar o diagnóstico mais correcto, baseado numa avaliação adequada e eficaz.

Os acufenos objectivos são alvo de uma avaliação clínica otológica, para encontrar as suas possíveis causas, levando a uma intervenção médica ou cirúrgica (Kleinjung, 2011a).

Nas restantes situações, acufenos subjectivos, a abordagem deverá ser multidisciplinar, começando por uma avaliação otológica, no sentido de encontrar a esse nível a causa dos acufenos, percebendo que a referenciação a outros especialistas como o audiologista, o dentista, o neurologista, psicólogo/psiquiatra, a que se podem juntar o fisiatra/fisioterapeuta poderá ser importante na avaliação do paciente (Andersson, 2009; Møller, 2011; Newman et al., 2011).

Transmitir a ideia a um paciente com acufenos que não há nada a fazer, que terá de aprender a viver com o problema, pode levar a subvalorizar um problema que poderá ser grave, retardando o diagnóstico, ou poderá levar o paciente a interiorizar a inevitabilidade da situação, que nada poderá ser feito para minorar o problema, o que poderá aumentar consideravelmente o impacto negativo da situação na qualidade de vida (QDV) do mesmo (Newman et al., 2011).

No sentido de sistematizar os procedimentos de diagnóstico e posterior intervenção, um grupo de clínicos de várias especialidades propôs um algoritmo para o efeito (Langguth et al., 2011a). Igualmente com o propósito de estruturar uma abordagem e posterior intervenção em indivíduos com acufenos, Tunkel e colaboradores reuniram um vasto conjunto de clínicos de diversas áreas que propõem *Guidelines* para a prática clínica nos acufenos, dirigidas ao pessoal médico e não médico que intervém com estes indivíduos (Tunkel et al., 2014).

Apesar da sistematização e da importância destes últimos documentos, considera-se, todavia, que devem ser articulados com outros documentos relevantes presentes na literatura consultada.

Sendo os acufenos subjectivos um desafio maior, pelo desconhecimento da fisiopatologia e do diagnóstico, é nesse tipo de acufenos que mais se irá centrar esta abordagem.

Assim, o objectivo do presente artigo é sistematizar a literatura relativa à avaliação, diagnóstico e terapêutica dos acufenos, apresentando-a de forma sistematizada, clara e perceptível para todos os profissionais de saúde que possam deparar-se com indivíduos com acufenos.

## 1. O que avaliar para diagnosticar

A avaliação dos acufenos revela-se muito difícil particularmente por se estar perante um sintoma subjectivo (Holgers, Zöger, & Svetlund, 2005). Não existe um teste objectivo para determinar a causa dos acufenos, pelo que há que contar com a colaboração do paciente, com as descrições que faz e com o que conta, para elaborar a sua história clínica o mais precisa possível (Baguley, McFerran, & Hall, 2013; Møller, 2003).

Deve-se procurar encontrar o máximo de informação possível, informação pertinente e útil para se obter um diagnóstico preciso, e que deverá escorar-se em exames áudio-vestibulares e psicoacústicos, integrados numa abordagem multidisciplinar fundamental para um diagnóstico abrangente e correcto (Frachet, Poncet-Wallet, & Truy, 2001; Langguth, Kreuzer, Kleinjung, & De Ridder 2013; Vernon & Meikle, 2003a).

Assim, a atenção que se dá ao paciente para procurar perceber o seu problema, o seu acufeno, para além de permitir a obtenção do diagnóstico, é desde logo um momento terapêutico, permitindo o aconselhamento ao paciente, que em muitas situações é suficiente para o tratamento (Frachet, 2001; Langguth et al., 2013). Levine (2013) salienta a necessidade de avaliar com particular atenção as queixas cervicais, dentárias e da cabeça. Particular atenção deve ser dada, pela urgência da intervenção, a situações em que o acufeno é acompanhado por surdez súbita, em situação pós-traumática e quando se percebe da existência de tendências suicidas (Langguth et al., 2013).

A avaliação do paciente centra-se em quatro objectivos principais que são: (a) estabelecer as características do acufeno; (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, devendo a abordagem aos problemas de acufenos ser multidisciplinar, pelo médico de família, pelo médico ORL, pelo audiologista e pelo psiquiatra/psicólogo (Araújo & Escada, 2001; Vernon & Meikle, 2003a).

A abordagem ao paciente deverá iniciar-se com a obtenção de uma história clínica completa, através de um questionário ou entrevista estruturada. A anamnese deve centrar-se em saber como apareceram os acufenos, se de uma forma súbita ou gradual, as suas características, se é permanente ou intermitente, eventualmente pulsátil, qual a sua localização, se num dos ouvidos, em ambos, ou na cabeça, há quanto tempo é

percepcionado, e que características apresentam em relação ao tipo de som ou ruído, à frequência e à sua intensidade, aspectos que poderão ser importantes para determinar as suas possíveis causas (Araújo & Escada, 2001; Langguth, Searchfield, Biesiger, & Greimel, 2011; Langguth et al., 2013; Levine, 2013; Schwaber, 2003).

Será importante perceber quais as consequências comportamentais, sociais, interpessoais e emocionais associadas aos acufenos e que irão perturbar a sua QDV (Landgrebe & Langguth, 2011; Langguth et al., 2011b). Deve-se igualmente investigar os antecedentes do paciente no que respeita a patologia do ouvido médio, à exposição ao ruído, perturbações do equilíbrio, à toma de fármacos ototóxicos, eventuais traumatismos, patologias cardiovasculares, metabólicas, renais, endócrinas e imunológicas, que poderão ser factores predisponentes para o desencadear dos acufenos (Ambrosetti & Del Bo; 2011; Araújo & Escada, 2001; Langguth et al., 2013). Novas medicações, factores psicossociais *stressantes*, queixas neurológicas, particularmente cefaleias, desconforto na região cervical, problemas da articulação temporo-mandibular, entre outras deverão ser igualmente descartadas, sendo também importante conhecer que tratamentos anteriores foram efectuados (Langguth et al., 2011b; Langguth et al., 2013; Levine, 2013).

A avaliação audiológica, através da audiometria tonal, é indispensável para determinar se existem alterações da audição do paciente, que poderão revelar lesões da cóclea ou eventualmente das vias auditivas, promovendo uma primeira abordagem ao topo diagnóstico da lesão (Ambrosetti & Del Bo, 2011; Frachet et al, 2001; Schwaber, 2003). Para além da audiometria tonal, a audiometria vocal permite perceber eventuais dificuldades comunicacionais associadas ao problema (Ambrosetti & Del Bo, 2011).

O timpanograma poderá descartar alterações da membrana timpânica ou da cadeia tímpano-ossicular, ou disfunções da trompa de Eustáquio que podem ser a causa dos acufenos (Ambrosetti & Del Bo, 2011). A avaliação dos reflexos estapédicos será também importante, particularmente em queixas de acufenos intermitentes, que poderão estar relacionadas com disfunções do músculo estapédico (Levine, 2013).

O passo seguinte será a caracterização dos acufenos, denominada acufenometria, e que permite determinar o tipo de som dos acufenos, duração, a frequência principal, a sua intensidade, a possibilidade de mascaramento e a inibição residual (Ambrosetti & Del

Bo, 2011; Araújo & Escada, 2001; Frachet et al., 2001 Vernon & Meikle, 2003a). Deve-se considerar que a medição do tipo, frequência e intensidade dos acúfenos revelou-se pouco consistente, pouco informativa, quer por aspectos psicoacústicos, quer pela metodologia da realização do teste, particularmente pela sua subjectividade, e sobretudo quando a queixa reflecte acúfenos com ruídos complexos, variáveis no tempo, tornando a queixa muito instável e difícil de medir (Ambrosetti & Del Bo, 2011; Baguley et al., 2013; Goldstein, 1991). Será igualmente importante avaliar a existência de hiperacusia, que se caracteriza por uma alteração da sensibilidade ao som, caracterizada por limiares de desconforto inferiores ao normal (Ambrosetti & Del Bo, 2011).

Ao analisar vários dos estudos efectuados para avaliar a intensidade dos acúfenos, os resultados encontrados mostram que este se situa poucos dB's acima do valor de limiar auditivo para a frequência em causa, com uma média de 4,4 dB, não apresentando grande relação com o incómodo que o paciente sente (Goldstein, 1991; Vernon, 1989). Dadas as características subjectivas destas medições, é necessário que exista consistência em várias repetições desta medição (variações não superiores a 3 dB) separadas por intervalos de tempo, que permitem que os valores encontrados possam ser usados no que respeita às avaliações de medicina legal (Vernon & Meikle, 2003a). Uma das estratégias terapêuticas a utilizar passa pelo mascaramento, ou sobreposição de um determinado som em relação aos acúfenos. Devem-se realizar as curvas de mascaramento de Feldmann, que permitem encontrar o nível mínimo de mascaramento para fazer desaparecer os acúfenos para as várias frequências, o que poderá levar ao uso de um gerador de som com função terapêutica nos acúfenos (Araújo & Escada, 2001; Sandlin & Olsson, 2000).

Outros exames de diagnóstico habitualmente constantes nos protocolos de diagnóstico dos acúfenos são os potenciais evocados auditivos do tronco cerebral (PEATC) e as emissões otoacústicas (EOA). Os PEATC permitem verificar a integridade do sistema auditivo central, avaliando as latências das várias ondas, permitindo perceber se a lesão se deve a alterações do mecanismo coclear ou das vias retro-cocleares, permitindo, por exemplo, assegurar ao paciente que não existe nenhum tumor da via auditiva, o que terá não só do ponto de vista do diagnóstico, mas também da terapia, uma grande importância, porque, sendo comum, numa fase inicial, a preocupação do paciente face à possibilidade de ter um tumor, o tranquilizá-la para a sua inexistência, irá diminuir a

ansiedade associada a esse ruído (Shulman, 1991a; Shulman, 1991b; Vallianatou, Christodoulou, Nestoros, & Helidonis, 2001).

Os acufenos paroxísticos, para além de poderem ser um sintoma de compressão do nervo auditivo e/ou vestibular, poderão ser igualmente sinal de deiscência do canal semicircular superior, de doença de Ménière, mioclonia palatal, enxaqueca ou epilepsia, pelo que o recurso a testes vestibulares, RMN (Ressonância Magnética Nuclear) ou electroencefalografia poderão ser úteis para o diagnóstico diferencial (Langguth et al., 2013).

As EOA com produtos de distorção permitem avaliar o funcionamento das células ciliadas externas, perceber se existem áreas cocleares específicas lesadas, sendo esta exploração particularmente importante em pacientes com audição normal, sobretudo à luz da teoria do funcionamento discordante das células ciliadas da cóclea (Ambrosetti & Del Bo, 2011; Bartnik, Rogowski, Fabijanska, Raj-Koziak, & Borawska, 2002).

Dada a estreita relação entre a cóclea (labirinto anterior) e o labirinto posterior, e a elevada presença de queixas de vertigem em pacientes com acufenos, e de acufenos em pacientes com vertigem, será de particular relevância proceder ao exame otoneurológico clínico e, quando tal se justificar, efectuar estudos do equilíbrio, como é o caso da videonistagmografia e da posturografia dinâmica (Herráiz, 2011).

Devem excluir-se através do uso de RMN situações em que os acufenos estejam acompanhados por cefaleias, lesões expansivas, hipertensão intracraniana e anomalias craniocervicais (Langguth et al., 2013). No sentido de identificar alterações funcionais do cérebro responsáveis por percepções fantasmas de sons, têm sido utilizados vários métodos, como a electroencefalografia e a magneto-encefalografia, que permitem medir directamente os campos magnético e eléctrico, induzidos pela actividade neuronal (Langguth et al., 2013; Langguth & De Ridder, 2011). A RMN funcional e o PET (*Positron Emission Tomography*) permitem avaliar alterações na corrente sanguínea cerebral, na oxigenação sanguínea e na captação de glicose importantes na actividade neuronal e que poderão estar relacionadas com a presença dos acufenos (Langguth & De Ridder, 2011).

A existência de dores cervicais ou alterações temporomandibulares devem levar ao encaminhamento do paciente para o fisiatra ou o dentista (Langguth et al, 2013).

Apesar de se efectuar uma exaustiva avaliação dos acufenos, frequentemente não se encontra uma causa que permita um diagnóstico preciso para os acufenos subjectivos, pelo que os denominamos, nessas circunstâncias de acufenos idiopáticos (Levine, 2013).

Para tentar contornar a dificuldade em avaliar um sintoma tão subjectivo, quantificar o impacto dos acufenos na QDV do indivíduo, e conseguir avaliar a eficácia das intervenções terapêuticas utilizadas, foram desenvolvidos instrumentos de auto-avaliação, tipo questionário, específicos para a avaliação dos acufenos, mas igualmente para a hiperacusia e a componente psicológica a eles associada (Baguley et al, 2013; Frchet, 2001; Heller, 2003; Henry et al., 2012).

Um dos primeiros questionários a ser desenvolvido foi o *Tinnitus Handicap Questionnaire* (THQ), em 1990, por Kulk et al., e que procura avaliar os efeitos no comportamento social, emocional e físico do sujeito, a percepção das suas capacidades auditivas, que perspectiva tem dos seus acufenos e de que forma vão evoluir (Frchet, 2001; Sandlin & Olsson, 2000). O *Tinnitus Handicap Inventory* (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, do qual existe uma versão para a população portuguesa (Heller, 2003; Oliveira & Meneses, 2008; Sandlin & Olsson, 2000).

Recentemente tem crescido a utilização de questionários de menor dimensão, sem que tal represente desvantagem psicométrica relativamente aos questionários originais, como é o caso do Mini-TQ, com 12 questões, ou o *International Tinnitus Inventory* (ITI), com oito questões, mas sendo de preenchimento mais rápido, permitem uma utilização mais fácil na prática clínica diária, estando a utilização da escala completa reservada para efeitos de investigação (Hiller & Goebel, 2004 Kennedy et al., 2005). A utilização de escalas visuais analógicas, escalas numéricas de tipo *Likert*, numa escala de 0 a 10, podem igualmente ser usadas para avaliar a intensidade ou o desconforto associado aos acufenos avaliados pelo paciente (Ambrosetti & Del Bo, 2011; Langguth et al., 2011b). Têm a vantagem de serem fáceis e rápidas de utilizar.

Uma alternativa a estas metodologias de avaliação dos pacientes com acufenos foi proposta por Henry e colaboradores (2012), propondo uma metodologia de avaliação

ecológica, baseada na avaliação dos estados do sujeito em tempo real nas várias fases do dia, em factores situacionais e os sintomas tais como são percebidos pelos indivíduos nas suas situações do dia-a-dia.

Uma vez que existe uma elevada correlação entre os acufenos e alterações de tipo emocional e psicológico, particularmente a ansiedade e depressão, é importante que todos os profissionais que lidam com estes pacientes estejam alerta para tal facto (Landgrebe & Langguth, 2011). O uso de instrumentos de *screening*, que permitam identificar essas comorbidades com perturbações de tipo psiquiátrico, como são o *Nothingham Health Profile* (NHP) e a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), são particularmente úteis nestas situações, ajudando a perceber que pacientes terão necessidade de ser referenciados para apoio psicológico ou mesmo psiquiátrico (Holgers et al., 2005; Landgrebe & Langguth, 2011; Milerová et al., 2013; Zöger, Svedlung, & Holgers, 2004).

A HADS é particularmente útil a revelar problemas de carácter depressivo, sendo vista como uma ferramenta de rastreio bastante útil, sendo inclusivamente proposta a sua utilização através da *internet*, acompanhando um instrumento de avaliação dos acufenos específico (Andersson, Kaldo-Sandström, Ström, & Strömgren, 2003; Zöger et al., 2004). 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 utilizada para avaliar o impacto dos acufenos no bem-estar. Referem que os estudos preliminares apresentam resultados fiáveis com relação entre os acufenos e alterações de sono, mal-estar geral, estado de humor, suicídio e evitamento ou interferência com as actividades normais. Tunkel e colaboradores (2014) encontram igualmente referências a comorbidades associadas a fobias sociais e fobias específicas, e dificuldades no ajustamento, aspectos que devem ser tidos em conta no processo de avaliação.

Encontram-se várias referências a alterações do processamento cognitivo do sujeito com acufenos, pelo que deve ser igualmente realizada uma avaliação neuropsicológica, centrada, por exemplo, nas alterações de concentração (Andersson, 2002a).

## **2. O que fazer para intervir nos acufenos**

Após excluir uma patologia que possa ser tratada, resolvendo assim o problema dos acufenos, deverá procurar-se encontrar a terapia que possa ser mais eficaz para aquela situação específica, particularmente nas situações de acufenos crónicos não curáveis (Baguley et al., 2013).

Apesar dos muitos estudos que recentemente têm sido efectuados, ainda não existe uma uniformização quanto à metodologia da intervenção terapêutica nem existe um *gold standard* no que à terapia dos acufenos diz respeito, o que reflecte as grandes dúvidas que ainda existem sobre os mecanismos que estão presentes quer na instalação, quer na percepção da sua gravidade e o porquê da heterogeneidade tão evidente nas queixas dos acufenos (Kennedy, Wilson, & Stephens, 2004; Langguth et al., 2013; Vallianatou et al., 2001). Andersson (2002a) refere que os acufenos são uma sensação temporária e que se tornam crónicos, sendo resistentes à medicação ou ao tratamento cirúrgico.

Goodey (2011) apresenta como princípios básicos da terapia nos acufenos a manipulação das informações sensoriais, a modificação das influências psicológicas e um conjunto de várias intervenções no sistema nervoso central (SNC). Os acufenos, por si só, não levam o paciente a sentir que a sua vida se torna insuportável, o que se percebe pelo facto de que só uma pequena parte dos pacientes se sentir afectado no seu dia-a-dia, e pelos elevados efeitos placebo associados aos acufenos. O paciente tem de sentir que o terapeuta percebe que a sua queixa é real, mas que o foco do problema é a resposta que lhe é dada (Greimel & Kröner-Herwig, 2011; Langguth et al., 2013).

Existem queixas específicas que requerem atenção especial na terapia. A insónia, p.e., muito prevalente na população geral, é uma das queixas mais comuns nos acufenos, sendo quase sempre um dos alvos do processo terapêutico (McKenna & Daniel, 2005).

Seguidamente serão abordadas as intervenções terapêuticas mais comuns nos acufenos:

## **2.1. Terapia farmacológica**

Nem a *Food and Drug Administration* (FDA), nem a sua congénere europeia, a *European Medicines Agency* (EMA), têm qualquer medicamento aprovado para o tratamento dos acufenos (Baguley et al., 2013; Elgoyhen & Langguth, 2011). No entanto, a utilização de fármacos na terapia dos acufenos é muito comum, destinando-se

quer aos mecanismos patofisiopatológicos dos acufenos, quer à sintomatologia e às comorbilidades a eles associadas (Araújo & Escada, 2001; Elgoyhen & Langguth, 2011).

Dos vários fármacos utilizados, apesar de existirem poucas evidências da sua eficácia, encontram-se anti-iskémicos, vasodilatadores, diuréticos, antioxidantes, complexos vitamínicos, barbitúricos, anestésicos, e os anticonvulsivantes, com a função antiepiléptica a reduzir a excitabilidade neuronal, e as benzodiazepinas, caso do alprazolam (Xanax<sup>®</sup>), cujo efeito ansiolítico parece apresentar alguma eficácia no controlo dos acufenos, incrementando a neurotransmissão inibitória (Araújo & Escada, 2001; Baguley et al., 2013; Bonfils, Lemoine, Londero, & Truy, 2001; Elgoyhen & Langguth, 2011; Sandlin & Olsson, 2000; Vernon & Meikle, 2003b).

Os resultados obtidos não são passíveis de generalização, não havendo nenhum fármaco que tenha efeito em todos os pacientes e, de uma forma geral, a sua actuação não é de longa duração (Bonfils et al., 2001). A utilização de antidepressivos é igualmente comum nestes pacientes, particularmente quando existem queixas de insónia, mas também pela elevada comorbilidade com a patologia depressiva (Dobie, 2003; Elgoyhen & Langguth, 2011; Sandlin & Olsson, 2000).

Os corticosteróides têm sido também utilizados, particularmente em situações de instalação súbita dos acufenos, com ou sem perda auditiva, resultando em alguns pacientes numa melhoria da sua tolerância ou mesmo no desaparecimento dos acufenos (Araújo & Escada, 2001; Elgoyhen & Langguth, 2011).

O uso de lidocaína intravenosa mostrou resultados positivos, como demonstrou Bárány num estudo efectuado em 1935 com a procaína, mas a forma de administração pouco prática em contexto clínico e os vários efeitos secundários, como desequilíbrios, arritmia cardíaca, entre outros, impedem a sua generalização (Baguley et al., 2013; Elgoyhen & Langguth, 2011).

Sendo os problemas de sono e a insónia uma queixa relativamente comum nestes pacientes, o uso de medicação específica para controlar este problema deve ser considerado, o que deverá promover a melhoria da saúde geral do paciente e da sua QDV (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 gabatransaminase, contam-se entre as substâncias igualmente estudadas (Bonfils et al., 2001). Vários estudos têm sido realizados com antagonistas do glutamato, um dos mais importantes neurotransmissores excitatórios do sistema auditivo, mas igualmente sem resultados positivos até ao momento (Baguley et al., 2013).

## 2.2. "Tinnitus Retraining Therapy" (TRT)

A TRT faz parte do modelo neurofisiológico dos acufenos, que se baseia na possibilidade de o indivíduo se habituar aos seus acufenos, através da plasticidade do SNC, que promove a habituação pelo facto dos acufenos perderem o seu carácter intrusivo, habituação essa que é o objectivo primeiro da TRT, assumindo que não é a cura (Jastreboff, 2011; Jastreboff & Hazell, 1993; Jastreboff & Jastreboff, 2000; 2003; Sáez-Jiménez & Herráiz-Puchol, 2006). Sons como o bater de um relógio, ou o motor de um frigorífico são ignorados pelo indivíduo, apesar de serem audíveis, porque não lhes é atribuído qualquer conotação ameaçadora ou de alerta, pelo que se tenta recriar para a presença dos acufenos um mecanismo semelhante (Sandlin & Olsson, 2000). Nos acufenos, o indivíduo está perante um som desconhecido, e de origem igualmente desconhecida, o que activa os seus mecanismos de atenção, focando-se neles durante grande parte do tempo, especialmente se existirem associadas emoções fortes e experiências traumáticas prévias (Jastreboff & Jastreboff, 2003; Sandlin & Olsson, 2000).

A TRT tem como finalidade promover a habituação do indivíduo aos seus acufenos, “empurrando-os” para o seu subconsciente, tornando-os parte do seu dia-a-dia (Jastreboff & Jastreboff, 2003). A habituação é atingida como resultado de uma modificação das conexões neuronais entre o sistema auditivo e o sistema límbico e o sistema nervoso autónomo, que são os responsáveis pelas reacções negativas aos acufenos (Jastreboff, 2011; Jastreboff & Jastreboff, 2003).

A base da terapia são uma série de sessões de aconselhamento (*directive counseling*) realizadas após a avaliação do doente, que procuram eliminar ou diminuir as reacções de medo e ansiedade provocadas pela sensação do acufeno (Jastreboff & Hazell, 2004). A TRT está dividida em várias categorias de acordo com o funcionamento do sistema

auditivo do paciente e da sua resposta aos sons (Bartnik & Skarżyński, 2005). 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). Em grande parte das situações é usado um sistema de 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 dos acufenos (Jastreboff & Hazell, 2004). Para além do aconselhamento, é usada a terapia sonora, igualmente uma parte importante da terapia, apresentando como objectivo enfraquecer o sinal acústico dos acufenos, aumentando a actividade neuronal de base (Jastreboff, 2011; Sáez-Jiménez & Herráiz-Puchol, 2006).

A TRT, não sendo a cura para os acufenos, permite um alívio significativo no desconforto sentido pela maioria dos doentes pela presença dos acufenos, que não desaparecendo deixam de ser incómodos, podendo ser aplicada a todos os pacientes com estas queixas (Bartnik & Skarżyński, 2005; Jastreboff & Jastreboff, 2003). Os autores referem uma melhoria em 80% dos casos, não tendo qualquer efeito colateral, nem sendo necessário muitas sessões, tendo eficácia a longo termo (Jastreboff, 2003; Jastreboff, 2011). Permite igualmente intervir na hiperacusia, diminuição da tolerância ao som, que frequentemente acompanha os acufenos, e que resulta de um aumento do ganho funcional das vias auditivas, actuando na dessensibilização do paciente ao som (Bartnik & Skarżyński, 2005; Jastreboff, 2011).

### **2.3. Terapia acústica**

A terapia acústica, ou mascaramento dos acufenos, utiliza um som ambiental amplificado, ou um ruído artificial que se irá sobrepor à intensidade do acufeno, tentando promover algum alívio na sensação provocada por este, levando à redução da ansiedade e depressão associadas à presença dos acufenos (Araújo & Escada, 2001; Newman et al., 2011; Vernon & Meikle, 2003b).

Vernon, em 1976, foi o primeiro a apresentar um protocolo para o uso de mascaradores,

tendo sido uma estratégia de intervenção muito popular, e com algum grau de sucesso no controlo dos acúfenos (Johnson, Griest, Press, Storter, & Lentz, 1989; Sandlin & Olsson, 2000). Permite que o paciente tenha controlo sobre os acúfenos e não o contrário, promove a habituação e a distração, neutralizando a ameaça e o medo associados à presença de um som desconhecido, e contribui para a reorganização do SNC auditivo através da plasticidade neural (Newman et al., 2011).

Os equipamentos utilizados passam por próteses auditivas electroacústicas, em que se utiliza a amplificação dos ruídos exteriores para realizar o mascaramento dos acúfenos, geradores de ruído, inicialmente de ruído branco, mas nos equipamentos mais recentes utilizam-se bandas de ruído nas frequências que promovem maior mascaramento, ajustados pelo audiologista através de filtros passa-alto ou passa-baixo, ou sistemas combinados num único equipamento, quando é necessário intervir nos acúfenos, 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; Del-Bo, Baracca, Forti, & Norena, 2011; Johnson et al., 1989; Sandlin & Olsson, 2000; Vernon & Meikle, 2003b).

No caso das próteses electroacústicas, que apresentam a vantagem de melhorar a percepção da fala que está abafada pelos acúfenos, a opção mais recente passa pelos sistemas *open-fit* por serem mais confortáveis e promoverem menor oclusão, possibilitando igualmente a amplificação de frequências mais agudas que os outros tipos de próteses electroacústicas (Del-Bo et al., 2011). A intensidade de regulação destes instrumentos deve ser baixa para não se tornarem incómodos, mas alto o suficiente para se sobrepor ao acúfeno (Bizaguet et al., 2000). São particularmente úteis em situações de dificuldade em adormecer, devendo-se optar por um dispositivo intracanal, ou por soluções como um gerador de ruído de mesinha de cabeceira, que possui vários tipos de sons do ambiente (ruído do mar, sons da floresta...), ou uma almofada com um dispositivo gerador de ruído (Del-Bo et al., 2011; Vernon & Meikle, 2003b).

Quando existe perda auditiva, as próteses auditivas electroacústicas amplificam o som ambiente e a própria conversação, que por vezes está abafada pelos acúfenos, pelo que o uso destes sons como mascarador é melhor tolerado, mais confortável e socialmente mais útil para o indivíduo (Bizaguet et al., 2000; Del-Bo et al., 2011). É igualmente referido que a utilização de próteses bilaterais apresenta uma significativa melhoria,

quando comparado com o uso de uma adaptação unilateral (Levine, 2013; Punte, Meeus, & Van de Heyning, 2011). Estudos recentes verificam que próteses auditivas electroacústicas com sistema de transposição frequencial apresentam melhores resultados (Levine, 2013).

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 (Torndorf, 1991). No entanto, esta perspectiva tem-se alterado com a mudança de paradigma, que apresenta como causa dos acúfenos não a lesão periférica, mas as alterações centrais a elas associadas, como a falta de inibição, que poderá resultar numa actividade neural aberrante, que poderá induzir os acúfenos (Del-Bo et al., 2011).

Num programa de intervenção em que se comparou o resultado após a terapia de doentes que usaram mascaradores com outros em que não foi sugerido o seu uso durante o processo, verificou-se 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, concluindo os autores que para além da redução da percepção dos acúfenos ajudam na sua habituação (Folmer & Carroll, 2006). Adicionalmente, El Refaie et al. (2004) verificaram que o resultado global no “Quality of Family Life Questionnaire” (QoFL) em famílias de pacientes que utilizaram sistemas de mascaramento era melhor.

A terapia acústica é igualmente uma estratégia terapêutica utilizada nos casos de hiperacusia (Del-Bo et al., 2011).

Estando os acúfenos associados com grande frequência a perda auditiva nas altas-frequências, os implantes de ouvido médio podem ser igualmente uma alternativa, uma vez que conseguem maiores ganhos acústicos directamente na cóclea nessa região frequencial, promovendo alívio na percepção dos acúfenos (Biesinger & Mazzoli, 2011).

No caso de pacientes com perda auditiva profunda para quem a prótese auditiva electroacústica não terá eficácia, será de considerar o uso de um implante coclear (Waltzman & Shapiro, 2000). Os resultados obtidos mostram que há doentes que referem um grande alívio, ou mesmo desaparecimento dos acúfenos, no entanto, existem relatos de pacientes que não percebem alterações ou que sentem um

aumento do desconforto dos acufenos pelo uso do implante coclear, existindo mesmo relatos de indivíduos que não sentiam acufenos e que os começaram a ter após a implantação (Punte et al., 2011; Vernon & Meikle, 2003b). Os resultados do uso do implante coclear, quando comparados com os da estimulação eléctrica da cóclea revelam uma melhoria a longo prazo maior nos primeiros (Punte et al., 2011). No entanto, parece ser ainda necessário efectuar mais estudos sobre a sua eficácia, particularmente em situações em que o acufeno perturbador é referido no lado oposto ao da surdez (Punte et al., 2011).

Como parte de uma terapia mais recente, a *Neuromonics Tinnitus Therapy*, a estimulação auditiva é efectuada através de um equipamento semelhante a um leitor de MP3, que utiliza música suave (tipo barroco ou *new age*) adaptada ao espectro frequencial do indivíduo, procurando anular o efeito da privação auditiva nessas áreas frequenciais, e reduzir a componente emocional, tendo apresentado melhores resultados em estudos preliminares que a estimulação com ruído de banda estreita (Baguley et al., 2013; Langguth et al., 2013; Newman et al., 2011).

#### **2.4. Treino Sensorial Auditivo**

O treino sensorial nos acufenos apresenta a premissa de que a sua causa se encontra na actividade neural síncrona que se desenvolve nas regiões tonotópicas do córtex auditivo primário ilicitado pela perda auditiva (Roberts & Bosnyak, 2011). O treino sensorial auditivo procura utilizar a plasticidade auditiva, promovendo através do treino auditivo especialmente programado a redução ou eliminação das representações auditivas aberrantes, que se crê serem as responsáveis pelos acufenos. Para tal, é feito o mascaramento dos acufenos utilizando sons da região frequencial dos mesmos. Por norma é a estratégia que apresenta melhores resultados. Em alternativa, especialmente se a audição nessa faixa de frequências é residual, o treino poderá ser efectuada em áreas frequenciais na vizinhança da frequência dos acufenos, que apresentam melhor nível auditivo, enviando *inputs* colaterais para a região que está realmente afectada. Estas estratégias apresentam efeitos nas propriedades psicoacústicas dos acufenos, que têm de se distinguir das que se reflectem no comportamento emocional do individuo (Roberts & Bosnyak, 2011).

O uso de questionários e de Escalas Visuais Analógicas permitem concluir que esta terapia apresenta resultados positivos quando comparada com indivíduos sem qualquer terapia, mas que, no entanto, não se revelam duradouros a longo prazo. A avaliação através de medidas psicoacústicas, como o nível mínimo de mascaramento ou o limiar de desconforto, permitem perceber melhor os efeitos da terapia, o que poderá dever-se aos seus efeitos na plasticidade neural.

## **2.5. Estimulação eléctrica**

O uso de sistemas de estimulação eléctrica tem sido proposto desde há bastante tempo para o tratamento de processos inflamatórios, dor, edema, disfunções articulares e problemas de coluna (Steenerson & Cronin, 2003). Na década de setenta do século passado foi igualmente proposta a sua utilização para tratamento de perdas auditivas profundas de tipo sensorineural, tendo-se verificado que a estimulação eléctrica da cóclea teria igualmente resultados positivos na redução dos acúfenos, particularmente em pacientes sem audição do lado afectado (Araújo & Escada, 2001; Hazell, Meertom & Ryan, 1989; Steenerson & Cronin, 2003).

A estimulação eléctrica do promontório pode ser efectuada através da colocação de um eléctrodo transtimpânico que atravessa a membrana do tímpano, numa configuração semelhante à utilizada na medição dos potenciais de acção cóclear e microfónico cóclear, ou através da colocação de eléctrodos externos, numa configuração particular, desencadeando uma corrente eléctrica que irá actuar na sensação dos acúfenos (Punte et al., 2011; Steenerson & Cronin, 2003).

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).

Desde há algum tempo que se usam só as estimulações com eléctrodos externos, colocados no pavilhão auricular, com uma função mais virada para a promoção de processos de relaxamento, ou como coadjuvante na terapia cognitivo-comportamental, mas com cada vez menor indicação, uma vez que existem sistemas mais práticos e funcionais para obter os mesmos resultados, como é o caso do *biofeedback* (Meyer, 2001; Steenerson e Cronin, 2003).

Como já anteriormente foi referido, os implantes cocleares apesar de serem utilizados principalmente para melhorar a função auditiva, têm também sido usado para tentar controlar os acufenos, (Meyer, 2001; Steenerson & Cronin, 2003). Estes dispositivos inicialmente desenvolvidos para reabilitar a surdez profunda, têm um feixe de eléctrodos implantado na rampa timpânica da cóclea, tendo uma parte externa que funciona como receptor/estimulador (Waltzman & Shapiro, 2000).

Um trabalho inicial sobre este tema, publicado por Hazell e colaboradores, em 1995 (citado por Miyamoto & Bichey, 2003), apresenta uma melhoria em 42% dos pacientes com acufenos após o uso do implante coclear, verificando que cerca de metade dos adultos implantados apresentam queixas de acufenos. Através do uso de estudos imagiológicos computadorizados, Mirz e colaboradores (1999) confirmam que a estimulação eléctrica do sistema auditivo através do uso de implantes cocleares pode levar à supressão dos acufenos, sendo necessário efectuar mais estudos para tentar encontrar os mecanismos neurofisiológicos envolvidos e que justifiquem estes achados.

## **2.6. Neurobiofeedback**

A utilização de técnicas de *neurobiofeedback* procuram um controlo das reacções comportamentais do indivíduo, pelo que são utilizadas no contexto das terapias de controlo emocional, procurando promover uma reacção psicológica mais assertiva à queixa dos acufenos, baseando-se no facto de que é esta reacção e não a intensidade dos acufenos que definem o seu grau de gravidade (Araújo & Escada, 2001; Hartmann, Lorenz, & Weisz, 2011). O *neurobiofeedback* é usado com sucesso em patologias como a epilepsia e na hiperactividade e défice de atenção (Hartmann et al., 2011).

Procurando promover o relaxamento, e assumindo que se irá melhorar os níveis de ansiedade do indivíduo, é possível melhorar a forma como o paciente responde aos acufenos (Sandlin & Olsson, 2000). Isto é obtido através da monitorização de sinais visuais ou auditivos, para que o indivíduo consiga controlar algumas das suas funções fisiológicas, bem como algumas reacções a elas associadas, mantendo o relaxamento (Araújo & Escada, 2001). Progressivamente serão retirados os sistemas de monitorização, fazendo com que sejam as técnicas de relaxamento a actuar no controlo das reacções. No entanto, o relaxamento e a diminuição do *stress* nem sempre levam à

redução da sensação subjectiva do acufeno (Sandlin & Olsson, 2000).

## **2.7. Estimulação Magnética Transcraniana**

A Estimulação Magnética Transcraniana é um método não invasivo para a aplicação de campos magnéticos no cérebro que pretendem reduzir a excitabilidade neural (Baguley et al., 2013; Kleinjung, Langguth, & Khedr, 2011). Induz alterações na actividade neuronal que perduram para além do período de estimulação. A percepção dos acufenos será influenciada pela modulação da excitabilidade do córtex auditivo, verificando-se que uma só sessão sobre o córtex temporal ou temporoparietal leva a uma redução temporária da percepção dos acufenos (Kleinjung et al., 2011).

Nalguns pacientes, sessões repetidas de Estimulação Magnética Transcraniana levaram a que o alívio sobre os acufenos tenha durado alguns dias ou mesmo meses (Baguley et al., 2013). O resultado obtido para além de ser moderado é muito variável interindividualmente (Kleinjung et al., 2011). Alguns autores referem que os riscos associados, bem como a dor e o desconforto que a terapia pode causar desaconselham a sua utilização (Tunkel et al., 2014).

## **2.8. Tratamento cirúrgico**

Sendo muito raro utilizar a cirurgia como forma de terapia dos acufenos, a sua utilização é comum quando existem alterações de tipo otológico, como é o caso da otosclerose (Kleinjung, 2011b). A utilização de procedimentos cirúrgicos restringe-se sobretudo a acufenos objectivos, pulsáteis, ou em eventuais neoplasias como o schwannoma vestibular, fístulas perilinfáticas ou contacto vículo-nervoso (Araújo & Escada, 2001; Kleinjung, 2011b).

Pode-se incluir aqui a cirurgia dos implantes cocleares, que como já foi anteriormente abordado é uma alternativa que se enquadra na área da estimulação eléctrica, sendo o eléctrodo de estimulação colocado cirurgicamente no ouvido interno (Punte et al., 2011).

## 2.9. 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). A utilização de terapia laser de baixa intensidade, com equipamentos comercialmente disponíveis, que têm um centésimo da potência dos lasers usados em cirurgia, têm sido usados para acelerar a recuperação de lesões de nervos periféricos, de lesões de tecidos moles e para reduzir processos inflamatórios e dor (Baguley et al., 2013; Kleinjung, 2011c). Contudo, os resultados da investigação clínica até agora efectuada não confirmam a teoria atrás apresentada, apesar da terapia laser ser usada desde há cerca de 20 anos em pacientes com acufenos (Kleinjung, 2011c; Sandlin & Olsson, 2000).

## 2.10. Psicoterapia

Os pacientes com acufenos crónicos descompensados, particularmente de tipo subjectivo, apresentam um elevado desconforto e uma comorbilidade muito elevada com alterações de tipo psicológico ou mesmo psiquiátrico, pelo que a sua avaliação e resposta interventiva imediata deverão ser consideradas (D'Amelio et al., 2004; Sandlin & Olsson, 2000).

A percepção precoce de perturbações emocionais e psicológicas, bem como de alterações psicossociais, podem contribuir para uma intervenção mais eficaz na resolução do problema, mesmo quando não se conhece a causa orgânica do mesmo (Erlandsson, 1998). A psicoterapia será útil nestes doentes, tendo em atenção a componente psicossomática dos acufenos, e através de intervenções para melhorar as suas estratégias de *coping*<sup>10</sup>, o que poderá passar pela educação, intervenções psicológicas e aconselhamento (Dobie, 2003; Meyer & Soubielle, 2001; Searchfield et al., 2011; Stobik, Weber, Münte, Walter & Frommer, 2005).

Pode considerar-se que o objectivo principal da terapia psicológica nos acufenos é reduzir os impactos negativos destes na vida do indivíduo, actuando nos pensamentos negativos ou distorções cognitivas associados aos acufenos, o que permitirá melhorar a forma de lidar com estes (Erlandsson, 1998; Searchfield et al., 2011). Terapeuta e

---

<sup>10</sup> Ver Artigo 6.

paciente trabalham conjuntamente para identificar essas distorções cognitivas, para que o paciente lhes atribua um significado mais lógico e racional, reduzindo a ocorrência e o nível de desconforto a eles associados, num processo de aconselhamento.

O aconselhamento (*counseling*) é o processo de facilitar determinadas alterações fornecendo informações, conselhos e fortalecendo os indivíduos que necessitam de apoio (Searchfield et al., 2011). Poderá ser usado por vários profissionais, pois para além dos psicólogos poderão intervir audiologistas, assistentes sociais, médicos de clínica geral, enfermeiros e outros especialistas médicos. Pode-se acrescentar que todas as formas de intervenção terapêutica nos acúfenos incluem um qualquer tipo de aconselhamento, apesar de este ser ajustado à especificidade de cada uma das intervenções (Mohr & Hedelund, 2006). É igualmente importante para ajustar as expectativas do indivíduo face ao que o processo terapêutico lhe poderá dar (Langguth et al., 2013).

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma das várias intervenções de tipo psicológico usadas nos pacientes com acúfenos, provavelmente a mais usada, existindo vários estudos que demonstram a sua eficácia (Andersson, 2002a; Greimel & Kröner-Herwig, 2011). Baseia-se na reestruturação cognitiva e na modificação comportamental, incluindo mecanismos de psicoeducação, relaxamento, treino de *mindfulness* e técnicas de controlo de atenção (Greimel & Kröner-Herwig, 2011; Langguth et al., 2013). Para atingir essa eficácia, é necessário um total envolvimento do terapeuta e do paciente, e sempre que possível, da sua família, podendo mesmo recorrer-se a sessões de terapia de grupo (Greimel & Kröner-Herwig, 2011; Sweetow, 1989). É igualmente utilizada como intervenção na insónia e outras perturbações do sono (McKenna & Daniel, 2005).

O objectivo desta terapia não é o fazer desaparecer o som dos acúfenos, mas sim ajustar o *coping* mal-adaptado, e as respostas emocional e comportamental presentes (Greimel & Kröner-Herwig, 2011). O paciente tem de estar motivado para alterar hábitos e comportamentos (Andersson, 2002a). A TCC 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 (Andersson, 2002a; Greimel & Kröner-Herwig, 2011). Um dos aspectos positivos da terapia cognitivo-comportamental é a sua eficácia a longo prazo (Andersson, Vretlab, Larsen, & Lyttkens, 2001).

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 reconstrução cognitiva procura identificar as crenças disfuncionais e os pensamentos negativos, substituindo-os por outros mais construtivos (Greimel & Kröner-Herwig, 2011). Este processo permite ao paciente pensar de uma forma diferente e adoptar uma atitude diferente relativamente ao problema. Os pacientes com acufenos tendem a evitar situações em que se sintam desconfortáveis ou mais perturbados pelo problema, sendo as técnicas comportamentais importantes para que o paciente perceba que situações deve evitar e o que poderá fazer para controlar as situações para que se sinta mais confortável no seu dia-a-dia.

Como na TCC existe um elevado número de abandonos, foi proposto um modelo de auto-ajuda baseado nesta terapia, administrado via *Internet*, uma vez que o seu uso é já muito comum até para procurar informações acerca do problema, concluindo-se que os sujeitos apresentam uma melhoria significativa do seu quadro clínico no *follow-up* após três meses. (Andersson & Kald, 2005a; Kald-Sandstrom & Andersson, 2002).

Já foi anteriormente referido que existe comprometimento das várias dimensões da QDV do indivíduo, pelo que será importante utilizar uma estratégia comportamental baseada na interacção biopsicossocial, procurando perceber quais são as áreas em que o paciente se sente mais afectado (Kennedy et al., 2004).

Num estudo abrangente, com o objectivo de avaliar a eficácia de vários métodos de intervenção terapêutica utilizados em pacientes com acufenos, Andersson e Lyttkens (1999) confrontaram resultados da utilização da TCC, do relaxamento, de métodos de informação/educação, da hipnose, do *biofeedback* e de estratégias de resolução de problemas e gestão do *stress*, tendo verificado uma grande variabilidade nos resultados, desde efeitos moderados a melhorias significativas na sensação dos acufenos. Encontraram resultados pobres na intensidade, na medição do afecto negativo e nas estratégias de controlo do sono. As análises exploratórias efectuadas pelos autores permitem concluir que a TCC era mais eficaz relativamente aos níveis de desconforto associados aos acufenos. Apesar dessa eficácia, alguns problemas como o sono ou a depressão necessitam de uma abordagem mais específica (Andersson, 2002a). É, no entanto, inegável que os resultados obtidos após a utilização de métodos de intervenção psicoterapêuticos levam a uma redução do mal-estar associado aos acufenos, e uma

melhoria da tolerância à sua presença (Andersson et al., 2001).

Precisamente no sentido de compensarem algumas das falhas anteriormente apontadas à TCC, Andersson e Kaldo (2005b) apresentaram um protocolo terapêutico que, sendo baseado nessa terapia, a complementa com o uso do relaxamento, enriquecimento sonoro, gestão do sono e prevenção da recaída.

É igualmente proposto o uso de estratégias de distração e técnicas de controlo da atenção nestes pacientes, procurando contornar a excessiva atenção que o paciente dá aos acufenos, procurando que se foque e concentre noutras actividades, incluindo estratégias de manipulação do ambiente acústico (Andersson, 2002b; Greimel & Kröner-Herwig, 2011).

O treino de relaxamento é uma das estratégias usadas regularmente como complemento de outras intervenções terapêuticas nas queixas de acufenos (Greimel & Kröner-Herwig, 2011).

Andersson (2002a) e Erlandsson (1998) salientam que a abordagem dos acufenos deverá ter uma perspectiva multidisciplinar, existindo vários exemplos, como o descrito por Degive, Kos, Archinard e Guyot (2000), que descrevem uma consulta de acufenos conjunta com especialistas da área da ORL (médico e audiologista) e da área da Psicologia (psicólogo e psicoterapeuta) no Hospital Universitário de Génève. Nesta abordagem multidisciplinar, é efectuada uma anamnese e avaliação audiológica e uma anamnese psicossocial, abordando igualmente os aspectos afectivos, sociais e profissionais perturbados pela presença dos acufenos (Degive et al., 2000). É assumido que os acufenos não têm cura, sendo feita uma reflexão em conjunto com o paciente e um trabalho psicoterapêutico, procurando que o paciente desenvolva competências e estratégias para lidar com o problema, sem necessitar de recorrer a outro tipo de terapia. Perrin, Degive, Kos e Archinard (2000) avaliaram a eficácia da intervenção, verificando que, dos pacientes que foram observados, só 22% apresentavam queixas de acufenos isoladas, tendo os restantes 78% problemas somáticos e/ou psicológicos associados, e que um elevado número de pacientes (71%) não teve necessidade de voltar à consulta, nem de qualquer outro tipo de observação nem terapia, o que parece demonstrar a sua adequação face ao problema. Seria desejável que este tipo de dados sobre a eficácia das abordagens terapêuticas estivesse disponível, algo que nem sempre acontece, mas que

permitiria encarar as várias intervenções terapêuticas com maior segurança.

Sizer e Coles (2005) propõem o uso de uma brochura com informações relevantes para o paciente, que reforcem ou complementem as informações dadas pelos profissionais de saúde implicados no processo terapêutico, desde o médico otorrinolaringologista, o audiologista, o psicólogo, o médico de família, entre outros envolvidos.

## **2.11. Outros tratamentos**

Uma das mais recentes terapias a ser usada nos acufenos é a Estimulação Transcraniana por Corrente Directa, que é uma técnica não evasiva de estimulação cortical através de um fluxo de corrente de intensidade relativamente baixa através de eléctrodos colocados no couro cabeludo (Vanneste & De Ridder, 2011). A acção desta estimulação dá-se ao nível da memória funcional, da tomada de decisões, dos comportamentos de risco, impulsividade e reacções emotivas a material visual. Os resultados de estudos preliminares na depressão e nos acufenos parecem prometedores (Vanneste & De Ridder, 2011).

Henry e colaboradores (2012) propõem uma metodologia de avaliação e intervenção de carácter ecológico, em que num PDA (Portable Digital Assistant) é colocado um *software* que permite que o paciente receba alertas numa primeira fase para a avaliação, permitindo conhecer em que situações durante o dia o indivíduo se sente mais afectado pelos acufenos, e com uma fidelidade maior do que quando as respostas são diferidas no tempo. Do ponto de vista da intervenção, com um controlo mais eficaz das respostas, é mais fácil perceber se a estratégia utilizada está a obter os resultados esperados, sendo também mais fácil reestruturar a estratégia, ou mesmo alterá-la, se os resultados assim o exigirem.

A acupunctura tem sido utilizada em pacientes com acufenos com algum resultado no seu alívio, procurando reequilibrar o sistema nervoso vegetativo, melhorando de uma forma mais rápida do mal-estar provocado pelo problema, diminuindo a ansiedade, o que permite reduzir o uso dos ansiolíticos (Bonfils, Londero, & Truy, 2001; 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; Tunkel et al., 2014).

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. (citado 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).

## **2.12. Abordagem multidisciplinar**

Folmer (2002) 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. Langguth e colaboradores (2013) referem que a terapia psicológica é a que apresenta melhores resultados, que poderão ainda ser melhores se associada à terapia sonora.

Sáez-Jiménez e Herráiz-Puchol (2006) referem que os pacientes sentem a ansiedade que provocam no seu médico, levando a que se sintam sós e incompreendidos. Daí ser muito importante utilizar estratégias de aconselhamento com estes pacientes, pelo que estar com o paciente e ouvi-lo, quer seja durante 1 minuto ou 1 hora é a base da terapia, e é importante que o paciente se sinta apoiado, que está perante um profissional atento, genuinamente interessado, que conhece o problema ou o pode encaminhar para quem o possa ajudar, estabelecendo um plano de intervenção que dê alguma esperança ao paciente, inclusivamente através de material informativo de apoio (Malouff, Noble, Schutte, & Bhullar, 2010; Tyler, 2005).

Existindo uma elevada correlação entre a presença de acúfenos e a existência de perda auditiva, e verificando-se que ambos os sintomas têm aparecido em populações cada

vez mais jovens, ligadas à exposição a sons de natureza ambiental e recreativa, a prevenção é possível, desejável e eficaz (Roberts, Martin, & Bosnyak, 2011). Programas de educação pública, participação dos pais, cooperação entre funcionários e empregadores e o envolvimento de todos os profissionais de saúde envolvidos, no sentido de evitar factores de risco, conhecer os aspectos legais e as estratégias de protecção mais eficazes serão uma mais-valia (Roberts et al., 2011).

Mais uma vez se chama a atenção para a necessidade de efectuar uma abordagem multidisciplinar do problema, onde para além do otorrinolaringologista, do audiologista se deve incluir o neurologista, o psiquiatra e o psicólogo, o internista, e uma estreita relação com o médico de família, os profissionais de enfermagem, e outros profissionais que prestam apoio ao paciente, como os profissionais de lares ou instituições onde o paciente idoso possa estar algum tempo, e onde possa ter apoio ao nível da intervenção da queixa dos acúfenos (Tunkel et al., 2014).

### **Conclusão**

Apesar da já vasta literatura disponível e da considerável história dos acúfenos (como descrito no artigo 1), continua a não haver respostas para questões como qual a melhor estratégia para a avaliação dos acúfenos num dado paciente, qual a melhor estratégia de intervenção para um paciente específico, e qual a componente mais imediata na qual intervir, se a relacionada com o atingimento do ouvido ou a componente cerebral e emocional.

Todavia, espera-se que a revisão da literatura apresentada possa contribuir para sensibilizar os profissionais que trabalham com estes doentes, principalmente aqueles que o fazem de um modo pouco frequente, para ponderar a inclusão de componentes que habitualmente não incluem na sua avaliação e/ou intervenção.

### **Referências Bibliográficas**

Ambrosetti, U., & Del Bo, L. (2011). Audiologic Clinical Assessment. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 409-416).

New York: Springer.

- 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. (2009). Contributions from Psychology to the understanding of hearing loss and tinnitus. *ENTnews*, 18 (1), 40-41.
- Andersson, G., & Kaldo, V. (2005a). Internet-based Self-Help treatment of tinnitus. In R. S. Tyler (Ed.), *Tinnitus Treatments: Clinical Protocols* (pp. 29-40). New York: Thieme.
- Andersson, G., & Kaldo, V. (2005b). Cognitive-Behavioral Therapy with applied relaxation. In R. S. Tyler (Ed.), *Tinnitus Treatments: Clinical Protocols* (pp. 96-115). New York: Thieme.
- 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., 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
- Baguley, D., McFerran, D., & Hall, D. (2013). Tinnitus. *The Lancet (versão electronica)*, 382, 1600-1607. Consultado em 4 de Novembro de 2014 em <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2813%2960142-7/abstract>
- Bartnik, G. M., & Skarżyński, H. (2005). Tinnitus Retraining Therapy. In R. S. Tyler (Ed.), *Tinnitus Treatments: Clinical Protocols* (pp. 133-145). New York: Thieme.
- 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.
- Biesinger, E., & Mazzoli, M. (2011). Middle ear implantable devices in tinnitus treatment. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, D. Ridder (Eds.), *Textbook*

- of Tinnitus* (pp. 613-618). New York: Springer.
- 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.
- 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.
- 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.
- Del-Bo, L., Baracca, G., Forti, S., & Norena, A. (2011). Sound Stimulation. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 597-604). New York: Springer.
- 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.
- Elgoyhen, A. B., & Langguth, B. (2011). Pharmacological Approaches to Tinnitus Treatment. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 625-637). New York: Springer.
- El Refaie, 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.
- Engel, G. L. (1980). The Clinical Application of the Biopsychosocial Model. *The American Journal of Psychiatry*, 137 (5), 535-544.
- 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.
- Folmer, R. L. (2002). Long-term reduction in tinnitus severity. *BMC Ear, Nose and Throat Disorders*, consultado em 21 de Novembro de 2005, em:  
<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.

- Frachet, B., (2001). Évaluation des acouphènes: Éléments pour la discussion des résultats des thérapeutiques. In B. Meyer (Ed.), *Acouphènes et hyperacousie* (pp. 183-199). 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 hyperacousie* (pp. 205-214). Paris ; Société Française d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou.
- Goldstein, B. (1991). Psychophysical and psychoacoustic correlates of tinnitus. In A. Shulman (Ed.), *Tinnitus: Diagnosis/Treatment* (99-115). Philadelphia; Lea & Febiger.
- Goodey, R. (2011). Introduction to management of tinnitus. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth & D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 523-525). New York: Springer.
- Greimel, K. V., & Kröner-Herwig, B. (2011). Cognitive Behavioural Treatment (CBT). In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, & D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 557-561). New York: Springer.
- 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.
- Hartmann, T., Lorenz, I., & Weisz, N. (2011). Neurobiofeedback. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, & D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 691-696). New York: Springer.
- 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.A., Galvez, G., Turbin, M.B., Thielman, E.J., McMillan, G.P., & Istvan, J.A. (2012). Pilot study to evaluate ecological momentary assessment of tinnitus. *Ear Hear*, 32 (2), 179-209.
- 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.
- Herráiz, C. (2011). Clinical otoneurological examination. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, & D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 417-421). New York: Springer.
- Hiller, W., & Goebel, G. (2004). Rapid assessment of tinnitus-related psychological distress using the Mini-TQ. *International Journal of Audiology*, 43, 600-604.

- 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.
- Jastreboff, P. J. (2011). Tinnitus Retraining Therapy. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, & D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 575-596). New York: Springer.
- 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.
- 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.
- 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., 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.
- Kennedy, V., Wilson, C., & Stephens, D. (2004). Quality of life and tinnitus. *Audiological Medicine*, 2, 29-40.
- Kleinjung, T. (2011a). Clinical otological assessment. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, & D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 405-407). New York: Springer.
- Kleinjung, T. (2011b). Surgical treatments: Introduction. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, & D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 661-662). New York: Springer.
- Kleinjung, T. (2011c). Low-level laser therapy. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, & D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 749-752). New York: Springer.
- Kleinjung, T., Langguth, B., & Khedr, E. (2011). Transcranial Magnetic Stimulation. In

- A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, & D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 697-709). New York: Springer.
- Landgrebe, M., & Langguth, B. (2011). Psychologic/Psychiatric assessment. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, & D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 441-444). New York: Springer.
- Langguth, B., Biesinger, E., Del Bo, L., De Ridder, D., Goodey, R., Herraiz, C., et al. (2011a). Algorithm for the Diagnostic and Therapeutic Management of Tinnitus. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, & D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 381-385). New York: Springer.
- Langguth, B., & De Ridder, D. (2011). Objective signs of tinnitus in humans. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, & D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 145-147). New York: Springer.
- Langguth, B., Kreuzer, P.M., Kleinjung, T., & De Ridder, D. (2013). Tinnitus: causes and clinical management. *Lancet Neurology*, 12 (9), 920–930.
- Langguth, B., Searchfield, G. D., Biesinger, E., & Greimel, K. V. (2011b). History and Questionnaires. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, & D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 387-404). New York: Springer.
- Levine, R. A. (2013). Tinnitus: Diagnostic approach leading to treatment. *Seminars in Neurology*, 33 (3):256-69.
- Malouff, J. M., Noble, W., Schutte, N. S., & Bhullar, N. (2010). The effectiveness of bibliotherapy in alleviating tinnitus-related distress. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 245-251.
- McKenna, L., & Daniel, H. C. (2005). Tinnitus-related insomnia treatment. In R. S. Tyler (Ed.), *Tinnitus Treatments: Clinical Protocols* (pp. 81-95). New York: Thieme.
- Meyer, B. (2001). 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.
- Milerová, J., Anders, M., Dvořák, T., Sand, P. G., Königer, S., & Langguth, B. (2013). The influence of psychological factors on tinnitus severity. *General Hospital Psychiatry*, 35 (4):412-416
- 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.

- Mohr, A.-M., & Hedelund, U. (2006). Tinnitus person-centered therapy. In R. S. Tyler (Ed.), *Tinnitus Treatments: Clinical Protocols* (pp. 198-216). New York: Thieme.
- Møller, 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.
- Møller, A. R. (2011). Introduction. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, & D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 3-7). New York: Springer.
- Newman, C. W., Sandridge, S.A., Bea, S. M., Cherian, K., Cherian, N., Kahn, K. M., & Kaltenbach, J. (2011). Tinnitus: patients do not have to 'just live with it'. *Cleveland Clinical Journal of Medicine*, 78 (5):312-319.
- 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. (2008). Balanço da Utilização da Versão Portuguesa do Tinnitus Handicap Inventory (THI). *Audiologia em revista*, 1 (2), 101-106.
- 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.
- Punte, A. K., Meeus, O., & Van de Heyning, P. (2011). Cochlear implants and tinnitus. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, & D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 619-624). New York: Springer.
- Roberts, L. E. & Bosnyak, D. J. (2011). Auditory training in tinnitus. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, & D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 563-573). New York: Springer.
- Roberts, L. E., Martins, W. H., & Bosnyak, D. J. (2011). The prevention of tinnitus and noise-induced hearing loss. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, & D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 527-534). New York: Springer.
- Sáez-Jiménez, R., & Herráiz-Puchol, C. (2006). Acúfenos: Guia clínica en atención primaria. *Archivos en Medicina Familiar*, 8 (3), 190-196.
- 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.
- 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., Magnusson, J., Shakes, G., Biesinger, E. & Kong, O. (2011). Counseling and psycho-education for tinnitus management. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, & D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 535-556). New York: Springer.
- Shulman, A. (1991a). Tinnitus evaluation. In A. Shulman (Ed.), *Tinnitus: Diagnosis/Treatment* (pp. 293-318). Philadelphia; Lea & Febiger.
- Shulman, A. (1991b). Clinical types of tinnitus. In A. Shulman (Ed.), *Tinnitus: Diagnosis/Treatment* (pp. 323-341). Philadelphia; Lea & Febiger.
- Sizer, D. I., & Coles, R. R. A. (2005). Tinnitus self-treatment. In R. S. Tyler (Ed.), *Tinnitus Treatments: Clinical Protocols* (pp. 1-22). New York: Thieme.
- 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.
- 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.
- 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.
- Tunkel, D. E., Bauer, C. A., Sun, G. H., Rosenfeld, R. M., Chandrasekhar, S. C., Cunningham Jr, E. R., et al. (2014). Clinical Practice Guideline: Tinnitus. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 151, S1-S40.
- Tyler, R. S. (2006). Neurophysiological models, psychological models, and treatment for tinnitus. In R. S. Tyler (Ed.), *Tinnitus Treatments: Clinical Protocols* (pp. 1-22). New York: Thieme.
- 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.
- Vanneste, S. & De Ridder, D. (2011). Transcranial Direct Current Stimulation (tDCS): A New Tool for the Treatment of Tinnitus? In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, & D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 711-715). New York: Springer.
- 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 América*, 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.
- 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.

## Capítulo 3

### **Artigo 3 - Qualidade de Vida nos Acúfenos: Aspectos teóricos e implicações práticas**

#### **Resumo**

Ao longo dos anos, as equipas de cuidados de saúde para doentes crónicos foram focando um conjunto alargado de conceitos psicossociais. Apesar da sua complexidade, um dos conceitos que se tem vindo a destacar e cuja popularidade se tem mantido elevada junto dos profissionais de saúde (e não só) é o de qualidade de vida (QDV). Todavia, a sua utilização no âmbito da planificação dos cuidados a indivíduos com acúfenos está ainda bastante aquém do óptimo.

Neste contexto, o objectivo do presente artigo é sistematizar aspectos teóricos relativos ao conceito de QDV (desde um breve enquadramento histórico até à delimitação do conceito) e suas implicações práticas junto de indivíduos com acúfenos em termos de avaliação, caracterização e correlatos psicossociais, com potencialidades ao nível da melhoria da prestação de cuidados.

**Palavras-Chave:** acúfenos, correlatos psicossociais, prestação de cuidados, qualidade de vida

#### **1 . História**

Não é fácil precisar quando surge pela primeira vez o conceito de QDV, mas alguns autores encontram já preocupações a esse nível nos filósofos da Grécia Antiga, particularmente nos trabalhos de Aristóteles e a sua visão de felicidade humana (Bowling, 2001; Canavarro, 2010). Vários autores citados por Pais-Ribeiro (2005; 2009) colocam as preocupações com a QDV no início dos anos vinte do século passado, particularmente na análise efectuada às condições no trabalho e a sua relação com o bem-estar dos trabalhadores.

O conceito desenvolveu-se e derivou, com o rápido desenvolvimento económico surgido no pós-guerra, particularmente nos EUA, na melhoria do bem-estar material (Guterres & Pais-Ribeiro, 2002). No entanto, verificou-se que, apesar dessas alterações ao nível do bem-estar material, não existia uma correspondente percepção da alteração da vida por parte dos indivíduos, evidente na fraca relação entre as condições materiais de vida e a forma como as pessoas se sentem em relação às suas vidas, como é patente no facto das taxas de suicídio serem mais elevadas nos países mais desenvolvidos sócioeconomicamente (Canavarro, 2010).

No Mundo desenvolvido, em particular nas sociedades ocidentais, o aumento da esperança de vida tem levado a uma maior preocupação com a QDV.

Sendo um conceito muito popular, aplicado aos mais diversos aspectos da vida do sujeito, torna-se muito próximo do senso comum, sendo esta popularidade um obstáculo ao seu rigor e espírito científico (Bowling, 2001; Pais-Ribeiro, 2005; 2009; Seidl & Zannon, 2004).

Se inicialmente desponta no seio das ciências sociais, como refere Pais-Ribeiro (2005), as ciências humanas e biológicas procuram utilizá-lo "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). Este aumento da esperança de vida da população e a expectativa de uma vida sem morbidade nas idades mais avançadas contribui igualmente para a sua crescente utilização (Bowling, 2001).

Se inicialmente a QDV era tida como o resultado de um conjunto de actividades que procuravam o desenvolvimento equilibrado da sociedade e o direito universal à vida, gradualmente foi-se reflectindo a preocupação com a procura do crescimento económico, reflectido na aquisição de bens materiais, e pouco centrada nas implicações

sociais, na equidade, na preservação do ambiente, na manutenção do emprego e na coesão social [Comissão Independente População e Qualidade de Vida (CIPQV), 1998; Guterres & Pais-Ribeiro, 2002].

Mas a realidade humana é multidimensional, não se reduzindo à dimensão económica, sendo que o objectivo que deve nortear o desenvolvimento global deverá passar por uma melhoria sustentável da QDV, implicando aspectos como o bem-estar económico, material e psicológico, e as dimensões sóciopolítica, médica e psicológica (CIPQV, 1998; Fleck, Leal, et al., 1999; Guterres & Pais-Ribeiro, 2002; Pais-Ribeiro, 2005).

A investigação científica revela também a preocupação em estudar a QDV, em áreas que vão da Economia, à Sociologia, à Política, à Geografia, mas também presente em contextos de saúde, desde a Medicina, à Enfermagem, passando obviamente pela Psicologia (Bowling, 2001; Seidl & Zannon, 2004).

Liu (citado por Guterres & Pais-Ribeiro, 2002; Meneses, 2005) publica em 1975 um artigo exploratório em que apresenta um conjunto de variáveis que constituiriam vários indicadores da QDV, e que seriam: (a) universais, para poderem ser generalizados 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. Para este autor a QDV apresentava dois componentes principais, um subjectivo (ou psicológico), mais qualitativo e na época não mensurável, e o objectivo (ou social, económico, político e ambiental), mais quantitativo, passível de medições e agregações.

Num trabalho igualmente efectuado nos anos setenta (1976), Campbell, Converse e Rodgers, (citados por Guterres & Pais-Ribeiro, 2002; Meneses, 2005) apresentam os principais componentes subjectivos da QDV, tendo identificado 12 domínios que estariam na base da QDV: saúde, casamento, vida familiar, governo, amigos, habitação, emprego, comunidade, fé, actividades de lazer, situação financeira e participação em organizações, sendo que a saúde era o componente que apresentava uma correlação mais elevada com o resultado global.

Posteriormente são encontrados 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 (Flanagan, 1982, citado por Guterres & Pais-Ribeiro, 2002; Meneses 2005).

A associação entre a QDV e o estado da saúde decorre sobretudo da definição clássica de saúde feita em 1948 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como refere Canavarro (2010), aspecto que será mais à frente abordado. Por outro lado, nos anos 60 do século XX, começa a existir a preocupação de que o sistema de saúde deve responder às necessidades do doente, e que é este o elemento central dos sistemas de saúde e dos cuidados de saúde (Pais-Ribeiro, 2005). Meneses (2005) refere que na área da saúde, particularmente nas tecnologias a ela associadas, os indicadores fornecidos pela QDV e respectivas avaliações são utilizados como factor de decisão.

## **2. Conceito**

Vaz-Serra (2010, p. 23) refere que a QDV, não sendo um conceito universal, é um “constructo multidimensional que procura atender a uma perspectiva holística sobre a natureza biopsicossocial do ser humano”.

Para Hörnquist (1982), a QDV tem como base as necessidades humanas de tipo físico, psicológico, social, estrutural, e de actividade, sendo a avaliação do grau de satisfação do sujeito nessas necessidades que constitui sua QDV (Bowling, 2001). Uma vez que os seres humanos se interligam através de uma sociedade estruturada, essas necessidades reflectem-se de uma forma individual ou colectiva (CIPQV, 1998). A QDV será, pois, um constructo multidimensional, onde se incluem as percepções do indivíduo (dimensões subjectivas), e/ou as componentes externas observáveis (dimensões objectivas) (McIntyre, Barroso, & Lourenço, 2002).

Bowling (2001) e Canavarro (2010) chamam à atenção para a distinção da QDV e de constructos como a felicidade objectiva, bem-estar subjectivo, satisfação com a vida, e boa vida, que tem sido bastante controversa e confusa (Bowling, 2001).

As experiências anteriores, as condições do presente e as expectativas relativamente ao futuro, inseridas no contexto sociodemográfico do indivíduo, influenciam a QDV

(Bowling, 2001; 2005). Colman (1987, cit. por Guterres & Pais-Ribeiro, 2002) refere que as preferências e prioridades do sujeito têm que ser realistas, mas que se modificam ao longo do tempo, acrescentando que a QDV é específica de cada sujeito e abrange todas as áreas da vida, promovendo o crescimento e desenvolvimento pessoal.

A OMS, através de um grupo de peritos transculturais, baseia o conceito de QDV em três aspectos, que são a subjectividade (depende da visão do próprio sujeito), multidimensionalidade (constituída por várias dimensões) e apresentar dimensões positivas e negativas (Canavarro, 2010). Define então QDV como sendo:

... 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 relações sociais da pessoa, e pelo relacionamento com os aspectos marcantes do seu meio. (WHOQOL, 1995, p 1403).

Esta perspectiva pressupõe que a avaliação da QDV passa pela inter-relação do meio ambiente com os aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais do sujeito (Canavarro, 2010; Fleck, 2000; WHOQOL, 1995). Reforça a natureza multidimensional do constructo, encontrando-se 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 (Canavarro, 2010; Seidl & Zannon, 2004; WHOQOL, 1998). Para além da subjectividade e da multidimensionalidade características deste conceito de QDV, estão presentes elementos de avaliação quer de carácter positivo (p.e., mobilidade), quer negativo (p.e., dor) que constituem uma terceira dimensão (Fleck, Louzada, et al., 1999). Deve-se acrescentar que esta definição centra-se sobretudo nos aspectos subjectivos, excluindo indicadores objectivos como da saúde, de habitação e outras circunstâncias materiais que estão presentes noutros constructos teóricos de QDV (Ruggeri, Warner, Bisoffi & Fontecedro, 2001). Posteriormente surgem na definição de QDV da OMS as componentes da religiosidade e espiritualidade, que sendo pouco valorizados pela medicina ocidental, são muito relevantes na medicina oriental (Fleck, Borges, Bolognesi, & Rocha, 2003; WHOQOL, 1998).

Para Fallowfield (1994, citado por Meneses, 2005) a QDV apresenta-se como um conjunto de funções operacionais 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). Estas funções estão de acordo com a chamada “temperatura social”, onde se relacionam as actividades de lazer, as artes, a habitação, as formas de locomoção, e a própria saúde (Bowling, 2001).

Apesar desta multidimensionalidade, qualquer uma das dimensões que constitui a QDV pode ser estudada de forma autónoma, surgindo a QDV em contexto familiar, QDV no trabalho ou a QDV relacionada com a saúde, habitualmente associada a um sintoma ou doença (Pais-Ribeiro, 2009).

### **3. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde**

De particular importância na QDV de um qualquer indivíduo, encontram-se os aspectos relacionados com a saúde e a doença, que vão para além dos indicadores fornecidos pela avaliação médica (McIntyre et al., 2002). Aspectos como a dor, perturbações motoras, e outras perturbações funcionais ou cognitivas devem ser avaliados, constituindo uma área de investigação dentro da QDV apelidada de “Qualidade de Vida relacionada com a saúde” (McIntyre et al., 2002; Muldoon, Barger, Flory, & Manuck, 1998; Pais-Ribeiro, 2009). O doente passou a ser considerado numa perspectiva holística, não só avaliado em relação ao que se queixa ou do que sofre, mas também na avaliação do impacto que esse problema clínico tem na componente física, mental e social do indivíduo (Vaz-Serra, 2010).

Quer a perspectiva prática, quer a componente política envolvidas no contexto da saúde, evidenciam a necessidade de promover a QDV quer no sentido de promoção da saúde, quer particularmente na prevenção das doenças (Seidl & Zannon, 2004). Esta perspectiva centra-se na abordagem associada à definição de saúde apresentada pela OMS em 1948, apresentada como o completo bem-estar físico, psicológico e social para além da ausência de enfermidade (Carona, 2005). Neste sentido, Bowling em 2005, apresenta uma definição de saúde positiva, em que o enfoque se vira para a avaliação da

saúde na doença ou a ausência de saúde e doença, e não a normal avaliação do estado de saúde.

Mas, mesmo sem apresentar doença ou sensação de dor, a presença de um desconforto ou mesmo alterações funcionais como as que surgem nos acufenos podem fazer com que o indivíduo se sinta incomodado, se sinta “doente”. Deve-se, então, avaliar de forma crítica a intensidade dos sintomas, a sua duração e a QDV do indivíduo (Vaz-Serra, 2010).

A visão da QDV relacionada com a saúde passa a focar-se igualmente no bem-estar social, emocional e físico durante a realização de um tratamento, e do seu impacto na vida diária do indivíduo, procurando avaliar tanto os seus aspectos positivos como os negativos, que apresentam consequências na saúde física, psicológica e social, tornando-se um conceito dinâmico e pessoal (Bowling, 2001).

A divisão da QDV na saúde, para facilitar a compreensão do seu funcionamento, é feita em dois domínios, o físico e o mental (Muldoon et al., 1998). O funcionamento físico está associado às limitações físicas, sendo o funcionamento mental avaliado pela capacidade do indivíduo desenvolver desde tarefas simples na área cognitiva até complexas interações sociais.

Mas quando se aborda a QDV ligada à saúde, está-se perante um conceito subjectivo que ultrapassa a ausência de problemas de saúde física ou mental, mas que envolve aspectos como felicidade, satisfação com a vida e auto-estima, onde o crescimento pessoal, autonomia e auto-eficácia, estão presentes, e onde nos processos terapêuticos se encontram aspectos como a expectativa do paciente, a adesão à terapia, a motivação e as suas competências, às quais se juntam o estatuto socioeconómico, a disponibilidade para obter cuidados de saúde, o suporte social e as crenças culturais individuais nos comportamentos de saúde, que podem influenciar ou mediar a recuperação do paciente (Bowling, 2001; 2005).

Será importante distinguir a QDV relacionada com a saúde e a QDV específica da doença, em que a primeira apresenta uma perspectiva genérica de doença, aplicada às várias doenças, quer físicas quer psicológicas, avaliando de que formam influencia a QDV geral do indivíduo, enquanto a QDV específica da doença se centra no impacto que os sintomas e o processo terapêutico de uma determinada lesão ou doença terão no

indivíduo (Guterres & Pais-Ribeiro, 2002).

Genericamente, a QDV é influenciada por três tipos de factores: os socioculturais; os interpessoais, com destaque para o apoio social; e os intrapessoais, onde surgem as características da personalidade, a saúde física, entre outros aspectos do próprio indivíduo (Meneses, 2005). Num modelo apresentado por Spilker, em 1990, o autor procura relacionar a importância dos valores e crenças dos doentes com os aspectos clínicos da intervenção terapêutica, a existência de reacções adversas, a relação benefícios-custo, etc., comparando igualmente com os resultados obtidos em tratamentos anteriores, actuando esses seus valores e crenças como filtro dessa análise influenciando a forma como a QDV é percebida (Meneses, 2005; Pais-Ribeiro, 2005).

Vaz-Serra (2010) refere que existem indicadores importantes relativos à QDV no processo terapêutico. Por outro lado, uma boa relação terapeuta/doente irá ajudar a melhorar a sua QDV, e a existência de expectativas positivas sobre o processo terapêutico terá igualmente impacto positivo na QDV. Indivíduos com menor QDV têm maior probabilidade de sofrerem recaídas e de apresentarem menos boa cooperação durante o processo terapêutico (Vaz Serra, 2010).

Nas situações crónicas, a QDV será igualmente um aspecto importante a avaliar, pois a perspectiva foca-se relativamente ao tempo de vida, ou não sendo fatal, à percepção de que terá de viver sempre com o problema, obrigando a um ajuste dos aspectos cognitivos, afectivos, sociais e profissionais do paciente (Joyce-Moniz & Barros, 2005). Isto é tanto mais importante quanto maior tem sido a expectativa de vida que praticamente duplicou no séc. XX, e sendo facilmente perceptível que a probabilidade de ter uma boa Saúde/QDV aos 80 anos é menor do que aos 30 (Pais-Ribeiro, 2009). Advém, pois, a importância de um modelo biopsicossocial, mais abrangente que o modelo biomédico, onde os factores biológicos, psicológicos (cognitivos, emocionais e comportamentais), e sociais (socioeconómicos, socioambientais e culturais) desempenham um papel importante no funcionamento do indivíduo quando se encontra em situação de doença (Engel, 1980).

#### **4 . Avaliação da qualidade de vida**

Apesar de andarem muito juntos, QDV e saúde são conceitos diferentes, pelo que deverão ser avaliados por instrumentos diferentes (Vaz-Serra, 2010). Neste contexto, é de sublinhar que as alterações de tipo psiquiátrico e emocional estão associadas a alterações da QDV (McIntyre et al., 2002). Para além de estarem associadas a maior perturbação da QDV do que as patologias médicas comuns, apresentam padrões distintos que é importante valorizar (Spitzer et al., 1995).

A avaliação da QDV é cada vez mais importante, quer na prática clínica, quer na produção de conhecimento científico, acrescentando aos aspectos biomédicos outros de natureza socioeconómica, psicológica e mesmo cultural, tendo-se tornado igualmente importante nas decisões de política de saúde e mesmo projectada em inquéritos à população em geral (Ferreira, 2000; Seidl & Zannon, 2004).

A avaliação da QDV de uma população pressupõe a comparação de grupos entre si, em função de diferentes condições de saúde, de zonas geográficas, dos níveis sociais e económicos, dos níveis etários ou em função do sexo do indivíduo (Ferreira & Santana, 2003). A avaliação da QDV permite igualmente uma avaliação económica dos cuidados de saúde, e desta forma permitir aos decisores saber onde deverão investir os recursos, por norma escassos, à sua disposição (Maes, Joore, Cima, Vlaeyen, & Anteunis, 2011).

Sendo a QDV um conceito dinâmico, a precisão dos momentos da sua avaliação, bem como dos intervalos das medições efectuadas são um aspecto central na interpretação dos resultados obtidos (Meneses, 2005; Pais-Ribeiro, 2005).

A avaliação das intervenções na área médica e de saúde eram, no passado, exclusivamente relativas à morbilidade, progressão da doença ou readmissão hospitalar, juntando-se a estas a leitura de testes bioquímicos, a existência de complicações ou a capacidade para voltar a exercer as actividades de vida diária, particularmente as de tipo profissional, numa lógica de saúde como ausência de doença, sendo questionável o que medir para avaliar os resultados das intervenções terapêuticas efectuadas (Bennett, 2002; Bowling, 2005).

Inicialmente, nos anos 40 do século passado, a medição da QDV era baseada nas observações que os profissionais de saúde que acompanhavam o doente iam realizando, tendo-se iniciado na oncologia clínica (Bowling, 2001; Pais-Ribeiro, 2005).

Os resultados nos cuidados de saúde são igualmente avaliados em função da capacidade funcional do indivíduo, medidos sobretudo nas suas actividades diárias (Bowling, 2005). Pretende-se encontrar fragilidades que possam levar à dependência do sujeito para realizar determinadas tarefas, ou à existência de determinadas necessidades, que se revelem em aspectos ligados à saúde, ao ambiente e aos factores pessoais.

As formas mais usuais de medição de QDV são através de questionários, administrados em forma de entrevista ou por auto-administração, sendo esta a forma mais eficaz por obrigar ao menor dispêndio de tempo para os profissionais envolvidos e por permitir que o sujeito tenha um ritmo próprio de preenchimento do instrumento (Bowling, 2005; Seidle & Zennon, 2004). Pressupõem igualmente que existem aspectos da QDV que só podem ser avaliados pelo próprio (Pais-Ribeiro, 2005).

Nas situações de existência de problemas crónicos, como é o caso dos acufenos, encontra-se uma elevada comorbilidade, a importância da avaliação da QDV reflecte-se na avaliação do impacto da doença no funcionamento mental e físico do indivíduo, e na percepção do seu bem-estar, podendo ser estas comorbilidades ainda mais importantes para a QDV do que as próprias alterações provocadas pela sua doença (Cunningham, Nakazono, Tsai, & Hays, 2003; Rijken, Kerkhof, Dekker, & Schellevis, 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 medição da QDV na saúde deve ser destinada a uma determinada condição e aos tratamentos que a ela se dirigem, com acção no funcionamento e bem-estar físico, social e psicológico, concentrando-se na individualidade do doente (Meneses, 2005). Assim, às medidas subjectivas de QDV devem-se associar as medições objectivas tradicionais em contextos de saúde, cuja forte relação com o funcionamento físico permite obter indicadores baseados no funcionamento geral do paciente e justificar o uso de intervenções que, não sendo curativas, ou que aumentem a esperança de vida do indivíduo, irão promover a melhoria da sua QDV (Bowling, 2001; Meneses, 2005).

Para o grupo WHOQOL (1995; 1998), a avaliação deve centrar-se na acção da doença sobre os vários aspectos da QDV, passando pelos aspectos físicos, onde se inclui dor, mobilidade, sono, funcionamento sexual, apetite e náusea, os aspectos psicológicos,

como a depressão, a ansiedade, e a adaptação à doença, os aspectos sociais, onde se encontram as relações pessoais, de carácter sexual, e o envolvimento nas actividades sociais e de lazer, e os aspectos ocupacionais, que são a capacidade de sobreviver através de um emprego, e a capacidade para realizar tarefas domésticas, elaborando um enquadramento dinâmico entre esses aspectos, e os aspectos funcional e de incapacidade, preocupando-se com a validade transcultural da abordagem (Bennett, 2002).

No sentido de tornar a avaliação da QDV o mais abrangente possível, é sugerida a utilização de instrumentos genéricos da QDV em conjunto com instrumentos específicos para a avaliação de uma determinada situação ou patologia, enquadrando os aspectos clínicos com os impactos positivos e negativos da intervenção, permitindo igualmente a comparação entre indivíduos com diferentes patologias, e entre estes e indivíduos saudáveis e até com a norma para a população geral (Bennett, 2002; Bowling, 2001; Meneses, 2005).

Bowling (2005) refere que a escolha do instrumento deve basear-se em aspectos como a fidelidade, a validade e a sensibilidade da escala, bem como a sua adequação à população em estudo. No que se refere aos acufenos, encontram-se instrumentos específicos que permitem avaliar as consequências funcionais, físicas e psicológicas da sua presença, como são o *Tinnitus Effects Questionnaire*, o *Tinnitus Handicap Questionnaire*, a *Tinnitus Severity Scale*, o *Tinnitus Handicap Inventory* (THI) e o *Tinnitus Coping Style Questionnaire* (TCSQ) (Schwaber, 2003).

O interesse dos resultados obtidos, bem como a rapidez e facilidade de administração definem a utilidade clínica de um determinado instrumento de avaliação da QDV (Stewart et al., 1989). É de esperar que indivíduos com condição crónica apresentem valores inferiores, o que na prática nem sempre acontece, e que os valores medidos reflectam a especificidade e gravidade de cada patologia, numa perspectiva dinâmica, onde se inclui a percepção da acção da intervenção terapêutica.

Perspectivando precisamente este aspecto dinâmico e evolutivo da QDV, Joyce-Moniz e Barros (2005) referem que a QDV afecta todos os domínios existenciais do indivíduo, ao longo da sua vida, até ao processo terminal da sua existência.

As escalas específicas são mais sensíveis às alterações clínicas da própria patologia que

avaliam, mas geralmente não abordam aspectos gerais como o suporte social, o *coping*, entre outros (Bennett, 2002). A sua utilização é comum na medição da QDV em pacientes com patologia oncológica, na patologia cardiovascular, na função respiratória, na dor, na função neurológica, etc. (Bennett, 2002; Bowling, 2001). É também comum, na avaliação da QDV, a utilização de medidas de emoções, utilizando para tal instrumentos como o Beck Depression Inventory, ou a HADS (Escala hospitalar de ansiedade e depressão), aos quais se podem juntar instrumentos específicos para a avaliação da memória, de outras alterações psiquiátricas e morbidade psicológica (Bowling, 2001).

## **5. Qualidade de vida em indivíduos com acufenos**

Rijken e colaboradores (2005) referem que as patologias crónicas, onde se incluem os acufenos, são as principais ameaças para a QDV das sociedades ocidentais. Como exemplo, referem que na Holanda cerca de 10% da população apresenta uma patologia crónica, e que com o crescente envelhecimento da população, grande parte dos idosos terá mais do que uma situação crónica.

A avaliação da QDV associada às patologias crónicas poderá ser útil para promover a melhoria da QDV no que diz respeito aos aspectos da componente social, psicológica, e dos vários aspectos físicos (Bowling, 2005).

Um dos problemas crónicos mais comuns no mundo ocidental é a perda auditiva, com particular incidência na população idosa (Joore, Potjewijd, Timmerman, & Anteunis, 2002). Associado à presbiacusia, que é a perda auditiva associada ao envelhecimento, para além da presença de acufenos, surgem dificuldades de comunicação, que podem ter como consequência o isolamento do indivíduo, levando em algumas situações a depressão, frustração, ansiedade e solidão, comprometendo o bem-estar social e emocional, algo que também acontece com indivíduos que apresentam perda auditiva por exposição ao ruído, o que poderá igualmente provocar os acufenos (Bess, Hedley-Williams, & Lichtenstein, 2001; Kennedy, Wilson, & Stephens, 2004). Prestes e Gil (2009) verificam que os indivíduos com acufenos e perda auditiva apresentam maiores dificuldades associadas à presença de acufenos do que os indivíduos com acufenos mas sem perda auditiva, apresentando igualmente pior QDV, particularmente nos domínios

físico e psicológico, avaliados através do WHOQOL. Daí a grande necessidade de avaliar a QDV destes grupos de indivíduos, para tentar encontrar alguma estratégia para a sua promoção.

A prevalência da perda auditiva nos indivíduos com acufenos é muito elevada, chegando aos 75% segundo Frachet e Geoffray (2000), apresentando Herráiz, Hernandez-Calvin, Plaza e De los Santos (2002) valores que chegam aos 86%, o que reforça a necessidade de avaliar a QDV, sendo ainda mais premente nos idosos onde se encontra o declínio não só das funções sensoriais, mas igualmente das funções cognitivas, o que poderá justificar a maior dificuldade em se acomodarem à presença dos acufenos que os indivíduos mais jovens, percebendo menos apoio do que estes (Andersson, Porsaeus, Wiklund, Kaldo, & Larsen, 2005). As dificuldades auditivas são, por sua vez, causa de dificuldade cognitiva, que poderão ser mais exacerbadas pela presença dos acufenos, levando igualmente a maiores dificuldades na QDV do indivíduo (Hallam, McKenna, & Shurlock, 2004). Concretamente nos acufenos, verifica-se que existe uma especial relação com a presença de depressão, ansiedade e insónia, o que leva a alterações significativas na QDV do indivíduo (Zeman, Koller, Schecklmann, Langguth, & Landgrebe, 2012). Será importante perceber quais as consequências comportamentais, sociais, interpessoais e emocionais associadas aos acufenos e que irão perturbar a sua QDV (Landgrebe & Langguth, 2011; Langguth Searchfield, Biesiger, & Greimel, 2011).

Num trabalho efectuado por Davis e Roberts (1996) em que utilizaram o SF-36 para avaliar a QDV de pacientes com acufenos, verificou-se que para todas as sub-escalas os resultados obtidos eram inferiores aos da população geral (Reino Unido), e que quanto maior a percepção da gravidade dos acufenos, mais se acentua essa diferença, resultados confirmados por Nondahl e colaboradores (2007), para uma amostra dos Estados Unidos e Oliveira e Meneses (2008; 2009), para uma amostra de indivíduos portugueses. Wilson, Lewis e Stephens (2002) realizaram um estudo semelhante em que verificaram que as sub-escalas mais afectadas são o Funcionamento Social, a Dor Física, o Desempenho Físico e o Desempenho Emocional, sendo a subescala da Saúde Geral a que apresenta valores mais próximos da população geral. Os valores obtidos são semelhantes aos de uma amostra com dor crónica na região lombar, e apontam para uma interferência nas actividades sociais normais.

De igual forma, Oliveira e Meneses (2008, 2009) verificaram que a QDV relatada por Portugueses com acufenos (duração média de 8,7 anos; DP=9,5; 1-46) era inferior à da população geral em todas as dimensões/subescalas do SF-36 v2 (Ware, Kosinsky, & Dewey, 2000), i.e., Função física, Desempenho físico, Dor física, Saúde em geral (dimensões da componente física), Vitalidade, Saúde mental, Desempenho emocional e Função social (dimensões da componente mental; cf. normas de Ferreira e Santana, 2003), mas com maior incidência na Função social, Saúde em geral, Saúde mental e na Vitalidade. Nondahl e colaboradores (2007), por sua vez, encontraram maiores diferenças no Desempenho físico, Dor física, Vitalidade e Saúde mental, referindo igualmente que associado a maior a gravidade dos acufenos se encontravam valores inferiores para todos os domínios do SF-36. Esta menor concordância das subescalas mais afectadas pode reflectir a heterogeneidade deste tipo de pacientes, que poderá estar reflectida nas amostras em causa.

Para Kennedy et al. (2004) a escolha do modelo de avaliação irá interferir na estrutura de uma potencial intervenção terapêutica, pelo que analisaram vários instrumentos de avaliação da QDV para procurar determinar os que seriam mais eficazes nesta população. Determinaram que o SF-36 será uma boa medida genérica de avaliação de QDV em indivíduos com acufenos, uma vez que apresenta grande sensibilidade a pequenos níveis de morbilidade, o que se torna importante na avaliação da eficácia das intervenções utilizadas (Kennedy et al., 2004; Ware & Kosinski, 2001a).

Existem muitos instrumentos de avaliação específica dos acufenos que, apesar de não terem sido construídos com o objectivo específico de avaliar a acção da presença dos acufenos na QDV do individuo, o permitem realizar (Kennedy et al., 2004). Procuraram encontrar aspectos comuns que permitam a comparação entre eles, verificando um fio condutor na presença de aspectos psicológicos, do impacto no estilo de vida, da percepção auditiva, dos efeitos na saúde, e mesmo questões mais específicas, como sobre o sono. Analisaram sete instrumentos, verificando 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.

Zeman e colaboradores (2012) avaliaram vários instrumentos num estudo multicêntrico, em que verificaram uma boa adequação do THI, inclusivamente na sua vertente

transcultural, permitindo a comparação de várias partes do mundo, o *Tinnitus Questionnaire* (TQ), que apresenta excelentes resultados psicométricos, e o *Tinnitus Impairment Questionnaire* (TBF-12), que, sendo uma versão reduzida do THI, apresenta excelente correlação no resultado final, mas que apresenta uma menor correlação geral com a versão completa do THI.

Tendo em consideração alguns dos benefícios dos instrumentos específicos de QDV, sem esquecer alguns dos seus inconvenientes/limitações (cf. Meneses, 2005), o conteúdo dos itens do THI, bem como a existente correlação entre os valores obtidos no THI e os obtidos com o SF-36v2, pode-se defender a utilização do THI para avaliar a QDV de indivíduos com acúfenos (Oliveira & Meneses, 2008). De facto, Bartels, Middel, van der Laan, Staal e Albers (2008), p.e., usaram o THI para avaliar a “QDV específica dos zumbidos”, e Zeman, Koller, Langguth e Landgrebe (2014), utilizaram o THI conjuntamente com o BDI e o WHOQOL-Bref para concluir que existe uma forte correlação entre a percepção de desconforto associado à presença de acúfenos e a QDV e a depressão.

Neste contexto, é de mencionar que existe uma versão do THI traduzida e adaptada para Portugueses com acúfenos, com valores de consistência interna semelhantes aos da versão original, bem como a outras adaptações, e que foi bem aceite pelos inquiridos (Oliveira & Meneses, 2008a). É, contudo, de referir que o THI foi originalmente proposto como forma de quantificar a gravidade dos acúfenos, apresentando uma subescala emocional que avalia os aspectos ligados às respostas afectivas (McCombe et al., 2001; Newman, Jacobson, & Spitzer, 1996; Oliveira & Meneses, 2008a). Salviati e colaboradores (2013) demonstraram que o THI pode ser um excelente instrumento de rastreio de comorbilidades psiquiátricas na população com acúfenos, correspondendo a valores mais elevados do THI maior incidência de psicopatologia.

## **6 . Potenciais correlatos psicossociais da qualidade de vida de indivíduos com acúfenos<sup>11</sup>**

As características psicossociais (p.e., níveis de ansiedade) de indivíduos com acúfenos sugerem que a presença dos acúfenos pode ser entendida como algo perturbador ou

---

<sup>11</sup> Ver Artigo 11

ameaçador. É, pois, importante perceber as relações entre características psicossociais e QDV dos indivíduos com acufenos, podendo ser indicadores da sua gravidade, e o seu conhecimento poderá melhorar a intervenção clínica com estes pacientes. De facto, espera-se que, ao focar a intervenção em aspectos que estão intimamente relacionados com a (baixa) QDV dos indivíduos com acufenos, seja possível melhorá-la.

Erlandsson e Hallberg (2000) investigaram a associação da QDV com factores psicológicos, psicossomáticos e audiológicos presentes nos acufenos. Através de uma análise de regressão, verificaram que 6 das 13 variáveis analisadas explicavam 65% da variância da QDV. As que mais se destacavam eram as dificuldades de concentração, sensação de depressão e a percepção de atitudes negativas, no que diz respeito aos factores psicológicos, e a hipersensibilidade ao som, o nível de perda auditiva e a duração dos acufenos, relativamente aos factores audiológicos. No entanto, os três factores psicológicos eram os preditores mais significativos. Para os autores, ao contrário do que seria de esperar pelo que a literatura aponta, o facto de os acufenos serem intermitentes, existirem queixas de vertigem, cefaleias ou a percepção de dificuldades no suporte social não eram preditores significativos no estudo efectuado.

## 7. *Coping*<sup>12</sup>

Heinecke, Weise, Schwarz e Rief (2008) procuraram encontrar aspectos fisiológicos e psicológicos associados a respostas ao *stress*. Os indivíduos com acufenos apresentaram uma menor adequação na avaliação da exposição a situações de *stress*, no entanto, a reactividade fisiológica estava só ligeiramente afectada. Para estes autores, os programas de intervenção em acufenos deveriam considerar a intervenção nesses processos de avaliação, bem como nos mecanismos de *coping* em situações de *stress*.

O *coping* é um conjunto dinâmico de esforços comportamentais e cognitivos, usados no sentido de adequarem a resposta a exigências internas ou externas específicas que ultrapassam os recursos do indivíduo (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

No que se refere a estratégias de *coping*, Budd e Pugh (1996) utilizaram o TCSQ, tendo verificado que existe uma relação entre o *coping* mal-adaptado e a percepção subjectiva

---

<sup>12</sup> Ver Artigo 6

da gravidade dos acufenos, algo que não existe quando as estratégias de *coping* utilizadas são eficazes, o que parece confirmar a utilidade da terapia psicológica, particularmente no que respeita à intervenção nas estratégias de *coping* utilizadas pelo paciente. Adicionalmente, Dineen, Doyle e Bench (1997) verificaram que as estratégias de *coping* usadas para lidar com os acufenos nem sempre eram eficazes e estavam relacionadas com as crenças sobre os acufenos. Bartels e colaboradores e colaboradores referem uma elevada associação entre a presença de ansiedade e depressão e alterações na QDV e o *coping* mal-adaptado.

A relação entre QDV e *coping* tem sido encontrada em diversas amostras clínicas, levando os autores a defender que os profissionais de saúde devem apoiar a utilização de estilos de *coping* eficazes (p.e., He & Liu, 2005). No caso de indivíduos com acufenos, Roggerone (2010) identifica o *coping* como um preditor da QDV.

## 8. Auto-eficácia<sup>13</sup>

A auto-eficácia refere-se à forma como os indivíduos auto-percebem a sua capacidade de organizar e realizar actividades em situações desconhecidas, não controladas e imprevisíveis, potenciadoras de situações *stressantes* (Pais-Ribeiro, 1995). Esta auto-percepção da eficácia influencia a forma como as várias situações são abordadas, qual o esforço despendido, marcando os comportamentos, e determinando uma menor motivação e envolvimento nas acções tendentes a melhorar ou mesmo resolver a situação em que o indivíduo se encontra (Bandura, 1977; 1982, Pais-Ribeiro, 1995).

Sendo a auto-eficácia determinante no comportamento do indivíduo, a utilização de estratégias que visem alterar esses comportamentos tornando-os mais eficazes na resposta à situação específica serão de toda a utilidade, levando também a uma maior persistência dos esforços despendidos (Nogueira & Mesquita, 1992).

Torna-se, assim, clara a relevância da auto-eficácia no caso de indivíduos com acufenos. Este reconhecimento fez até com que a auto-eficácia fosse um indicador de eficácia de uma intervenção destinada a indivíduos com acufenos (Rief, Weise, Kley, & Martin

---

<sup>13</sup> Ver Artigo 7

2005), estando também patente no artigo de Smith e West (2006), que a promove a várias áreas da Audiologia.

Não tendo sido identificado nenhum estudo sobre a relação entre auto-eficácia e QDV em indivíduos com acúfenos, esta relação foi identificada noutras amostras (p.e., Cunningham, Lockwood & Cunningham, 1991; Robinson-Smith, Johnston, & Allen, 2000).

## 9. Optimismo<sup>14</sup>

O optimismo pode ser definido como a tendência que o sujeito apresenta para aguardar de uma forma positiva os acontecimentos de vida relacionados com o bem-estar psicológico, social e físico (Laranjeira, 2008). Os indivíduos optimistas são os que apresentam expectativas gerais que envolvem a obtenção de um resultado positivo, contrapondo-se aos pessimistas que em geral estão à espera de um resultado negativo (Valle & Mateos, 2008). Os indivíduos que apresentam uma visão da vida mais favorável têm maior capacidade de lidar com o *stress* e a doença de uma forma mais positiva, com processos adaptativos mais eficazes (Laranjeira, 2008).

O uso do LOT (Life Orientation Test) tem mostrado uma relação significativa entre optimismo e a presença de dificuldades associadas à presença dos acúfenos, o que se estende igualmente à presença de perda auditiva, com reacções emocionais devidas a essa perda (Andersson, 1996). Assim, dada esta relação entre o optimismo e as variáveis audiológicas, pode ser particularmente importante intervir também ao nível do optimismo, procurando encontrar uma dinâmica cognitiva mais positiva (Andersson, 1996).

Neste contexto, é de referir o estudo de Roggerone (2010), em que o optimismo se revelou um preditor da QDV de indivíduos com acúfenos.

## 10. Espiritualidade<sup>14</sup>

Existem várias definições de espiritualidade. Sawatzky, Ratner e Chiu (2005), referem a

---

<sup>14</sup> Ver Artigo 8

Espiritualidade como sendo algo que ultrapassa as dimensões física, psicológica ou social da vida, mas que está também frequentemente associada a uma procura existencial de significado e propósito para a vida, juntando-se um terceiro atributo que atribui à Espiritualidade uma relação com as experiências pessoais de cada um, mas que não serão necessariamente expressas através de comportamentos e práticas pré-definidas, distinguindo Espiritualidade de Religião, uma vez que se encontram pessoas que se consideram espirituais, mas não necessariamente religiosas.

Nos últimos anos, várias investigações científicas têm vindo a focar a espiritualidade (Meneses, 2006), sugerindo a existência de relação entre a religião/a componente espiritual e a saúde mental e física (Koenig, 2004). Sendo apontada como uma importante dimensão da QDV, a espiritualidade é igualmente outro aspecto referido na literatura que apoia a investigação em áreas ligadas à saúde, particularmente pela relação com o *coping* religioso (Panzini, Rocha, Bandeira, & Fleck, 2007). Perspectivando uma mudança de paradigma nos cuidados de saúde, passando de uma abordagem fisiopatológica para uma abordagem mais abrangente e global, é de considerar a espiritualidade como uma dimensão importante a investigar (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007), apesar de na pesquisa bibliográfica efectuada não ter sido encontrado nenhum estudo em populações com queixas de acufenos.

## 11 . Suporte Social<sup>15</sup>

Existem igualmente factores de ordem psicossocial que podem interagir com os problemas resultantes da presença dos acufenos, 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.

Erlandsson e Hallberg (2000) referem que um dos resultados inesperados que obtiveram, numa amostra de indivíduos com acufenos, foi o suporte social percebido não ser um preditor da QDV. Anteriormente, Erlandsson, Hallberg e Axelsson (1992) haviam constatado que a relação entre suporte social e gravidade dos acufenos não era

---

<sup>15</sup> Ver Artigo 9

considerável.

Em termos de intervenção, a noção de satisfação com o suporte social revela-se particularmente interessante. Esta pode ser definida, de acordo com vários autores, como a existência de pessoas que se mostram disponíveis para se preocuparem connosco e nos ajudarem e em quem confiamos, existindo um conjunto de informações que levam a supor que se é amado e com quem os outros se preocupam, informações de que se é valorizado e admirado e informações sobre a pertença a uma rede de comunicações e com inerentes obrigações, podendo igualmente resultar da existência de recursos e unidades sociais disponíveis como resposta a solicitações de apoio e assistência (Pais-Ribeiro, 1999).

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).

Em indivíduos submetidos a transplante cardíaco, a satisfação com o suporte social revelou-se um preditor da QDV (White-Williams et al., 2010). Não foi, contudo, identificado nenhum estudo em que a relação entre satisfação com o suporte social e QDV fosse explorada em indivíduos com acúfenos.

## **12 . Ansiedade e depressão<sup>16</sup>**

Existem muitos e variados estudos que demonstram a relação entre os acúfenos e problemas emocionais, com referência a patologias significativas do ponto de vista psicológico (Andersson, Baguley, McKenna, & McFerran, 2005).

Assumindo a importância para a intervenção terapêutica da identificação de perturbações de ansiedade e depressão em indivíduos com acúfenos, Zöger, Svedlund e Holgers (2004) tentaram determinar a utilidade da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) nesses pacientes. Verificaram que a validade era superior para a subescala Ansiedade, mas bastante útil para identificar ambas as patologias. Num

---

<sup>16</sup> Ver Artigo 10

trabalho posterior, concluem que a gravidade dos acufenos está relacionada com a presença de perturbações de tipo psiquiátrico e emocional, reflectindo a associação a factores como a ansiedade e a depressão presentes em indivíduos com acufenos (Zöger, Svedlund, & Holgers, 2006).

Como já anteriormente foi referido, Erlandsson e Hallberg (2000) identificaram preditores da QDV de indivíduos com acufenos, onde se incluía a sensação de estar deprimido, e num trabalho efectuado em 2004 por Dall-Igna, Schmidt, Smoth, Zannete e Bisol, confirmam alguns estudos anteriores que apontam no sentido de existir uma associação entre a presença de depressão e a menor QDV em indivíduos com acufenos. Bartels e colaboradores (2008) procuraram avaliar o efeito da ansiedade e depressão em medições clínicas da saúde geral e da QDV, verificando o efeito cumulativo de ambas nessas medições, justificando-se plenamente a sua investigação na avaliação clínica de indivíduos com acufenos.

Härter, Maurischat, Weske, Laszig e Berger (2004) utilizaram a HADS e o SF-36 em pacientes com acufenos, tendo utilizado o Tinnitus Questionnaire (TQ) para avaliar a percepção da gravidade desses acufenos. Os resultados obtidos mostram uma elevada correlação entre a QDV, a ansiedade e a depressão, e verificando-se que no SF-36 todas as subescalas apresentaram diferenças discriminativas entre os grupos extremos do TQ, com excepção da dimensão Função Física.

É ainda de referir que há diversos estudos que sugerem que as variáveis psicossociais previamente abordadas estão não só relacionadas com a QDV dos indivíduos (com acufenos), mas também entre si (p.e., Bartels et al., 2008). Na realidade, a investigação sugere que focar apenas uma única variável psicossocial pode ser insuficiente, por oposição a uma estratégia de intervenção multimodal (cf. Sullivan, Katon, Russo, Dobie, & Sakai 1994).

### **Conclusão**

O objectivo principal da avaliação da QDV Relacionada com a Saúde era melhorar a relação médico doente na prática clínica, avaliando 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., 1999).

Tendo em mente a literatura revista, relativa aos aspectos teóricos sintetizados e às implicações práticas do constructo de QDV junto de indivíduos com acúfenos, concluiu-se que, pelo dinamismo e complexidade do constructo e variedade e especificidades de técnicas de avaliação do mesmo actualmente disponíveis, há um conjunto de ponderações e cuidados a ter para que a avaliação da QDV (e correlatos) destes indivíduos permita a obtenção de resultados clinicamente úteis, que possam estar na base de mudanças nos cuidados.

Considera-se que fica também clara a necessidade de se proceder a avaliações da QDV (e correlatos) destes indivíduos ao longo do curso da sua situação clínica e abordagens terapêuticas (multidisciplinares).

Adicionalmente defende-se o desenvolvimento de programas de promoção da QDV de indivíduos com acúfenos que foquem as seguintes variáveis psicossociais: *coping*, auto-eficácia, optimismo, ansiedade e depressão, tidas pela literatura como determinantes para a melhoria da QDV destes indivíduos. Apesar da literatura consultada não apresentar dados (robustos) que confirmem o papel (positivo) da espiritualidade e da satisfação com o suporte social ao nível da promoção da QDV de indivíduos com acúfenos, mas face ao que é descrito relativamente à sua importância na QDV, estas variáveis deverão ser integradas em propostas de intervenção a testar, constituindo um desafio interessante.

Por aquilo que constitui a experiência clínica, as informações e resultados reportados de intervenções realizadas em vários centros clínicos (alguns referenciados neste estudo), tendo em consideração as vantagens e desvantagens que lhes estão associadas, é proposto, como meio para melhorar a QDV de indivíduos com acúfenos, a elaboração de um pequeno manual que apresente informações que reforcem as que habitualmente são dadas aos pacientes, procurando desta forma diminuir a sintomatologia ansiosa e depressiva que lhes está associada, ampliando as suas estratégias de *coping*, fazendo com que consigam lidar de forma mais eficaz com a presença dos acúfenos, levando a que a percepção do desconforto que lhes está associado vá gradualmente diminuindo, chegando a uma fase em que os acúfenos já não apresentem qualquer conotação

aversiva, deixando de perturbar o indivíduo.

### Referências bibliográficas

- Andersson, G. (1996). The role of optimism in patients with tinnitus and in patients with hearing impairment. *Psychology and Health, 11*, 697-707.
- Andersson, G., Baguley, D. M., McKenna, L., & McFerran, D. (2005). *Tinnitus: A multidisciplinary approach*. London: Whurr Publishers.
- Andersson, G., Porsaeus, D., Wiklund, M., Kaldo, V., & Larsen, H. C. (2005). Treatment of tinnitus in the elderly: a controlled trial of cognitive behavior therapy. *International Journal of Audiology, 44* (11), 671-675.
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review, 84*, 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-Efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist, 37*, 122-147.
- Bartels, H., Middel, B. L., van der Laan, B. F. A. M., Staal, M. J., & Albers, F. W. (2008). The additive effect of co-occurring anxiety and depression on health status, quality of life and coping strategies in help-seeking tinnitus sufferers. *Ear & Hearing, 29* (6), 947-959.
- Bennett, P. (2002). *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.
- Bowling, A. (2001). *Mesuring disease* (2nd ed.). Buckingham: Open University Press.
- Bowling, A. (2005). *Mesuring health* (3rd ed.). Maidenhead: Open University Press.
- 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.
- Canavarro, M. C. (2010). Qualidade de vida: Significados e níveis de análise. In M. C. Canavarro, & A. Vaz Serra (Eds.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 3-21). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Carona, C. (2005). Missão: Qualidade de Vida. *Revista Bipolar, 27*, 6-7.
- Comissão Independente População e Qualidade de Vida (CIPQV). (1998). *Cuidar o futuro: Um programa radical para viver melhor*. Lisboa: Trinova Editora.
- Cunningham, A. J., Lockwood, G. A., & Cunningham, J. A. (1991). A relationship

- between perceived self-efficacy and quality of life in cancer patients. *Patient Education and Counseling*, 17 (1), 71-78.
- 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.
- Dall-Igna, C., Schmidt, L. P., Smith, M., Zannete, V., & Bisol, L. (2004). Impact of depression in the quality of life of patients with tinnitus. *Otolaryngology – Head and Neck Surgery*, 131, 2, pp273 - Annual Meeting of the American Academy of Otolaryngology - Head and Neck Surgery Foundation, Inc. 2004 Official Program
- Davis, C. G., Morgan, M., & Sirois, F. M (2002). *Coping with tinnitus: Severity, interpretations, and adjustments*. Summary Report. Ottawa: Carleton University.
- 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.
- Dineen, R., Doyle, J., & Bench, J. (1997). Audiological and Psychological Characteristics of a Group of Tinnitus Sufferers, Prior to Tinnitus Management Training. *British Journal of Audiology*, 31 (1), 27-38.
- Engel, G. L. (1980). The Clinical Application of the Biopsychosocial Model. *The American Journal of Psychiatry*, 137(5), 535-544.
- 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.
- Erlandsson, S.I., Hallberg, L.R., & Axelsson, A. (1992). Psychological and Audiological correlates of perceived tinnitus severity. *International Journal of Audiology*, 31 (3), 168-179.
- Ferreira, P. L. (2000). Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36: Parte I - Adaptação Cultural e Linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-63.
- 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. (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.
- Fleck, M. P. A., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., et al. (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
- 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.
- Guterres, M. C. M. M. R. B., & Pais-Ribeiro, J. L. (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.
- 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.
- He, G., & Liu, S. (2005). Quality of life and coping styles in Chinese nasopharyngeal cancer patients after hospitalization. *Cancer Nursing*, 28 (3), 179-186.
- Heinecke, K., Weise, C., Schwarz, K., & Rief, W. (2008). Physiological and psychological stress reactivity in chronic tinnitus. *Journal of Behavioural Medicine*, 31, 179-88.
- 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.
- 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.
- Joyce-Moniz, L., & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde: Desenvolvimento e intervenção*. Porto: Edições Asa.
- Kennedy, V., Wilson, C., & Stephens, D. (2004). Quality of life and tinnitus. *Audiological Medicine*, 2, 29-40.
- Koenig, H. G. (2004). Religion, Spirituality, and Medicine: Research findings and implications for clinical practice. *Southern Medical Journal*, 97 (12), 1194-1200.
- Landgrebe, M., & Langguth, B. (2011). Psychologic/Psychiatric assessment. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 441-444). New York: Springer.

- Langguth, B., Searchfield, G. D., Biesiger, E., & Greimel, K. V. (2011). History and Questionnaires. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 387-404). New York: Springer.
- Laranjeira, C. A. (2008). Tradução e validação portuguesa do revised life orientation test (LOT-R). *Universitas Psychologica*, 7 (2), 469-476.
- Maes, I. H. L., Joore, M. A., Cima, R. F. F., Vlaeyen, J. W., & Anteunis, L. J. C. (2011). Assessment of health state in patients with tinnitus: a comparison of the EQ-5D and HUI mark III. *Ear and Hearing*, 32 (4), 428-435.
- 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.
- Meneses, R. F. (2005). *Promoção da Qualidade de Vida de doentes crónicos: Contributos no contexto das Epilepsias Focais*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Meneses, R. F. (2006). Espiritualidade na óptica da Psicologia da Saúde. In I. Leal (Coord.), *Perspectivas em Psicologia da Saúde* (pp. 203-230). Coimbra: Quarteto.
- 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.
- Newman, C.W., Jacobson, G.P. & Spitzer, J.B. (1996). Development of the Tinnitus Handicap Inventory. *Archives of Otolaryngology Head Neck Surgery*. 122 (2), 143-8.
- Nogueira, C., & Mesquita, A. P.(1992). Auto-eficácia e ansiedade: Aplicações na consulta psicológica. *Jornal de Psicologia*, 10 (3), 16-22.
- Nondahl, D. M., Cruickshanks, K. J., Dalton, D. S., Klein, B. E. K., Klein, R., Schubert, C. R., et al. (2007). The Impact of Tinnitus on Quality of Life in Older Adults. *Journal of American Academy of Audiology*, 18, 257-266
- Oliveira, V., & Meneses, R. F. (2008). Qualidade de vida de portugueses com zumbidos: Confronto de indicadores. In *Psicologia, Saúde & Doença*, livro de resumos do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Porto, Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde.
- Oliveira, V., & Meneses, R. (2008a). Balanço da utilização da versão portuguesa do Tinnitus Handicap Inventory (THI). *Audiologia em revista*, 1 (2), 101-106.
- Oliveira, V., & Meneses, R. (2009). O papel do SF-36v2 em indivíduos com queixas de zumbidos: Avaliação da qualidade de vida. In C. Sequeira, I. L. Ribeiro, J. C. Carvalho, T. Martins & T. Rodrigues (Eds.), *Saúde e Qualidade de Vida em análise* (pp. 248-257), Porto, Escola Superior de Enfermagem do Porto – Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida.

- Pais-Ribeiro, J. L. (1995). Adaptação de uma escala de avaliação da auto-eficácia geral. In: L. Almeida e I. Ribeiro (Eds.). *Avaliação Psicológica: formas e contextos* (pp.163-176). Braga: APPORT.
- Pais-Ribeiro, J. L. (1999). Escala de Satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3, 547-558.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Pais-Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In: J. P. Cruz, S. N. de Jesus, & C. Nunes (Coords.), *Bem-estar e qualidade de vida* (pp.31-49). Alcochete, Portugal: Textiverso.
- Pais-Ribeiro, J. L., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do Coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doença*, 5 (1), 3-15.
- Panzini, R. G., Rocha, N. S., Bandeira, D. R. & Fleck, M. P. A. (2007). Qualidade de Vida e Espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 34 (supl 1), 105-115.
- Pinto, C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2007). Construção de uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde. *Arquivos de Medicina*, 21 (2), 47-53.
- Prestes, R., & Gil, D. (2009). Impact of Tinnitus on Quality of Life, Loudness and Pitch Match, and High-Frequency Audiometry. *International Tinnitus Journal*, 15 (2), 134-138.
- Rief, W., Weise, C., Klein, N., & Martin, A. (2005). Psychophysiologic treatment of chronic tinnitus: A randomised clinical trial. *Psychosomatic Medicine*, 67, 833-838.
- 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 (1), 45-55.
- Robinson-Smith, G., Johnston, M. V. & Allen, J. (2000). Self-Care Self-Efficacy, Quality of Life, and Depression After Stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81, 460-464.
- Roggerone, M. (2010). *Determinants of tinnitus' impact in Quality of Life in an outpatient clinic protocol*. Consultado em 18 de Maio de 2010, em Universidade Real de Groningen: <http://umcg.wewi.eldoc.ub.rug.nl/FILES/root/Rapporten/2010/tinnituspolikliniek/3.pag.pdf>
- 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.
- Salviati, M., Macrì, F., Terlizzi, S., Melcore, C., Provenzano, A., Capparelli, E., et al. (2013). The Tinnitus Handicap Inventory as a screening test for psychiatric comorbidity in patients with tinnitus. *Psychosomatics*, 54 (3), 248-56.
- Sawatzky, R., Ratner, P. A., & Chiu, L. (2005). A meta-analysis of the relationship

- between Spirituality and Quality of Life. *Social Indicators Research*, 72, 153-188.
- 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.
- 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.
- Smith, S. L., & West, R. L. (2006). The application of Self-Efficacy principles to Audiologic Rehabilitation: A Tutorial. *American Journal of Audiology*, 15, 46-56.
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., Linzer, M., Hahn, S. R., Williams, J. B. W., deGruy III, F. V., et al. (1995). Health-Related Quality of Life in primary care patients with mental disorders: results from the PRIME-MD 1000 Study. *The Journal of the American Medical Association*, 274 (19):1511-1517.
- 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.
- Sullivan, M., Katon, W., Russo, J., Dobie, R., & Sakai, C. (1994). Coping and marital support as correlates of tinnitus disability. *General Hospital Psychiatry*, 16 (4), 259-266.
- Valle, C. H. C., & Mateos, P. M. (2008). Dispositional pessimism, defensive pessimism and optimism: The effect of induced mood on prefactual and counterfactual thinking and performance. *Cognition and Emotion*, 22 (8), 1600-1612.
- Vaz-Serra, A. (2010). Qualidade de vida e saúde. In M. C. Canavarro, & A. Vaz-Serra (Eds.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 23-53). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ware, J. E., & Kosinski, M. (2001). Interpreting SF-36 summary health measures: A response. *Quality of Life Research*, 10, 405-413.
- Ware, J. E., Kosinski, M., & Dewey, J. E. (2000). *How to Score Version 2 of the SF-36 Health Survey*. Lincoln; QualityMetric Incorporated.
- White-Williams, C., Grady, K., Naftel, D., Myers, S., Wang, E., & Kirklin, J. (2010). Relationships among satisfaction with social support, perceived stress, and coping on Quality of Life and survival 5 to 10 years after heart transplantation. *Circulation*, 122, A9061 ([http://circ.ahajournals.org/cgi/content/meeting\\_abstract/122/21\\_MeetingAbstracts/A9061](http://circ.ahajournals.org/cgi/content/meeting_abstract/122/21_MeetingAbstracts/A9061) 22/05/2011)
- 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.

Zeman, F., Koller, M., Langguth, B. & Landgrebe, M. (2014). Which tinnitus-related aspects are relevant for quality of life and depression: results from a large international multicentre sample. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12 (7) In <http://www.hqlo.com/content/12/1/7>, acessado em 22 de Outubro de 2014.

Zeman, F., Koller, M., Schecklmann, M., Langguth, B., & Landgrebe, M. (2012). Tinnitus assessment by means of standardized self-report questionnaires: psychometric properties of the Tinnitus Questionnaire (TQ), the Tinnitus Handicap Inventory (THI), and their short versions in an international and multi-lingual sample. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10:128. In <http://www.hqlo.com/content/10/1/128>, acessado em 22 de Outubro de 2014.

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.

Zöger, S., Svedlund, J., & Holgers, K-M. (2006). Relationship between tinnitus severity and psychiatric disorders. *Psychosomatics*, 47, 282-288.

## **II – PARTE EMPÍRICA**

## Capítulo 4 – Método

Das reflexões teóricas expostas nos artigos anteriormente apresentados, baseados na bibliografia consultada, foram retirados um conjunto de indicadores que permitiram estabelecer a estrutura empírica do estudo, que se reflecte nos objectivos deste.

### 1. Objectivos e variáveis do estudo

Os objectivos gerais do estudo são:

- 1 – Estudar o perfil biopsicossocial e a Qualidade de Vida (QDV) de indivíduos com queixas de acufenos (cf. Artigo 11);
- 2 – Verificar se o perfil biopsicossocial de indivíduos com queixas de acufenos varia em função de variáveis sociodemográficas e clínicas (cf. Artigos 4,5, 6, 7, 8, 9 e 10);
- 3 – Analisar as relações entre algumas das características biopsicossociais e a QDV de indivíduos com queixas de acufenos, encontrando alguns dos seus preditores (cf. Artigo 11);
- 4 – Desenvolver, implementar e testar a eficácia de uma intervenção na Ansiedade, Depressão, Auto-Eficácia, *Coping*, Optimismo, Satisfação com o Suporte Social e QDV de indivíduos com queixas de acufenos (cf. Artigo 12).

Estes objectivos gerais deram lugar aos objectivos específicos que são a seguir enunciados:

- 1 – Caracterizar as estratégias de *Coping* usadas por indivíduos com queixas de acufenos e explorar a sua relação com variáveis sociodemográficas e clínicas (Cf. Artigo 6);

- 2 – Caracterizar a Auto-Eficácia de indivíduos com queixas de acufenos e explorar a sua relação com variáveis sociodemográficas e clínicas (Cf. Artigo 7);
- 3 - Caracterizar o Optimismo de indivíduos com queixas de acufenos e explorar a sua relação com variáveis sociodemográficas e clínicas (Cf. Artigo 8);
- 4 - Verificar a existência de sintomatologia ansiosa em indivíduos com queixas de acufenos e explorar a sua relação com variáveis sociodemográficas e clínicas (Cf. Artigo 10);
- 5- Verificar a existência de sintomatologia depressiva em indivíduos com queixas de acufenos e explorar a sua relação com variáveis sociodemográficas e clínicas (Cf. Artigo 10);
- 6 - Caracterizar a Espiritualidade de indivíduos com queixas de acufenos e explorar a sua relação com variáveis sociodemográficas e clínicas (Cf. Artigo 8);
- 7 - Caracterizar a Satisfação com o Suporte Social de indivíduos com queixas de acufenos e explorar a sua relação com variáveis sociodemográficas e clínicas (Cf. Artigo 9);
- 8 – Avaliar o Processamento Auditivo Central (PAC) de indivíduos com queixas de acufenos e explorar a sua relação com variáveis sociodemográficas e clínicas (Cf. Artigo 4);
- 9 – Avaliar a existência de Hiperacusia em indivíduos com queixas de acufenos e explorar a sua relação com variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais (Cf. Artigo 5 e Artigo 12);
- 10 – Caracterizar a QDV de indivíduos com queixas de acufenos, e procurar identificar preditores biopsicossociais da mesma (cf. Artigo 11);
- 11 – Procurar identificar preditores biopsicossociais da QDV de indivíduos com queixas de acufenos (cf. Artigo 11);
- 12 – Desenvolver um manual com informações sobre os acufenos e estratégias para lidar com eles, avaliando a sua eficácia para diminuir a Depressão e a Ansiedade, e

promover a Auto-Eficácia, o *Coping*, o Optimismo, Satisfação com o Suporte Social e a QDV de indivíduos com queixas de acufenos (Cf. Artigo 12).

Assim, as variáveis idade, sexo, profissão, situação profissional, escolaridade, duração da queixa dos acufenos, forma como os acufenos surgiram, seu tipo, e localização, existência de hipersensibilidade ao som (hiperacusia), de vertigens, e de problemas nervosos, são variáveis que permitem caracterizar a amostra do ponto de vista sociodemográfico e clínico, sendo, na maior parte dos artigos em que são incluídas, variáveis secundárias (Pais-Ribeiro, 2008). Todavia, a hiperacusia é também variável principal no artigo 6. Adicionalmente, o PAC é uma variável clínica, sendo principal no artigo 5.

Os indicadores psicossociais são variáveis principais em alguns estudos: a QDV (Artigo 12), o *coping* (Artigo 7), o suporte social (Artigo 10), a espiritualidade (Artigo 9), a auto-eficácia (Artigo 8), o optimismo (Artigo 9), a ansiedade e a depressão (ambas no Artigo 11). Nos restantes estudos em que são integradas são variáveis secundárias, explorando-se a sua relação com (outros) indicadores dos estudos, sendo igualmente utilizadas para avaliar a eficácia da intervenção terapêutica proposta.

## 2. Participantes

A população deste estudo é constituída por indivíduos com queixas de acufenos crónicos, que apresentem audição normal ou perda auditiva ligeira (PTA < 40 dB), cujo impacto na vida do sujeito é reduzido (Normas BIAP 02/1, 1997), procurando evitar assim que a perda auditiva pudesse de alguma forma interferir com as avaliações relativas à QDV e com os indicadores psicossociais envolvidos no estudo, caso do *coping*, da auto-eficácia, do optimismo, do suporte social, da ansiedade e da depressão.

A amostra, sequencial ou de conveniência (Pais-Ribeiro, 2008), é constituída por utentes, maiores de idade, seguidos na Consulta de Otorrinolaringologia (ORL) do Hospital Militar Regional N°1 (HMR1)<sup>17</sup>, localizado na cidade do Porto que, aquando da primeira avaliação, apresentassem queixas de acufenos há pelo menos seis meses, para que possam ser consideradas queixas crónicas. Dos 339 indivíduos com queixas de

---

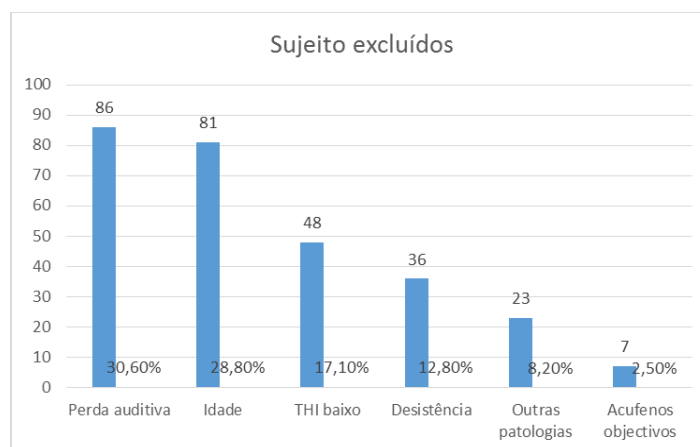
<sup>17</sup> Em 2014 o HMR1 passou a chamar-se Hospital das Forças Armadas – Pólo do Porto

acufenos que foram contactados para pertencerem ao estudo entre Abril de 2011 e Abril de 2014, foram incluídos na amostra 58 que não apresentaram critérios de exclusão, tendo sido divididos em dois grupos, 31 no grupo de comparação e 27 no grupo de intervenção.

Os critérios de exclusão, baseados no que diz respeito à componente otológica nas Normas ISO 7029 (Stenklev & Laukli, 2004) são: indivíduos com passado de patologia do ouvido médio, existência de patologia neurológica/psiquiátrica previamente diagnosticada e que de alguma forma limitasse as actividades diárias do indivíduo, interferindo com a sua QDV, perda auditiva média superior a 40 dB (Normas BIAP 02/1), e a não obtenção de consentimento informado, ou dificuldade na colaboração para a realização do protocolo de avaliação e/ou utilização do manual. A estes, acrescentam-se idade superior a 66 anos, para evitar alterações associadas ao processo de envelhecimento (Weinstein, 1999), THI inferior a 36 e Escala Visual Analógica (EVA) para auto-avaliação da intensidade do acufeno inferior a 3 (McCombe et al., 2001), valores que sendo baixos, reflectem a não existência de perturbações na vida diária do sujeito pela presença dos acufenos, a existência de outras patologias graves que comprometam uma ou mais das componentes multidimensionais da QDV do indivíduo (Pais-Ribeiro, 2009), a existência de acufenos objectivos cuja sintomatologia e diagnóstico possam ter sido definidos de forma precisa na consulta de ORL e que poderão ter tratamento específico (Levine, 2013; Sandlin & Olsson, 2000), e a desistência do sujeito relativamente à conclusão do estudo.

Verificou-se que na grande maioria das situações existia mais que um motivo de exclusão, tendo-se optado por considerar aquele que fosse o mais relevante ou evidente quando era feita a abordagem ao utente. Assim, a causa mais frequente como factor de exclusão principal foi a perda auditiva, em 86 indivíduos, sendo a idade superior aos 66 anos factor de exclusão principal para 81 indivíduos. Os resultados são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos motivos de exclusão do estudo



Dos 58 elementos da amostra, 37 (63,8%) são do sexo masculino, com uma média de idade de 56,6 anos ( $DP=9,11$ ; 27-66), maioritariamente casados (Tabela 2), com uma média de escolaridade de 6,9 anos ( $DP=3,71$ ; 2-17), verificando-se que 15 dos sujeitos eram ou haviam sido profissionais das forças armadas, 13 vendedores e membros de serviços de protecção e segurança, estando 16 sujeitos dispersos por várias actividades, restando 12 domésticas [(Instituto Nacional de Estatística – Classificação Portuguesa de Profissões, 2010)(Tabela 3)], sendo 16 reformados não antecipados e 15 trabalhadores a tempo inteiro (Tabela 4).

Tabela 2 – Distribuição por estado civil

	<i>n</i>	%	% acumulada
Casado	48	82,8	82,8
Divorciado	5	8,6	91,4
Solteiro	3	5,2	96,6
Viúvo	2	3,4	100,0
Total	58	100,0	

Nota: Para a análise estatística foram constituídos dois grupos, um dos casados e outro com os restantes elementos ( $N=10$ )

Tabela 3 – *Distribuição por profissões*

	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>% acumulada</i>
Profissões das forças armadas	15	25,9	25,9
Dirigentes, gestores	1	1,7	27,6
Especialistas de actividades intelectuais e científicas	3	5,2	32,8
Pessoal administrativo	1	1,7	34,5
Vendedores, e membros de serviços protecção e segurança	13	22,4	56,9
Agricultores e pesca	2	3,4	60,3
Operários qualificados	5	8,6	69,0
Operadores de máquinas	2	3,4	72,4
Trabalhadores não qualificados	2	3,4	75,9
Domesticas	12	20,7	96,6
Desconhecido	2	3,4	100,0
Total	58	100,0	

Nota: Para a análise estatística, foram constituídos quatro grupos: Profissionais das forças armadas ( $N=15$ ), vendedores e membros de serviços de protecção e segurança ( $N=13$ ), domésticas ( $N=12$ ) e outros ( $N=18$ ) com os restantes elementos.

Tabela 4 – *Distribuição por situação profissional*

	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>% acumulada</i>
Tempo inteiro	15	25,9	25,9
Reforma antecipada	10	17,2	43,1
Reforma não antecipada	16	27,6	70,7
Pensão de invalidez	4	6,9	77,6
Desempregado	1	1,7	79,3
Doméstica	12	20,7	100,0
Total	58	100,0	

Nota: Não existiu nenhuma resposta para actividade em tempo parcial, nem em estudante ou trabalhador-estudante. Para a análise estatística, foi criado um grupo com os indivíduos que constituíam os grupos reforma antecipada e pensão de invalidez ( $N=14$ ). O único indivíduo desempregado não foi considerado nas análises estatísticas.

No que concerne aos aspectos clínicos, verificou-se que os indivíduos sentiam os acufenos em média há cerca de 5 anos ( $4,96$ ;  $DP=7,37$ ;  $0,5-40$ ). A forma de instalação dos acufenos foi apontada como gradual por 37 indivíduos ( $63,8\%$ ), contra 21 ( $36,2\%$ )

que reportaram ter sido abrupta. Em 45 sujeitos (77,6%) os acufenos eram permanentes, sendo percebidos unilateralmente em 28 casos (48,3%) e nos dois ouvidos em 21 [(36,2%)(Tabela 5)]. O nível médio de audição foi de 25,59 dB ( $DP=6,65$ ).

Tabela 5 – *Localização dos acufenos*

	n	%	% Acumulada
Ouvido direito	13	22,4	22,4
Ouvido esquerdo	15	25,9	48,3
Dois ouvidos	21	36,2	84,5
Cabeça	9	15,5	100,0
Total	58	100,0	

Estes pacientes apresentaram, além dos acufenos, queixa de hipersensibilidade aos sons em 69% dos casos.

Dos indivíduos da amostra, 19 (32,8%) queixaram-se igualmente de desequilíbrios.

No que respeita às questões sobre a existência de problemas nervosos, 48,3% dos sujeitos responderam afirmativamente, mas destes só 7,1% referiram que podiam ter alguma relação com a presença dos acufenos. O problema mantinha-se em 75% dos pacientes que responderam afirmativamente, e 75,9% continuavam em consulta ou a fazer medicação, sendo que 57,7% mantinham terapia para estes problemas.

### 3. Material<sup>18</sup>

O equipamento utilizado no estudo para a execução dos exames audiológicos foi o existente na consulta de ORL do HMR1, local onde foi realizada toda a recolha de dados. Assim, para a audiometria tonal, vocal, acufenometria, limiar de desconforto e teste monótico de fala no ruído, foi utilizado o audiómetro Interacoustics AC 40 do gabinete de Audiologia, com o respectivo computador para as provas de *Stagered Spondic Word Test* (SSW), tendo o material para este teste sido fornecido pelo autor de versão portuguesa, que autorizou a sua utilização neste estudo, e o *Pattern Duration Test* (PDT), que foi adquirido na sua versão comercial. Foram igualmente utilizados

---

<sup>18</sup> No *dossier* em anexo está incluído o material utilizado no protocolo de avaliação, bem como as autorizações obtidas para a sua utilização, e outro material tido como relevante para o estudo.

questionários, que foram disponibilizados e o seu uso autorizado pelos respectivos autores das versões portuguesas.

### **3.1. Questionários**

#### **Questionário sociodemográfico e clínico**

No sentido de facilitar a recolha dos dados relativos ao doente foi elaborado um questionário sociodemográfico e clínico com base no questionário que o autor utilizou no estudo relativo à Dissertação de Mestrado (Oliveira, 2007). 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 acufenos), era pedido ao doente o preenchimento do questionário.

Da literatura consultada, verifica-se que se deve investigar os antecedentes do paciente no que respeita a patologia do ouvido médio, à exposição ao ruído, à toma de fármacos ototóxicos, eventuais traumatismos, patologias cardiovasculares, metabólicas, renais, endócrinas e imunológicas, que poderão ser factores predisponentes para o desencadear dos acufenos (Ambrosetti & Del Bo; 2011; Araújo & Escada, 2001; Langguth et al., 2013). Novas medicações, factores psicossociais stressantes, queixas neurológicas, particularmente cefaleias, desconforto na região cervical, problemas da articulação temporomandibular, entre outras deverão ser igualmente descartadas, sendo também importante conhecer que tratamentos anteriores foram efectuados (Langguth et al., 2011b; Langguth et al., 2013; Levine, 2013). No entanto, para não prolongar excessivamente a avaliação, e tendo em consideração os objectivos do estudo, estes indicadores não fazem parte do questionário, ainda que sejam considerados quer na avaliação efectuada na consulta ORL, quer no contacto com o paciente durante a realização da avaliação audiológica.

O questionário incluía então, questões relativas à sua caracterização sociodemográfica, como o sexo, a idade, o estado civil, a profissão e respectiva situação profissional e a escolaridade em número de anos concluídos, ou seja o último ano frequentado. Procurou-se igualmente fazer uma caracterização clínica dos indivíduos, incluindo-se questões relativas à duração da queixa dos acufenos, como surgiram, qual o seu tipo, a sua localização, o 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 acufenos, e qual a abordagem efectuada a esse problema.

No questionário sociodemográfico e clínico, foram incluídas duas EVA, uma para avaliar a percepção que o indivíduo tem da intensidade dos seus acufenos, e outra com a avaliação do incómodo provocado pela hipersensibilidade ao som, que constituíam os itens 11 e 13, e que foram elaborados de acordo com o questionário dos acufenos utilizado no Hospital de Alcorcón – Madrid, cedido pelo Dr. Carlos Herráiz ao autor, quando este realizou um estágio na consulta de acufenos dessa unidade hospitalar.

### **Tinnitus Handicap Inventory (THI)**

Uma das formas de avaliar a queixa de acufenos é através de instrumentos de tipo questionário, permitindo uma quantificação do incómodo, angústia, desconforto ou perturbações físicas, emocionais, sociais, entre outras, decorrentes da presença dos acufenos (Langguth, Searchfield, Biesinger, & Greimel, 2011). O THI é um desses instrumentos específicos para a avaliação dos acufenos, sendo largamente utilizado em vários contextos, e traduzido e adaptado da versão original (Newman, Jacobson, & Spitzer, 1996) para várias línguas, como o dinamarquês (Zachariae et al., 2000), espanhol europeu (Herráiz, Hernández-Calvín, Plaza, Tapia, & de los Santos, 2001), coreano (Kim et al, 2002), português do Brasil (Ferreira, Cunha, Onishi, Branco-Barreiro, & Ganança, 2005), turco (Aksoy, Firat, & Alpar, 2006), chinês (Kam et al, 2009), existindo uma versão traduzida e adaptada para o português europeu (Oliveira & Meneses, 2006, 2008).

Kennedy, Wilson e Stephens (2004) analisaram sete instrumentos, verificando que o THI é um dos que apresenta uma melhor relação com os aspectos psicológicos, particularmente de tipo emocional, bem como no impacto no estilo de vida. Zeman, Koller, Schecklmann, Langguth, e Landgrebe (2012) num estudo multicêntrico avaliaram vários instrumentos, entre os quais o THI, em que verificaram a sua boa adequação, onde se inclui a sua vertente transcultural, o que permite comparar resultados de várias partes do mundo.

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 acúfenos (Bowling, 2001; Heller, 2003). Este aspecto é corroborado por um estudo de Oliveira e Meneses (2009), apresentando Salviati e colaboradores (2013) resultados que permitem assumir a importância do THI para a avaliação da comorbilidade de factores emocionais e psiquiátricos em pacientes com acúfenos.

Nos resultados obtidos por Newman et al. (1996) verificaram-se amplos desvios-padrão, algo que está igualmente presente em instrumentos gerais para avaliação da QDV como o SF-36 (Ferreira & Santana, 2003), podendo ser interpretados como consequência de reacções individuais heterogéneas à presença dos acúfenos (Wilson, Lewis, & Stephens, 2002). Os autores fazem referência ao mal-estar provocado nos pacientes pelas alterações do sono, depressão e dificuldades de concentração (Newman et al., 1996).

O THI é composto por 25 itens que reflectem questões relacionadas com a presença dos acúfenos, para as quais o sujeito tem três alternativas de resposta, que na versão portuguesa são *Sempre*, *Por Vezes* e *Nunca* (Newman et al., 1996, Oliveira & Meneses, 2008).

Os resultados obtidos nas 25 questões do THI oscilam entre 0 e 100 na escala global, e permitem calcular valores para três subescalas que são a **funcional**, a **emocional**, e a **catastrófica** (Newman et al., 1996). A subescala funcional (11 itens) avalia limitações funcionais, como aspectos de concentração, particularmente na leitura, dificuldades nas actividades sócio-laborais, a acuidade auditiva e o sono, avaliando a subescala emocional (9 itens) 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 (5 itens) às reacções mais severas aos acúfenos, ao nível de desespero e da incapacidade para enfrentar o problema, ou outras sensações negativas a ele associadas (Herraiz et al., 2001; Langguth et al., 2011; Oliveira & Meneses, 2008). Os valores obtidos permitem verificar qual o aspecto mais atingido, o que poderá ser importante na percepção de qual, conjuntamente com os aspectos do quadro clínico do paciente, o tipo de intervenção que deverá ser utilizado (Newman et al., 1996). Um valor mais elevado corresponde a um maior impacto dos acúfenos na vida diária do sujeito e a uma maior necessidade de intervenção (Heller, 2003; Newman et al., 1996).

Os aspectos positivos deste questionário são o ser breve e fácil de administrar (podendo ser de auto-administração), apresentar uma cotação fácil e rápida de efectuar, 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., 1996). Apresenta validade de constructo e fidelidade teste-reteste satisfatórias, tendo a validade de constructo do THI sido calculada com recurso ao *Beck Depression Inventory* (BDI), 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. A validade convergente foi de ( $r=0.78$ ;  $p<0.001$ ) para o *Tinnitus Handicap Questionnaire*, (Langguth et al., 2011; McCombe et al., 2001; Newman et al., 1996). O alfa de Cronbach para os 25 itens da escala original foi de 0,93, variando entre 0,68 e 0,87 nas respectivas subescalas, sendo o alfa de Cronbach para a versão portuguesa de 0,86, com valores para as subescalas entre os 0,53 e os 0,83 (Newman et al., 1996; Oliveira & Meneses, 2008).

A principal crítica ao THI centra-se no facto de se abordar de forma mais consistente a avaliação de reacções psicológicas e emocionais à presença dos acufenos, negligenciando outras áreas (Andersson, Baguley, McKenna, & McFerran, 2005).

Um dos aspectos que torna o THI como um dos instrumentos mais úteis e pertinentes para a avaliação dos acufenos 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 acufenos (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 acufenos em cinco pontos: reduzido, ligeiro, moderado, severo, e catastrófico, devendo estes dois últimos ser, por definição epidemiológica, muito raros (cf. Tabela 6). Esta recomendação foi utilizada para sustentar que valores inferiores a 36 no THI seriam um critério de exclusão por não corresponderem à percepção de dificuldade ou incómodo associado aos acufenos.

Tabela 6 - *Grau de Gravidade dos Acufenos (McCombe et al., 2001)*

Grau de gravidade dos Acufenos	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.

---

### **Brief COPE**

Para avaliar a forma como os indivíduos enfrentam e lidam com situações negativas e *stressantes*, é importante desenvolver instrumentos válidos e fiáveis, retirando dessa avaliação associações entre o *coping* e a situação em causa (Fonte & Martins, 2006). Existem vários instrumentos, o que dificulta o entendimento da estrutura e do que é o *coping* (Antoniazzi et al., 1998).

Revelando a importância que é dada ao *coping* associado aos acufenos, existe um questionário específico, que é o *Tinnitus Coping Style Questionnaire* (TCSQ), desenvolvido por Budd e Pugh em 1995, focando-se especificamente nas estratégias de *coping* usadas pelos pacientes com acufenos, mostrando-se um auxiliar importante quando estamos perante um programa terapêutico que inclua uma abordagem cognitiva-comportamental (Langguth et al., 2011). No entanto, não se conhece nenhuma versão em português europeu do TCSQ.

Foi utilizada a versão portuguesa do Brief COPE, traduzido e adaptado por Pais-Ribeiro e Rodrigues em 2003 (Pais-Ribeiro, 2007; Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004). A escala Brief COPE avalia sobretudo o *coping* disposicional em adultos (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989; Pais-Ribeiro, 2007; Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004). A versão original, publicada por Carver, Scheier e Weintraub em 1989 baseia-se no modelo de *coping* de Lazarus e Folkman, é multidimensional e composta por 60 itens, tendo sido desenvolvida posteriormente uma escala com 28 itens, aos quais correspondem 14 subescalas, i.e., cada escala é constituída por dois itens (Carver et al., 1989; Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

As subescalas são o ***coping* activo**, que se refere à realização de uma acção ou esforço para eliminar ou controlar a fonte de *stress*, o **planejar** que está associado a um determinado pensamento e planeamento para lidar com a fonte de *stress*, utilizando os esforços referidos no *coping* activo, a **utilização de suporte instrumental**, procurando ajuda, conselhos ou informações sobre a forma de actuar, a **utilização do suporte social emocional**, em que se procura a simpatia ou o apoio emocional de alguém, a **religião**, associado ao aumento de participação nas actividades de cariz religioso, a **reinterpretação positiva**, que se baseia em procurar os aspectos positivos do problema, promovendo o seu crescimento através dessa procura, a **auto-culpabilização**, em que o indivíduo culpa-se e critica-se a si próprio por aquilo que aconteceu, a **aceitação**, em que o facto é tido como real, sendo aceite, a **expressão de sentimentos**, em que é percebido que o *stress* emocional está presente e mais aumentado, o que leva a expressar ou descarregar os sentimentos a ele associados, a **negação**, que é uma tentativa de negar o problema, tentando evitar o *stress* a ele associado, a **auto-distracção**, em que se procura um afastamento mental do problema, procurando actividades ou entrando no sonhar acordado, o **desinvestimento comportamental**, que passa pela desistência ou pelo deixar de se esforçar por alcançar o objectivo proposto, o **uso de substâncias** compensando o desinvestimento no problema, e o **humor**, em que o indivíduo procura fazer piadas sobre o problema.

As respostas baseiam-se na acção que o indivíduo realizou face ao que é perguntado, sendo as respostas dadas relativamente a quatro alternativas que vão desde “nunca faço isto” a “faço sempre isto”, variando de 0 a 3 (Pais-Ribeiro, 2007; Pais-Ribeiro e Rodrigues, 2004). Cada subescala apresenta 2 itens, variando o seu valor entre os

limites de 0 e 6, e o resultado final é apresentado como um perfil, em que cada escala representa a utilização de uma determinada acção de *coping*, permitindo encontrar as características individuais do *coping* de cada indivíduo, através da maior frequência do uso de determinadas acções ou estratégias (Carver et al., 1989; Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004). A consistência interna apresenta valores adequados e semelhantes aos da versão original (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004). Actualmente é possível utilizar uma versão ainda mais reduzida, unicamente com 14 itens, essencialmente desenvolvida para situações de rastreio (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2009). A avaliação não é feita através da escala global, mas sim por cada uma das subescalas que a constituem (Pais-Ribeiro, 2007; 2009).

### **Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)**

É um instrumento que permite avaliar o suporte social percebido em adultos, e que foi desenvolvido para a população portuguesa por Pais Ribeiro (1999), assumindo a importância desta dimensão subjectiva para o bem-estar e qualidade de vida, tanto em populações saudáveis como doentes (Pais-Ribeiro, 2007; Santos, Ribeiro, & Lopes, 2003).

Deste instrumento fazem parte 15 questões para autopreenchimento, com as possibilidades de resposta a variarem entre “concordo totalmente” e “discordo totalmente”, perfazendo 5 hipóteses de resposta. Daqui podemos obter quatro dimensões que são a **satisfação com os amigos** (5 itens), a **intimidade** (4 itens), a **satisfação com a família** (3 itens) e as **actividades sociais** (3 itens), apresentando boa consistência interna, com alfa de Cronbach de 0,85 para a escala total, variando entre 0,64 e 0,83 em relação às dimensões (Pais-Ribeiro, 1999; 2007).

Pode-se concluir que se está perante uma escala de avaliação da percepção da satisfação com o suporte social em aspectos como a saúde, bem-estar, qualidade de vida e mal-estar, que é sensível e válida para a avaliação a que se propõem (Pais-Ribeiro, 1999; Santos et al., 2003).

### **Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde:**

Existem actualmente vários instrumentos genéricos de avaliação da QDV, como é o caso do WHOQOL-100, que avaliam a dimensão espiritual (Panzini, Rocha, Bandeira,

& Fleck, 2007).

Para a avaliação da espiritualidade, Pinto e Pais-Ribeiro (2007) desenvolvem a Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde, que apresenta propriedades psicométricas adequadas. Permite avaliar duas dimensões associadas à espiritualidade, a dimensão vertical que está associada à **prática religiosa**, e a dimensão horizontal, mais associada à procura do **sentido da vida**, que está mais associada à procura da esperança e do optimismo, e com maior correlação com a QDV do indivíduo.

A escala apresenta propriedades métricas adequadas, particularmente a sua consistência interna ( $\alpha=0,74$ ) e uma validade convergente discriminante que permite assegurar a adequação da escala para avaliar a espiritualidade em contexto de saúde (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007).

#### **Escala de auto-eficácia geral (EAEG):**

O instrumento utilizado para avaliar a auto-eficácia foi a EAEG (Pais-Ribeiro, 1995), que é uma tradução e adaptação para o português europeu do *the Self-Efficacy Scale* (Sherer et al., 1982). O instrumento original foi desenvolvido para medir as expectativas gerais na auto-eficácia em jovens e adultos, apresentando duas subescalas, a de Auto-Eficácia Geral (17 itens), e a de Auto-Eficácia Social (6 itens), num total de 23 itens, tendo sido validada pelas relações com outros instrumentos de medida como o *Locus de Controlo*, o *Controlo Pessoal*, o *Desejo Social*, entre outros (Pais-Ribeiro, 1995; 2007; Sherer et al, 1982). A adaptação para a versão portuguesa inclui 15 desses 23 itens, apresentando 3 subescalas ou factores, que são a **iniciação e persistência** (6 itens), que avalia a vontade do indivíduo para iniciar e terminar uma acção, a **eficácia perante a adversidade** (5 itens), que se centra na capacidade de persistir numa actividade mesmo quando as condições se revelam adversas, e a **eficácia social** (4 itens), que se refere às expectativas de eficácia em situações sociais, exibindo todas elas um alfa de Cronbach adequado (Pais-Ribeiro, 1995; 2007). A validade discriminante foi avaliada com o recurso a uma escala de avaliação de *locus* de controlo de saúde e de uma escala de avaliação do autoconceito, sendo a validade de critério avaliada através do recurso a critérios académicos e de saúde (Pais-Ribeiro, 1995). Estamos perante uma escala de Lickert de 7 pontos, com valores extremos de discordo totalmente (0 valores) e concordo totalmente (6 valores), que permitem obter um valor global (0-90), ao qual

corresponde um valor mais baixo para uma menor percepção subjectiva de eficácia pessoal, permitindo ainda um perfil das diferentes subescalas (Pais-Ribeiro, 1995, 2007; Rocha et al., 2008).

A escala apresenta propriedades métricas adequadas para a avaliação da auto-eficácia geral, estando próxima do autoconceito do que do *locus* de controlo (Pais-Ribeiro, 1995).

### **Escala de Optimismo (LOT-R):**

Existem vários instrumentos concebidos para avaliar o Optimismo (Carver, Scheier, & Segerstrom, 2010).

Para avaliar o Optimismo Disposicional, Scheier, Carver e Bridges (1994) criaram o LOT (Life Orientation Test) escala que foi posteriormente revista surgindo o LOT-R (Revised Life Orientation Test) para se adequar melhor aos pressupostos teóricos da dimensão estudada (Laranjeira, 2008). A lógica que está na génese do LOT é que o Optimismo e o Pessimismo são pólos opostos da mesma dimensão (Scheier et al., 1994).

A LOT-R inclui 10 itens, sendo 6 para avaliarem o Optimismo e 4 distratores (Laranjeira, 2008; Pais-Ribeiro & Pedro, 2006). Dos itens da escala original, que incluía 8 itens para avaliar o Optimismo, mantiveram-se 4, variando de 4 - “Concordo totalmente”, a 0 - “Discordo totalmente” (Pais-Ribeiro & Pedro, 2006).

Encontraram-se duas adaptações para a língua portuguesa com propriedades psicométricas semelhantes às do instrumento original (Laranjeira, 2008; Pais-Ribeiro & Pedro, 2006). A consistência interna da versão portuguesa é de  $\alpha=0,80$ , valor idêntico ao original, o mesmo se passando com a carga factorial dos vários itens, para a versão de Pais-Ribeiro e Pedro (2006). A consistência interna da escala apresentou um  $\alpha$  e Cronbach de 0,78 na versão de Laranjeira (2008).

A versão utilizada foi a de Pais-Ribeiro e Pedro (2006), por uma questão de facilidade de acesso aos autores para a obtenção da autorização para o uso da escala neste estudo.

## Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)

A HADS, apresentada por Zigmond e Snaith em 1983, é um instrumento utilizado com grande frequência para a avaliação da ansiedade e depressão, quer em contexto hospitalar, quer em contexto de avaliação de problemas de saúde mais alargados, dirigindo-se a populações não psiquiátricas com doença física às quais a ansiedade e a depressão podem aumentar o desconforto originado por esse problema físico (Bennett, 2002; Pais-Ribeiro, 2007; Pereira & Figueiredo, 2008; Zigmond & Snaith, 1983). A forma como foi estruturado procura evidenciar problemas emocionais que associados a alterações físicas possam perturbar a percepção do diagnóstico, aumentar o desconforto associado ao problema físico, e interferir com o processo terapêutico e com o tempo de recuperação (Pais-Ribeiro, 2007).

É uma escala constituída por 14 perguntas, inicialmente desenvolvida para o uso em doentes internados (Hallstrom & McClure, 2000). É constituída por 7 itens de ansiedade, que reflectem um estado de **ansiedade generalizada**, e mais 7 itens de depressão, associados a um **estado de anedonia**, sendo as duas escalas classificadas separadamente (Zigmond & Snaith, 1983). Apresenta quatro hipóteses de resposta que variam de zero (baixo) a 3 (alto), numa escala de Likert de 4 pontos, variando os resultados finais entre 0 e 21 (Pais-Ribeiro, 2007; Pais-Ribeiro et al., 2007; Pereira & Figueiredo, 2008). Uma pontuação de 0 a 7 não indica ansiedade clínica, de 8 a 10 trata-se de um valor *borderline*, de 11 a 16 sugere ansiedade moderada (11-14 segundo Zigmond & Snaith, 1983) e de 17 a 21 (15-21 segundo Zigmond & Snaith, 1983) revela ansiedade grave, sendo de considerar uma intervenção terapêutica em valores acima dos 15, fazendo-se o mesmo tipo de interpretação para a depressão (Bennett, 2002; Hallstrom & McClure, 2000). No entanto, num estudo efectuado no Brasil com indivíduos com patologia vária, de tipo físico, em internamento, foi utilizado um valor de *cut-off* de 8/9, considerado satisfatoriamente adequado segundo os autores (Botega, Bio, Zomignani, Garcia, & Pereira, 1995).

Tendo em consideração as divergências relativas ao modo de definir, classificar e avaliar a sintomatologia ansiosa e depressiva, é de clarificar que o objectivo da HADS não é fornecer diagnósticos psiquiátricos, mas sim permitir ao clínico a tomada de consciência da separação entre estados de ansiedade e depressão (Snaith & Protheroe, 1995). Constitui um instrumento útil e fiel de rastreio de ansiedade e depressão

cl clinicamente significativa, em indivíduos com patologia física (e não só) e uma medida válida da gravidade destas perturbações (Zigmond & Snaith, 1983). Em termos proporcionais, a escala de Ansiedade da HADS é principalmente constituída por humor, seguidamente por comportamento e, finalmente, cognição, não considerando os aspectos *arousal* e somático da ansiedade (Keedwell & Snaith, 1996). A escala de Depressão da HADS foca-se no estado de perda de interesse e resposta de prazer diminuída: anedonia (85,7%) e fadiga (14,3%) (Snaith, 1993; Snaith & Protheroe, 1995).

A HADS revela-se, no entanto, mais útil a revelar problemas depressivos do que de ansiedade em pacientes com acufenos (Zöger, Svedlund & Holgers, 2004). Para estes autores, um valor de *cut-off*  $\geq 5$  seria o valor de referência na avaliação dos acufenos. A HADS é considerada um instrumento de rastreio da ansiedade e depressão em patologias físicas, tendo sido proposta a sua utilização nos acufenos com essa finalidade (Pais-Ribeiro, 2007; Zöger et al., 2004). Pela sua rapidez e clareza, é proposto o seu uso através da Internet, como ferramenta de rastreio, mas que nesta forma parece levar a um resultado ligeiramente aumentado, pelo que será indicado utilizar um instrumento específico para os acufenos para poder controlar este aspecto (Andersson, Kaldö-Sandström, Ström & Strömgren, 2003).

Existe uma versão traduzida, adaptada e validada para o português europeu, em 2006 por Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses e Baltar, que apresenta valores de fidelidade e validade próximos da versão original (Pais-Ribeiro, 2007; Pais-Ribeiro et al., 2007). Esta foi a versão utilizada no presente estudo.

### **Escala de Hiperacusia de Khalfa**

Sendo a hiperacusia um fenómeno subjectivo, o uso de questionários será importante para a sua avaliação e valorização (Khalfa et al., 2002). Na literatura encontram-se poucos instrumentos para avaliar a hiperacusia, mas o Questionário de Hiperacusia de Khalfa tem uma versão traduzida e adaptada ao português europeu (Oliveira & Trigueiros-Cunha, 2013). Existem duas versões originais, em francês e em inglês, e várias traduções, em árabe (Shabana, Selim, El Refaie, El Dessouky, & Soliman, 2001), em japonês (Oishi, 2013), em sueco (Jüris, 2013), em holandês (Song et al., 2014).

O instrumento é constituído por 14 questões numa escala de tipo Likert com quatro alternativas (Não=0; Sim, um pouco=1; Sim, bastante=2; Sim, muito=3), permitindo identificar 3 factores avaliados em sub-escalas, **atencional**, voltada para perturbações da atenção associadas a condições ruidosas; **emocional**, com particular importância para a evidência de eventuais alterações psiquiátricas; e **social**, que poderá contribuir para a percepção de situações de isolamento ou evitamento da exposição social do indivíduo (Khalfa, et al., 2002). A consistência interna medida através do alfa de Cronbach para estas dimensões era respectivamente 0,66, 0,68 e 0,67, encontrando-se valores para a versão portuguesa de 0,75, 0,73 e 0,74 (Khalfa et al, 2002; Oliveira & Trigueiros-Cunha, 2013).

### 3.2. Manual Terapêutico

Para a segunda fase do estudo, foi utilizado um manual, elaborado especificamente para o estudo, mas com o intuito de posteriormente poder ser utilizado na generalidade dos pacientes com esta queixa, e que foi desenvolvido com base num manual pré-existente em língua francesa (Ohresser, 2001)<sup>19</sup>, e que após o contacto e autorização do autor do mesmo para a sua utilização, este serviu de base para a realização daquele que foi entregue aos pacientes, tendo sido efectuada revisão da literatura e solicitado o *apport* de peritos e leigos, tendo-se igualmente recorrido ao site “Viagem ao mundo da audição”, quer para a estruturação do conteúdo, quer para a utilização de imagens, obtendo-se para tal a autorização do Professor Doutor Rémy Pujol e do autor da versão portuguesa Professor Doutor Nuno Trigueiros.

Basicamente, o manual apresenta uma primeira parte em que é explicado o funcionamento do ouvido, e que alterações anátomo-fisiológicas podem causar os acufenos. O objectivo foi que o paciente ao ter acesso a mais informações sobre os acufenos pudesse controlar as ideias negativas, revertendo-as em auto-instruções positivas que pudessem ser úteis no processo terapêutico, numa abordagem cognitiva do problema (Vollmann, Kalkouskaya, Langguth, & Scharloo, 2012). Seguidamente são dadas sugestões para melhor lidar com os acufenos, que consequências serão de esperar, fornecendo-se algumas estratégias comportamentais para melhorar a sua vida com os

---

<sup>19</sup> Ohresser, M. (2001). *Docteur, dites-moi, les acouphènes...* Paris : Beaufour Ipsen.

acufenos, sendo destacado o uso de algumas estratégias para lidar com as dificuldades do sono, que são das queixas mais frequentes nestes pacientes.

Foi efectuada uma primeira tradução e adaptação do manual, tendo-se incluído novas informações, de acordo com a literatura consultada previamente, e com as variáveis utilizadas no estudo, com a colaboração do orientador e do co-orientador do estudo. Foi pedida a colaboração de um médico ORL, o director da consulta de ORL do HMR1, Dr. Carlos de Freitas, e de um especialista em linguística da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, Prof. Doutora Cândida Martins, para avaliar o conteúdo e a formatação escrita do manual. Após algumas correcções, a versão daqui resultante foi apresentada a quatro sujeitos, 2 de outras áreas da saúde e outros 2 fora da área da saúde, dois homens (19 anos – frequência 2º ano ensino superior; 42 anos – 12º ano de escolaridade) e duas mulheres (46 anos – Técnica de Saúde; 46 anos – Técnica de Saúde), para avaliar da sua compreensão relativamente ao conteúdo do Manual. Foi igualmente pedida a colaboração de dois pacientes (Homens de 50 e 56 anos).

Após esta fase, e com o apoio da Agência de Comunicação da Universidade Fernando Pessoa (UFP), particularmente da Profª. Doutora Fernanda Viana, foi feito o arranjo gráfico e preparada a versão final do Manual, tendo-se encontrado um patrocínio para a realização do mesmo.

Quando o manual era dado ao paciente, era-lhe explicado o seu conteúdo, chamando a atenção para as ideias principais, bem como para as sugestões que lhe eram propostas e que o paciente poderia realizar sozinho.

#### **4. Procedimento**

Após a definição do tema, tipo de estudo a realizar, e do material a utilizar, foram contactados os autores dos questionários, e do material no caso do SSW, pedindo a autorização dos mesmos para a sua utilização no estudo. Foi igualmente pedida autorização ao autor do manual que serviu de base ao manual que foi realizado para o estudo, bem como ao responsável pela localização da *internet* de onde foram retiradas informações e imagens para o mesmo.

Seguidamente, o projecto de investigação foi submetido à Comissão de Ética da UFP, que apresentou parecer favorável para a realização do mesmo, tendo igualmente sido solicitada autorização para a realização da parte prática do projecto ao Chefe de Serviço de ORL do HMR1, que disponibilizou o uso do material para o estudo, tendo igualmente permitido o acesso aos utentes da referida consulta para que pudessem, se assim o entendessem, fazer parte da amostra. Foi igualmente solicitada autorização para a realização do estudo ao Director do referido Hospital, o qual acedeu ao pedido, uma vez que nessa altura, a Comissão de Ética do HMR1 ainda não se encontrava em funções, mas que posteriormente se pronunciou favoravelmente ao mesmo.

Uma vez que o investigador é audiologista na Consulta onde a recolha de dados se efectuou, a abordagem aos eventuais elementos da amostra foi feita após a realização dos exames prescritos pelo médico assistente do utente em questão, o que permite uma interacção mais fácil com os possíveis elementos da amostra. Era, no entanto, sublinhado aos utentes que, no caso de aceitarem fazer parte do estudo, isso implicaria ter de efectuar alguns procedimentos que não faziam parte do protocolo da Consulta. Uma vez que o investigador tem o duplo papel de ser igualmente cuidador, realizando os exames prescritos, este facto faz com que necessite de ter acesso ao processo clínico do paciente, o que permite confirmar a possível existência de aspectos clínicos que possam interferir com os exames prescritos a realizar, mas igualmente com a existência de aspectos que se enquadrem nos critérios de exclusão que foram definidos para o estudo.

Para a obtenção do consentimento informado, por escrito, foi utilizado um dos formulários da Comissão de Ética da UFP, sendo ajustado ao estudo em causa

Por norma, o procedimento para a recolha de dados sob a forma de questionário foi a auto-administração. No entanto, é de referir que foi utilizada a administração assistida do protocolo de avaliação sempre que tal se mostrou necessário, tal como descrito no projecto submetido à Comissão de Ética da UFP, o que se verificou nos casos em que por dificuldades visuais o paciente não teve possibilidade de realizar o autopreenchimento dos questionários.

Após o indivíduo ter sido observado na consulta de ORL, foram realizados, de acordo com o protocolo existente no Serviço e a prescrição do respectivo médico, as medições

auditivas psicoacústicas comportamentais, que incluem o Audiograma tonal e vocal, a pesquisa do limiar de desconforto sonoro (sensibilidade máxima ao som), para avaliação do campo dinâmico auditivo, a medição psicoacústica dos acufenos (intensidade, frequência, tipo de som), sendo então o paciente abordado pelo investigador para a participação no estudo, verificando-se então se apresentava algum dos critérios de exclusão atrás indicados.

#### **4.1 Avaliação do paciente – Protocolo da consulta de ORL do HMR1**

##### **4.1.1. História e exame objectivo.**

O diagnóstico audiológico é crucial para identificar patologias ou lesões do sistema auditivo (Ambrosetti & Del Bo, 2011). Procura-se encontrar possíveis causas e lesões que expliquem os acufenos, e que permitam para além do diagnóstico uma terapia médica ou cirúrgica, ou outro tipo de tratamentos disponíveis, para a cura ou acompanhamento do problema.

A recolha da história clínica audiológica é um momento importante, pois permite conhecer aspectos que podem ajudar no diagnóstico como a existência de patologias infecciosas em criança, cirurgias anteriores, alterações metabólicas e endócrinas, e hipertensão (Ambrosetti & Del Bo, 2011). Queixas de perda auditiva, desequilíbrio, traumatismos ou patologias cervicais ou lombares devem igualmente ser investigadas.

O exame objectivo, foi efectuado pelo médico ORL na consulta, sendo complementado, em algumas situações na realização dos exames prescritos.

##### **4.1.2 Avaliação Auditiva**

A avaliação auditiva pode ser realizada com o recurso a vários testes, tendo neste caso concreto sido seguido o protocolo adoptado na consulta de ORL do HMR1.

A prova inicial e a base da avaliação audiométrica para a medição dos níveis de audição de cada sujeito é o **audiograma tonal** (Courtat, Elbaz, François, Ohresser, & Leca, 1995; Roeser, Buckley, & Stickney, 2000; Yantis, 1999). Além da quantificação do nível auditivo, importante para enquadrar o paciente no critério de exclusão a ele referente, o **audiograma tonal** permite igualmente uma abordagem qualitativa, ao

permitir um diagnóstico diferencial entre patologia de transmissão, sensorial coclear, e retrococlear (Courtat et al., 1995; Portmann & Portmann, 1979; Roeser et al., 2000).

A **audiometria tonal** é realizada com tons puros intermitentes, para facilitar a sua percepção, sendo efectuado para cada frequência testada (entre os 126, e os 8192 Hertz), correspondendo ao valor de 50% de estimulações percebidas pelo sujeito (Courtat et al., 1995; Yantis, 1999). Os valores obtidos são registados no gráfico audiométrico, construindo-se gráfico de dupla entrada (Hz/dB) para cada ouvido do paciente (Medrano & Medrano, 2003). Os exames foram sempre realizados em cabine audiométrica, para evitar a interferência de sons exteriores (Legent, Bordure, Calais, & Ferri-Launay, 1998; Portmann & Portmann, 1979).

O audiograma, gráfico representativo do nível de audição do sujeito, foi interpretado de acordo com a recomendação 02/1 do BIAP. 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, permitindo uma média dos dois ouvidos. Estes valores obtidos para cada individuo, permitiam assegurar que estavam dentro dos critérios de inclusão referentes ao nível auditivo, que eram inferiores a 40 dB.

Para a avaliação de pacientes com acufenos é recomendável fazer uma audiometria de altas-frequências, que se estende até aos 16000 Hz, uma vez que perdas auditivas, mesmo que ligeiras nessas frequências podem ser a causa dos acufenos (Ambrosetti & Del Bo, 2011). Este procedimento não faz parte do protocolo do Serviço, sendo usado sempre que tal se justifique. Não tendo sido utilizado no presente estudo porque não se enquadrava nos objectivos do mesmo.

Foi igualmente efectuada a **audiometria vocal**, que permite avaliar o nível mínimo de percepção das palavras, e a percentagem de discriminação efectuada 30 dB acima do limiar. Este teste, apesar de fazer parte do protocolo existente no Serviço, não foi utilizado no presente estudo.

#### 4.1.3. Acufenometria

Esta prova consiste em encontrar um tom puro, ou sons complexos como ruído branco, ruído rosa ou ruído de banda estreita filtrado numa frequência, que seja o mais próximo

possível do acufeno do paciente. O paciente compara vários tons ou sons, até encontrar o que lhe parece ser o mais próximo do seu acufeno. Seguidamente, pretende-se encontrar a intensidade subjectiva do acufeno (Ambrosetti & Del Bo, 2011; González & Fernández, 2004). Estes valores permitem caracterizar os acufenos do paciente. Estes valores também não foram utilizados no âmbito do estudo.

#### 4.1.4. Limiar de desconforto

É a intensidade sonora, medida para cada frequência testada, em que o paciente começa a sentir algum desconforto ao som (González & Fernández, 2004). A partir deste valor, a percepção do som torna-se dolorosa (Legent et al, 1998).

#### 4.1.5. Testes de processamento auditivo central (PAC)

Os instrumentos específicos utilizados para a avaliação do PAC foram a versão portuguesa do *Stagered Spondaic Word Test* (SSW), desenvolvido por Jack Katz em 1962 e traduzido e adaptado para o português europeu por Martins (2007). Avalia a habilidade figura-fundo para sons linguísticos, tendo sido apresentado 30 dB acima do limiar auditivo da fala, e é um teste muito utilizado por não ser facilmente influenciado por alterações da audição periférica, ser simples e breve, podendo ser utilizado em várias faixas etárias, e em populações menos cooperantes (p.e. com alterações do desenvolvimento mental) e apresentar dados normativos (Frasca, 2005; Katz & Ivey, 1999). É constituído por 40 pares de espondeus, que são apresentados, a primeira parte sem competição, e a segunda metade, em competição com a primeira metade do seguinte, sendo a segunda metade desse apresentada em condição de não competição (Baran & Musiek, 2001).

Foi utilizado um teste monótico de fala no ruído de acordo com Baran e Musiek (2001), com relação sinal/ruído de 0 dB e 30 dB acima do limiar de audição da fala, que permite avaliar, segundo Martins (2007) a atenção e a representação fonológica. Como ruído foi utilizado o *speech noise* e como estímulo dissílabos.

Foi igualmente utilizado um teste dicótico de integração temporal, o *Pattern Duration Test* (PDT), desenvolvido por Frank Musiek em 1990 (Musiek et al., 1990), igualmente apresentado 30 dB acima do limiar auditivo da fala, e que apresenta como estímulos sons e não palavras. É apresentada uma sequência de três sons (*tone burst*), variando a

duração (250 e 500 ms), tendo dois a mesma duração sendo um terceiro diferente (Baran & Musiek, 2001). É pedido ao indivíduo para responder classificando o som entre curto ou longo, respeitando a sequência. É um teste altamente sensível para as lesões cerebrais, apresentando os indivíduos com perda auditiva coclear resultados normais (Musiek et al., 1990).

A opção pelo valor de 30 dB deveu-se ao facto de ser previsível que alguns indivíduos da amostra apresentem hiperacusia (hipersensibilidade ao som), e se se optasse por valores de por exemplo 50 dB, como proposto em alguns artigos consultados, eventualmente poder-se-ia estar em valores de intensidade incómodos ou mesmo dolorosos para o indivíduo.

#### **4.1.6. Abordagem ao paciente**

Nesta abordagem, o paciente era informado sobre o objectivo do estudo e os vários passos do mesmo, sobre a garantia da confidencialidade dos dados obtidos, que seriam utilizados para o estudo e para comunicações e publicações relacionadas com o mesmo, sem que a identificação dos participantes fosse revelada, mantendo-se a anonimato e confidencialidade dos dados. Era ainda informado de que tinha o direito de recusar, a qualquer altura, a sua participação no estudo, sem quaisquer consequências para si. Finalmente, tinha oportunidade de fazer as perguntas que achasse pertinentes para ficar melhor esclarecido, assinando então, se assim o entendesse, o Consentimento Informado. Era-lhe dada uma folha com as informações mais pertinentes relativas ao estudo, para que a pudesse levar para casa consultando-a sempre que necessário.

Após a obtenção do consentimento informado, os restantes procedimentos de avaliação foram efectuados em dois momentos. Num primeiro momento, com uma duração prevista de 30 minutos, era pedido para responder (auto-administração) a um Questionário Sociodemográfico e Clínico, ao THI, o Brief COPE, a ESSS e a EAEGS. O tempo médio despendido neste primeiro contacto era de cerca de 45 minutos, incluindo as medições psicoacústicas, previamente efectuadas, que são o audiograma tonal, vocal, acufenometria e limiar de desconforto, realizados no âmbito do protocolo do Serviço.

A EAEG e o LOT-R (Optimismo), bem como o Questionário de Hiperacusia, no caso de existir queixa de hipersensibilidade ao som, eram fornecidos ao paciente para

preencher em casa e trazer na consulta seguinte. Seria de prever que o seu preenchimento demorasse cerca de 20 minutos. Aqui era pedido para ser o próprio a responder, tentando evitar a influência de terceiros nas respostas obtidas.

Num segundo momento, que por norma decorria entre duas a quatro semanas após a primeira abordagem ao paciente, e de acordo com a marcação do próprio Serviço, tinha lugar a aplicação do protocolo para avaliação do PAC, através da versão portuguesa do SSW, do teste monótono de baixa redundância, e o teste de integração temporal – PDT (Musiek), aos quais se junta os Potenciais Evocados Auditivos do Tronco Cerebral (PEATC), para avaliação do funcionamento das vias nervosas auditivas, sendo ministrada também nesta fase a HADS entre a avaliação do PAC e a recolha dos PEATC. Este procedimento demorava cerca de 90 minutos. É de referir que os testes psicoacústicos e electrofisiológicos efectuados fazem parte do protocolo existente no Serviço onde a recolha de dados da amostra se efectuou, não representando qualquer custo adicional para o utente, o mesmo se passando com os testes de PAC que eram específicos para o estudo.

Esta parte da recolha de dados serviu sobretudo para a fase de caracterização biopsicossocial e da QDV, verificar se o perfil biopsicossocial e a QDV de indivíduos com queixas de acufenos varia em função das variáveis sociodemográficas e clínicas e para a análise de relações entre algumas das características biopsicossociais e a QDV de indivíduos com queixas de acufenos.

#### **4.2. - Procedimento terapêutico**

Para atingir o quarto objectivo geral do estudo, que passava por desenvolver e testar a eficácia de um manual, o passo seguinte foi a avaliação da eficácia desse mesmo manual (Artigo 13). Assim, foi utilizado um instrumento físico de tipo manual, que possibilitasse uma intervenção terapêutica, focada nas queixas de acufenos e incluindo um conjunto de informações escritas relativas ao problema específico e a comportamentos a adoptar para, p. e., controlar/diminuir a ansiedade e depressão associadas aos acufenos, procurando a adequação das estratégias de *coping*, promovendo a auto-eficácia e, conseqüentemente tentando melhorar a QDV.

Para o efeito, foram constituídos dois grupos. Um deles (Grupo de Comparação – GC) era sujeito à abordagem habitual utilizada no protocolo do Serviço, que passa por uma breve entrevista com o sujeito, onde lhe são explicadas as possíveis causas dos acufenos e que procedimentos adoptar. De seguida, era perguntado ao participante se estaria disponível para ser envolvido na segunda parte do estudo, que implicaria responder de novo a alguns dos questionários respondidos anteriormente, num espaço temporal de cerca de 6 meses. Deste grupo fazem parte os primeiros 31 participantes do estudo.

No segundo grupo (Grupo de Intervenção – GI), para além deste procedimento, o utente era convidado a participar na segunda parte do estudo e, uma vez aceite, era-lhe entregue o manual, sendo feita a apresentação do mesmo e da sua utilização. Passado um mês, era feita uma primeira avaliação do uso do manual, por contacto telefónico, ou procurando conciliar com uma data em que o paciente tivesse uma consulta no Hospital, sendo essa avaliação no sentido de esclarecer algumas dúvidas sobre a sua utilização. Verificou-se que, de uma forma geral, os pacientes não tinham grandes dúvidas, havendo alguns casos em que tal se devia por terem usado pouco o manual.

A avaliação final foi efectuada pelo menos 6 meses depois da entrega do manual, coincidindo com nova consulta de ORL. Nesta altura, foi de novo utilizado o THI para avaliar a QDV, sendo igualmente administrados os vários questionários usados anteriormente (Brief COPE, ESSS, LOT-r, EAEG e HADS). Optou-se por não re-administrar a Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde, uma vez que se verificou na literatura que é uma dimensão que tendencialmente não se altera num espaço temporal relativamente reduzido, e sem que surja uma alteração dramática na vida do sujeito (Narayanaiamy, 1996).

Foi efectuada um novo questionário, em que era perguntado se tinha existido alguma alteração relevante na vida do sujeito, se tinha existido ou se mantinha algum problema nervoso, se os acufenos se tinham alterado de alguma forma, confirmando-se a existência de hipersensibilidade aos sons, colocando-se de novo as duas escalas visuais analógicas, sendo uma para medir a percepção da intensidade dos acufenos, e outra para o incómodo da hipersensibilidade aos sons, permitindo comparar com a percepção inicial do indivíduo.

Para se avaliar a utilidade percebida do uso do manual, nos indivíduos a quem ele tinha sido entregue, foi utilizada uma escala visual analógica de 10 pontos (Utilidade Nula a Utilidade Máxima). Em média, eram necessários 60 minutos para estes procedimentos. A Escala de Hiperacusia só foi utilizada quando tal se justificava.

De referir que após a segunda avaliação do indivíduos do GC, era-lhes fornecido o manual que anteriormente tinha sido fornecido aos pacientes do GI. Os indivíduos foram incluídos no GC até que o manual passou a estar disponível, passando então os indivíduos a fazerem parte do GI.

Tendo em consideração o número de artigos da parte empírica, bem como a extensão e considerável sobreposição da informação relativa aos participantes, material e procedimento a incluir nos mesmos, optou-se por retirá-la dos vários artigos, sendo unicamente incluída nas versões enviadas para submissão. As únicas excepções foram a inclusão da secção participantes nos artigos 5 (Hiperacusia) e 12 (Biblioterapia/Intervenção terapêutica), visto que se trata de subamostra(s).

#### **4.3. – Procedimentos estatísticos**

Para a análise estatística, foi utilizada a versão 20.0 do SPSS (Statistic Package for Social Sciences), tendo as análises sido efectuadas de acordo com os procedimentos descritos por Pestana e Gageiro (2003), Maroco (2007) e Poeschl (2006), bem como com a preciosa ajuda dos Professores Ilídio Pereira e Liliana Martins da ESTSP-IPP.

#### **Referências bibliográficas**

- Aksoy, S., Firat, Y., & Alpar, R. (2006). The Tinnitus Handicap Inventory: A study of validity and reliability. *Program & Abstracts of XVIII th International Congress of Audiology* (pp. 63-64). Innsbruck: International Society of Audiology.
- Ambrosetti, U., & Del Bo, L. (2011). Audiologic clinical assessment. In A. R. Moller; B. Langguth, D. DeRidder e T. Kleinjung (Eds.), *Textbook of Tinnitus*, pp. 409-416. New York: Springer.
- 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.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3 (2), 273-294.
- Araújo, P. E. S., & Escada, P. (2003). Acufenos. In J. L. Reis (Ed.), *Surdez: Diagnóstico e Reabilitação*. Lisboa: Servier Portugal
- Baran, J. A., & Musiek, F. E. (2001). Avaliação comportamental do Sistema Nervoso Auditivo Central. In F. E. Musiek e W. F. Rintelmann (eds.) *Perspectivas actuais em avaliação auditiva*, pp. 371-409. Manole: São Paulo.
- Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Biap (1997). *Recommandation biap 02/1 bis*. Classification audiométrique des déficiences auditives. Consultado em Setembro de 2010: [http://www.biap.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5%3Arecommandation-biap-021-bis&catid=65%3Act-2-classification-des-surdites&Itemid=19&lang=fr](http://www.biap.org/index.php?option=com_content&view=article&id=5%3Arecommandation-biap-021-bis&catid=65%3Act-2-classification-des-surdites&Itemid=19&lang=fr)
- Botega, N. J., Bio, M. R., Zomignani, M. A., Garcia, C. Jr., & Pereira, W. (1995). Transtornos do humor em enfermiade clínica médicae validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, 29 (5), 355-363.
- Bowling, A. (2001). *Mesuring disease* (2nd ed.). Buckingham: Open University Press.
- 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.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30, 879–889.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub, J. K. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267-283.
- 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.
- 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., & 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.

- Fonte, M. A., & Martins, A. (2006). Adaptação à população portuguesa de uma Escala de Estilos de *Coping* (CISS): Estudo preliminar. *Actas da XI Conferência Internacional - Avaliação Psicológica: Formas e contexto*, 1061-1067. Data Editora.
- Frasca, M. F. S. S. (2005). *Processamento auditivo em teste e reteste: Confiabilidade da avaliação*. Dissertação para a defesa de tese de grau de Mestrado: Universidade de São Paulo: Brasil.
- González, M. A. L. & Fernández, R. L. (2004). *Tratamiento integral del acufeno: Terapia Sonora Secuencial: Un paso más allá dela TRT*. Barcelona: Amplifon.
- Hallstrom, C. & McClure, N. (2000). *Ansiedade e depressão: Perguntas e respostas*. Lisboa: Climepsi.
- 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.
- 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.
- Instituto Nacional de Estatística (2010). *Classificação Portuguesa de Profissões*. [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2), consultado em 20 de Setembro de 2014.
- Jüris, L. (2013). *Hyperacusis: Clinical Studies and Effect of Cognitive Behaviour Therapy*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Medicina – Universidade de Uppsala.
- Kam, A.C., Cheung, A.P., Chan, P.Y., Leung, E.K., Wong, T.K., van Hasselt, C.A., et al. (2009). Psychometric properties of the Chinese (Cantonese) Tinnitus Handicap Inventory. *Clinical Otolaryngology*, 34 (4), pp.309-315.
- Keedwell, P., & Snaith, R. P. (1996). What do anxiety scales measure? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 177-180.
- Kennedy, V., Wilson, C., & Stephens, D. (2004). Quality of life and tinnitus. *Audiological Medicine*, 2, 29-40.
- Khalfá, S., Dubal, S., Veuillet, E., Perez-Diaz, F., Jouvent, R. & Collet L. (2002). Psychometric normalization of a hyperacusis questionnaire. *ORL*, 64 (6), pp.436-442.
- Kim, J. H., Lee, S. Y., Kim, C. H., Lim, S. L., Shin, J. L., Chung, W. H., et al. (2002). Reliability and validity of a Korean adaptation of the Tinnitus Handicap Inventory. *Korean Journal of Otholaryngology*, 45, pp. 328-34.
- Langguth, B., Kreuzer, P.M., Kleinjung, T. & De Ridder, D. (2013). Tinnitus: causes and clinical management. *Lancet Neurology*, 12 (9), 920–930.

- Langguth, B., Searchfield, G. D., Biesinger, E. & Greimel, K. V. (2011). History and Questionnaires. In A. R. Moller; B. Langguth, D. DeRidder e T. Kleinjung (Eds.), *Textbook of Tinnitus*, pp. 387-404. New York: Springer.
- Laranjeira, C. A. (2008). Tradução e validação portuguesa do revised life orientation test (LOT-R). *Universitas Psychologica*, 7 (2), 469-476.
- Legent, F., Bordure, P., Calais, C., & Ferri-Launay, M-L. (1998). *Manuel Pratique des Tests de l'Audition*. Paris: Masson.
- Levine, R. A. (2013). Tinnitus: Diagnostic Approach Leading to Treatment. *Seminars in Neurology*, 33; pp. 256-2696
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística – com utilização do SPSS (3º Ed.)*. Lisboa: Ed. Sílabo.
- Martins, J. H. (2007). *Testes de avaliação so Processamento Auditivo Central – SSW em Português Europeu*. Dissertação para defesa de grau de Mestrado: Universidade de Aveiro.
- Medrano, C. R. & Medrano, R. R. (2003). *Neurootofisiología y Audiología clínica*. México: McGraw-Hill.
- 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
- Musiek, F. E., Baran, J. A., & Pinheiro, M. L. (1990). Duration pattern recognition in normal subjects and patients with cerebral and cochlear lesions. *Audiology*, 29, 304-313.
- Narayanaamy, A. (1996). Spiritual care of chronically ill patients. *British Journal of Nursing*, 5 (7), pp.411-416
- 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.
- Oishi, N. (2013). Khalfa's hyperacusis questionnaires: Japanese version. *Abstract book 1st International Conference on Hyperacusis*, pp.8. Birkbeck College, University of London.
- Oliveira, V., & Meneses, R. F. (2006). 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 (Coords.), *Actas da XI Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e contextos* (pp. 251-255). Braga: Psiquilíbrios.
- Oliveira, A. V. (2007). *Qualidade de vida em indivíduos com queixas de acufenos: Comparação com a percepção dos acompanhantes*. Tese de Mestrado, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – Universidade Fernando Pessoa.

<http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/471/1/AntonioVascoAntunesNevesOliveira.pdf>

- Oliveira, V., & Meneses, R. (2008). Balanço da Utilização da Versão Portuguesa do Tinnitus Handicap Inventory (THI). *Audiologia em revista*, 1 (2), 101-106.
- Oliveira, V., & Meneses, R. F. (2009). Correlatos clínicos da qualidade de vida de indivíduos com acufenos. In A. Maia, S. Silva, & Pires, T (Orgs), *Desafios de Saúde e comportamento. Actas do 1º Congresso de Saúde e Comportamentos dos Países de Língua Portuguesa* (pp. 23-30). Braga, CIPSI.
- Oliveira, V., & Trigueiros-Cunha, N. (2013). Khalfa's Hyperacusis Questionnaire: Portuguese Version. *Abstract book, 1st International Conference on Hyperacusis* pp.9-10. Birkbeck College, University of London.
- Pais-Ribeiro, J. L. (1995) Adaptação de uma escala de avaliação da auto-eficácia geral. In: L. Almeida e I. Ribeiro (Eds.), *Avaliação Psicológica: formas e contextos* (pp.163-176). Braga: APPORT
- Pais-Ribeiro, J. L. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(XVII): 547-558.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2008). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde* (2ª Ed.). Porto: Livpsic.
- Pais-Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In: J.P.Cruz, S.N. de Jesus, & C Nunes (Coords.), *Bem-Estar e Qualidade de Vida* (pp.31-49). Alcochete: Textiverso.
- Pais-Ribeiro, J., & Pedro, L. (2006). Contribuição para a análise psicométrica e estrutural da escala revista de avaliação do optimismo (escala de orientação para a vida revista -Lot-R) em doentes com esclerose múltipla. In I. Leal, J. L. Pais-Ribeiro e S. Neves (Eds.), *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.133-139). Faro: Universidade do Algarve.
- Pais-Ribeiro, J. L., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do Coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doença*, 5 (1), 3-15.
- Pais-Ribeiro, J., & Rodrigues, A. (2009). Quando a avaliação do coping precisa de ser breve: estudo de uma versão ainda mais reduzida do *brief cope*. In S. N. Jesus, I. Leal & M. Rezende (Edts.). *Actas do I Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde* (pp. 473-481). Faro: CUIP.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology. Health & Medicine*, 12 (2), 225-237.
- Panzini, R. G., Rocha, N. S., Bandeira, D. R., & Fleck, M. P. A. (2007). Qualidade de Vida e Espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 34 (supl 1), 105-115.

- Pereira, M. G., & Figueiredo, A.P. (2008). Depressão, ansiedade e stress pós-traumático em doentes com cancro colo-rectal - Validação do Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) e Impact of Events Scale (IES) numa amostra de doentes oncológicos. *Oncology News*, 5, 11-19.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Ed. Sílabo.
- Pinto, C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2007). Construção de uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde. *Arquivos de Medicina*, 21 (2), 47-53.
- 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.
- Rocha, N., Queirós, C., Aguiar, S., & Marques, A. (2008). Implicações da Neurocognição e da Auto-Eficácia na predição de factores do funcionamento psicossocial de pessoas com esquizofrenia. *Análise Psicológica*, 4, 587-600.
- 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.
- Salviati, M., Macrì, F., Terlizzi, S., Melcore, C., Provenzano, A., Capparelli, E., et al. (2013). The Tinnitus Handicap Inventory as a screening test for psychiatric comorbidity in patients with tinnitus. *Psychosomatics*, 54, pp. 248-256.
- 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.
- Santos, C. B., Pais-Ribeiro, J., & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4 (2), 185-204.
- Shabana, M. I., Selim, M. H., El Refaie, A., El Dessouky, T. M., & Soliman R. Y. (2011). Assessment of Hyperacusis in Egyptian patients: Evaluation of the Arabic version of the Khalfa questionnaire. *Audiological Medicine*, 9 (4), pp.127-134.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The Self-Efficacy Scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.
- Snaith, R. P., & Protheroe, D. N. (1995). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Hospital Update*, 5, 240-242.
- Song, J-J., De Ridder, D., Weisz, N., Schlee, W., Van de Heyning, P., & Vanneste, S. (2014). Hyperacusis-associated pathological resting-state brain oscillations in the

tinnitus brain: a hyperresponsiveness network with paradoxically inactive auditory cortex. *Brain Structure and Function*, 219 (3), 1113-28

Stenklev, N. C., & Laukli, E. (2004). Presbycusis – Hearing thresholds and the ISO 7029. *International Journal of Audiology*, 43, 295-306.

Vollmann, M., Kalkouskaya, N., Langguth, B., & Scharloo, M. (2012). When the ringing in the ears gets unbearable: *Illness representations, self-instructions and adjustment to tinnitus*. 73, 108-111.

Weinstein B.E. (1999). Presbiacusia. In J. Katz (Ed.), *Tratado de audiologia clínica* (4ª Ed.), pp. 562-576. São Paulo: Manole.

Wilson, C., Lewis, P., & Stephens, D. (2002). The short form 36 (SF36) in a specialist tinnitus clinic. *International Journal of Audiology*, 41, 216-220.

Yantis, P. A. (1999). Avaliação dos Limiares 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.

Zeman, F., Koller, M., Schecklmann, M., Langguth, B., & Landgrebe, M. (2012). Tinnitus assessment by means of standardized self-report questionnaires: psychometric properties of the Tinnitus Questionnaire (TQ), the Tinnitus Handicap Inventory (THI), and their short versions in an international and multi-lingual sample. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10:128. In <http://www.hqlo.com/content/10/1/128>, acessado em 22 de Outubro de 2014.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

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.

## Capítulo 5

### Artigo 4 - Avaliação do Processamento Auditivo Central em pacientes com queixas de acufenos<sup>20</sup>

#### Resumo

A audição permite ao indivíduo estar em constante relação com o meio que o envolve. Para além da audição periférica, da responsabilidade dos ouvidos, o Processamento Auditivo Central (PAC) é responsável por uma rede de informações que permitem ao indivíduo efectuar discriminação auditiva, reconhecer os padrões auditivos, apresentar resolução, mascaramento, integração e ordenação temporal. Os objectivos do presente estudos são avaliar o PAC em indivíduos com queixas de acufenos, e sem perda auditiva ou com perda ligeira (< 40 dB) e explorar as relações entre o PAC e o sexo, a idade dos indivíduos e o tempo com queixas de acufenos. Para tal foram avaliados 58 indivíduos, utentes da consulta de ORL do HMR1-Porto, que além da avaliação audiológica e acufenometria, foram avaliados através do THI, e para avaliação do PAC através da versão portuguesa do *Stagered Spondaic Word Test* (SSW), que avalia a habilidade figura-fundo, de um teste monótico de fala no ruído para avaliar a atenção e a representação fonológica, e um teste dicótico de integração temporal, o *Pattern Duration Test* (PDT). Dos resultados obtidos, só no PDT existem valores estatisticamente significativos, verificando-se que estão abaixo dos valores de normalidade, verificando-se igualmente que nas mulheres os resultados são inferiores em todos os testes, sem no entanto serem estatisticamente significativos. No que se refere ao tempo com queixas de acufenos, existem diferenças estatisticamente significativas para o teste monótico, pelo que quem tem queixas mais antigas apresenta valores mais baixos. Parece poder concluir-se que não existem alterações significativas no que se refere ao PAC de indivíduos com acufenos, o que parece pressupor que as estruturas envolvidas nos acufenos são diferentes das que promovem alterações do PAC. Será útil desenvolver estudos futuros para confirmar as alterações obtidas no

---

<sup>20</sup> Apresentado como comunicação livre no 62º Congresso da Sociedade Portuguesa de ORL. Submetido a publicação na revista da Sociedade Portuguesa de ORL em Abril de 2015.

padrão de duração, bem como alargar os estudos a pesquisas referentes ao lado em que os acúfenos estão presentes.

**Palavras-Chave:** Acúfenos, Processamento Auditivo Central (PAC), Pattern Duration Test (PDT), Staged Spondaic Test (SSW), Teste monótico.

### Introdução

A audição permite ao indivíduo estar inserido no meio, receber informações desse meio circundante, adequar as suas respostas, por exemplo, colocar-se em alerta em potenciais situações de perigo, mas igualmente enviar informações, ou seja interagir com esse meio envolvente. Logo, torna-se importante nas situações de comunicação humana, mas fundamental nas situações de comunicação verbal. Os ouvidos, através das suas estruturas periféricas, permitem a identificação das intensidades e frequências do som, estando as vias auditivas envolvidas na descodificação desses sons, dando-lhes significado, tornando o processamento auditivo em algo complexo, e ainda não completamente compreendido (Neijenhuis, 2003). Desde os trabalhos de Brocca nos anos 50 do Séc. XX que o Processamento Auditivo Central (PAC) tem sido alvo de múltiplos estudos de carácter multidisciplinar, particularmente no sentido de investigar queixas de dificuldades auditivas em indivíduos que apresentam avaliações da audição periférica dentro da normalidade (Frota & Pereira, 2010; Katz & Wilde, 1999).

Pode-se aqui citar Katz e Wilde (1999, p. 486), que referem que o processamento auditivo pode ser resumido “naquilo que nós fazemos com o que ouvimos”.

Assumindo que o sistema nervoso auditivo é uma rede funcional particularmente complexa, por onde é processada a informação auditiva após a condução das vias periféricas, será de esperar que uma qualquer alteração no seu funcionamento irá interferir com as habilidades auditivas do sujeito (Stach, 2000).

O PAC encontra-se tradicionalmente no âmbito de disfunções da área neurológica, sendo a história clínica um aspecto de particular importância (Griffiths, 2002a). No entanto, a sua avaliação deverá ser de tipo multidisciplinar, com avaliações das áreas da neurologia, otorrinolaringologia (ORL), psicologia, terapia da fala e audiolgia (ASHA, 2005). Sendo uma perturbação do processamento neural da estimulação auditiva, o PAC

não se deve a perturbações da capacidade linguística, cognitiva ou de outros factores a elas relacionados, mas pode induzir dificuldades na comunicação, linguagem ou aprendizagem (Geffner & Ross-Swain, 2007). Não existe grande uniformidade quanto à sua prevalência, referindo Neijenhuis (2003) vários estudos com valores que vão dos 2-3% até aos 10-20%, de acordo com a população e faixa etária estudada.

Os mecanismos e procedimentos que são efectuados nas vias e neurónios centrais afectos ao PAC permitem que o indivíduo localize o som, percepcionando a sua lateralização (ASHA, 2005; Frota & Pereira, 2010; Yalçunkaya & Keith, 2008). Permitem igualmente que se efectue discriminação auditiva, reconheça os padrões auditivos, apresente resolução, mascaramento, integração e ordenação temporal (ASHA, 2005; Frota & Pereira, 2010; Tomé, Marques-Teixeira, & Barbosa, 2012). Interferem também na capacidade auditiva em ambientes de competição acústica, incluindo a audição dicótica, e a capacidade auditiva com sinais acústicos degradados (ASHA, 2005; Frota & Pereira, 2010; Tomé et al., 2012; Yalçunkaya & Keith, 2008).

As perturbações do PAC centram-se na inabilidade ou dificuldade em discriminar, reconhecer ou compreender as mensagens apresentadas através da componente auditiva, tendo, como já atrás foi referido, o indivíduo uma audição periférica preservada e uma capacidade cognitiva normal (Martins, 2008). É igualmente de realçar que, além destas dificuldades, podem surgir alterações na componente comportamental, emocional e mesmo social, que afectam negativamente o desenvolvimento, bem-estar e auto-estima do indivíduo (ASHA, 2005). Deve-se igualmente ter em conta perturbações específicas da audição, como alterações da percepção da fala, música e até dos sons do ambiente (Griffiths, 2002a).

O desenvolvimento do PAC inicia-se logo à nascença, sendo os primeiros anos de vida fundamentais. Esse desenvolvimento depende não só da integridade funcional das vias auditivas, mas igualmente da estimulação promovida pelo meio ambiente envolvente, que, sendo crucial para o desenvolvimento das aptidões auditivas, é tanto mais eficaz quanto mais rica e variada for (Santos et al., 2001).

Existem vários estudos que demonstram que os distúrbios do PCA são mais frequentes nos homens que nas mulheres. Sendo alterações que estão associadas a alterações

genéticas do sistema nervoso central, é de prever que com o envelhecimento do indivíduo, se acentuem mais algumas das dificuldades existentes. (Katz & Wilde, 1999).

Apesar de frequentemente a sua etiologia ser desconhecida, existem basicamente dois tipos de causas para as desordens do PAC (Stach, 2000; Yalçinkaya & Feith, 2008). Por um lado encontram-se situações devidas a neuropatologia do sistema nervoso periférico e central, que são resultado de tumores ou outras lesões expansivas, ou por lesões ocorridas por traumatismos crânio-encefálicos, traumatismos acústicos, fenómenos de ototoxicidade ou mesmo por processos de enfarte ou doenças degenerativas. Encontram-se alterações do oitavo par, como schwannoma cocleovestibular, neurofibromatoses tipo 2, lipomas, meningiomas ou neuropatia diabética, entre outras, enquanto existem lesões do tronco cerebral, como enfarte, glioma ou esclerose múltipla, que são igualmente causas de alterações do PAC. Outro tipo de situações são as que resultam de alterações difusas do funcionamento cerebral, muitas vezes associadas a processos de envelhecimento. Estes processos difusos poderão ser relacionados com meningite, toxicidade, efeitos degenerativos do envelhecimento biológico do sujeito, ou lesões localizadas no córtex, como acidente cerebrovascular, tumor ou traumatismo (Syka, 2002; Stach, 2000).

Podem-se ainda acrescentar outras condições clínicas, como a esquizofrenia, a dislexia, perturbações específicas da linguagem, a esclerose amiotrófica lateral, a epilepsia e o autismo, que, apesar de apresentarem diferentes etiologias, poderão partilhar algumas situações e consequências anormais (Näätänen et al., 2012). Existe ainda elevada comorbilidade com perturbações neurobiológicas, que incluem défice de atenção e hiperactividade, perturbações de aprendizagem, perturbações da ansiedade, depressão e perturbações bipolares, síndrome de Tourette, Doença de Asperger e disfunções da integração sensorial (Geffner & Ross-Swain, 2007).

Não foram identificados muito estudos que associem alterações do PAC e a presença de acufenos. Griffiths (2002b) refere que a presença de acufenos em pacientes sem perda auditiva se poderia dever a actividade anormal no *culliculus* inferior, resultando no mascaramento anormal da actividade central por sons externos, resultando daqui os acufenos.

Num estudo em que foram comparados indivíduos com acúfenos e indivíduos sem acúfenos e audição normal, foi verificado, através do recurso ao *Mismatch Negativity* (MMN) que os indivíduos com acúfenos apresentavam alterações do PAC, particularmente na área da atenção (Mahmoudian et al., 2013).

Consequentemente, os objectivos do presente estudo: a) avaliar o PAC em indivíduos com queixas de acúfenos, e sem perda auditiva ou com perda ligeira (< 40 dB) segundo as normas BIAP 02/01 bis; e b) explorar as relações entre o PAC e o sexo, a idade dos indivíduos e o tempo com queixa de acúfenos.

## **Método<sup>21</sup>**

## **Resultados**

Os resultados obtidos (Tabela 1) foram, para o SSW, uma média de erros de 15,59 (0-82;  $dp=13,83$ ), e % de acertos de 90,26 (48,75-100;  $dp=8,65$ ).

---

<sup>21</sup> Os dados referentes ao método geral encontram-se no capítulo 4.

Serão incluídos no artigo a publicar o procedimento e material específicos relativos ao Processamento Auditivo Central.

Tabela 1 - Estatística descritiva para Testes de PCA

	<i>n</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
SW erros ouvido esquerdo	56	0	36	6,41	6,38
SSW erros ouvido direito	56	0	46	9,18	9,14
Total erros do SSW	56	0	82	15,59	13,83
% acertos SSW ouvido esquerdo	56	100	55	91,72	8,12
% acertos SSW ouvido direito	56	100	42,50	88,79	11,39
% acertos SSW total	56	100	48,75	90,26	8,65
% Teste monótono de fala no ruído	48	65	100	93,65	7,75
% de acertos do PDT	54	44	100	83,17	14,11

Os valores obtidos para a prova monótona de fala no ruído foram de 93,65% de média (65-100; DP=7,75).

O PDT apresentou como resultados, uma média de acertos de 83,2% (44-100; DP=14,11). Foi efectuado o teste *t* para comparar com a média de normalidade apresentada por Musiek, Barak e Pinheiro (1990), tendo-se obtido  $t=-2,777$ , e  $p=0,008$ .

Foi igualmente efectuada uma comparação de médias dos valores obtidos nos três testes efectuados para avaliação do PAC em função do sexo dos indivíduos (Tabela 2), que mostram valores ligeiramente inferiores em todos eles para o sexo feminino, mas não se tendo verificado diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 2 – Distribuição do PCA em função do sexo

	<i>Sexo</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
% acertos SSW total	Feminino	20	89,28	11,26
	Masculino	36	90,80	6,91
% Tetes monóticos da fala no ruído	Feminino	15	93,33	8,59
	Masculino	33	93,79	7,48
Número de acertos do PDT em %	Feminino	18	80,78	17,10
	Masculino	36	84,36	12,46

Foi igualmente efectuada uma análise da relação entre esses testes e a idade dos sujeitos, através do uso da correlação de *Pearson*, não se tendo verificado correlações lineares estatisticamente significativas entre a idade e os vários testes de avaliação do PCA.

Avaliou-se igualmente as correlações existentes entre os vários testes de avaliação do PAC e a duração das queixas de acufenos, para tentar perceber se o facto de sentir os acufenos há mais tempo poderia levar a alterações associadas a maior dificuldade no PCA (Tabela 3).

Tabela 3 – Correlações entre o PCA e o tempo com queixas de acufenos

		Número de acertos do PDT em %	% monótico	% acertos SSW total
Duração da queixa dos acufenos	<i>r</i>	-,227	<b>-,314</b>	-,055
	<i>p</i> (2-tailed)	,099	<b>,030</b>	,689
	<i>N</i>	54	48	56

Os resultados obtidos (Tabela 3) permitem verificar que não existem para o número de acertos do PDT e para a percentagem de erros no SSW nenhuma correlação estatisticamente significativa, mas que tal sucede para a percentagem do teste monótico.

## Discussão de resultados

Os resultados obtidos para o SSW estão próximos dos apresentados por Frascá (2005), que aponta um valor padrão de 92,5%.

Ao utilizar o teste  $t$  para comparação de médias, o resultado obtido é de  $t=1,942$ , com  $p=0,57$ , o que permite afirmar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os valores obtidos pela presente amostra e os valores de normalidade apresentados por Frascá (2005).

Os valores obtidos são melhores para o ouvido esquerdo, e apesar do hemisfério esquerdo ser o mais especializado na linguagem, o processamento dos estímulos verbais é tido como sendo atributo do hemisfério direito, contrariando estes resultados o que é referido na literatura (Katz & Wilde, 1999; Miller, Delaney, & Tallal, 1995; Musiek, et al., 1990).

Para a prova monótica de fala no ruído, os resultados estão dentro dos valores de normalidade uma vez que se situam acima dos 90%, tendo sido de 93,65% de média [(65-100;  $DP=7,75$ ) (Katz & Ivey, 1999)].

Para comparar os resultados da amostra para a média de acertos no PDT (83,2%), recorreu-se ao teste  $t$  para comparar com a média de normalidade apresentada por Musiek e colaboradores (1990), que é de 88,5%. Encontrou-se um  $t=-2,777$ , e um valor da significância de  $p=0,008$ , permitindo afirmar que a presente amostra tem valores significativamente inferiores aos valores de normalidade. Estes dados podem revelar alguma alteração na área do córtex auditivo responsável pelo reconhecimento do padrão de duração, ou algum efeito da presença dos acufenos nesse reconhecimento, que surge, por exemplo, na esclerose múltipla (Griffiths, 2002a; Musiek, et al., 1990). No entanto, estes valores poderão dever-se ao facto de terem sido obtidos com 50 dB acima do limiar, e neste estudo se ter optado por 30 dB acima do limiar, como já atrás foi referido.

Na comparação de médias relativas ao sexo dos indivíduos da amostra para os três testes efectuados para avaliação do PAC (Tabela 2), os resultados apontam valores ligeiramente inferiores nos indivíduos do sexo feminino, mas sem significância estatística, ao contrário do que é descrito na literatura, em que os homens apresentam

maior prevalência. Estes resultados podem dever-se ao facto de estarmos perante uma amostra de indivíduos com acúfenos, em que não existem indivíduos com diagnóstico de PAC.

Através do uso da correlação de *Pearson*, para avaliar a relação entre a idade dos sujeitos e os resultados obtidos, não se tendo verificado correlações lineares estatisticamente significativas, o que poderá dever-se ao facto de não existirem indivíduos com idade superior a 66 anos, e que até aos 55 anos só temos 31% da amostra, que está concentrada na faixa etária dos 55 aos 66 anos, sendo necessário o recurso a uma amostra com uma maior distribuição de faixas etárias.

A correlação obtida entre a duração da queixa dos acúfenos e os valores obtidos no teste monótico faz pressupor que a existência de acúfenos há mais tempo irá fazer com que o indivíduo apresente maior dificuldade em discriminar as palavras no ruído, mas tal deverá ser confirmado em estudos futuros.

### **Conclusão**

Os valores obtidos no presente estudo parecem apontar no sentido de não existirem diferenças particularmente significativas entre estes e os valores de normalidade para os testes de avaliação do PAC utilizados. Se se pensar que poderão ter sido retirados da amostra indivíduos com alterações centrais, e que, apesar de se tratar de uma amostra de indivíduos sem perda auditiva, ou com perda auditiva ligeira, estes resultados vão de encontro ao que seria expectável, face ao descrito na literatura, que permite pressupor que se está perante alterações que se situam sobretudo na área periférica da audição, enquadrando mais os acúfenos num atingimento coclear, com reduzida evidência para lesões centrais, e fora das áreas do PAC.

Poderá eventualmente existir em certas situações algum comprometimento das tarefas de reconhecimento do padrão de duração, por comprometimento do córtex auditivo, face aos resultados obtidos, no entanto, para confirmação, sugere-se a realização de um estudo futuro em que se utilizem valores de intensidade diferentes para confirmar os resultados obtidos no PDT, e eventualmente outro tipo de testes para avaliar outras componentes do PAC.

Seria igualmente interessante avaliar diferenças entre o ouvido direito e o esquerdo, algo que não foi efectuado neste estudo pela reduzida amostra de indivíduos com queixas em um só ouvido, mas que, pelo facto do hemisfério esquerdo ser especializado na linguagem, poderá ser interessante (Katz & Wilde, 1999; Miller et al., 1995; Musiek et al., 1990).

Será igualmente pertinente explorar os dados que apontam no sentido de que os pacientes com acufenos há mais tempo apresentam maior dificuldade em perceber as palavras em ambientes com ruído, o que poderá dever-se à maior dificuldade que demonstram em ignorar o ruído de fundo.

### Referências Bibliográficas

- American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). (2005). (Central) Auditory Processing Disorders – The role of the Audiologist. *Working Group on Auditory Processing Disorders*. Consultado em 26/02/2013 em [www.asha.org/policy/PS2005-00114.htm](http://www.asha.org/policy/PS2005-00114.htm)
- Baran, J. A., & Musiek, F. E. (2001). Avaliação comportamental do Sistema Nervoso Auditivo Central. In F. E. Musiek e W. F. Rintelmann (Eds.) *Perspectivas actuais em avaliação auditiva*, pp. 371-409. Manole : São Paulo.
- Bureau International d'Audiophonologie (BIAP). (1997). *Classification audiométrique des déficiences auditives. Recommandation biap 02/1 bis*. Consultado em 20/09/2010 em [http://www.biap.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5%3Arecommandation-biap-021-bis&catid=65%3Act-2-classification-des-surdites&Itemid=19&lang=fr](http://www.biap.org/index.php?option=com_content&view=article&id=5%3Arecommandation-biap-021-bis&catid=65%3Act-2-classification-des-surdites&Itemid=19&lang=fr)
- Frasca, M. F. S. S. (2005). *Processamento auditivo em teste e reteste: Confiabilidade da avaliação*. Dissertação para a defesa de tese de grau de Mestrado: Universidade de São Paulo: Brasil.
- Frota, S., & Pereira, L. D. (2010). Processamento auditivo: Estudo em crianças com distúrbio da leitura e da escrita. *Revista de Psicopedagogia*, 27(83), 214-222.
- Geffner, D., & Ross-Swain, D. (2007). *Auditory Processing Disorders: Assessment, management and treatment*. San Diego: Plural Publishing.
- Griffiths, T. D. (2002a). Central auditory pathologies. *British Medical Bulletin*, 63, 107-120.
- Griffiths, T. D. (2002b). Central auditory processing disorders. *Current Opinion in Neurology*, 15, 31-33.

- Katz, J., & Ivey, G. (1999). Testes Centrais: Procedimentos utilizando espondeus. In J. Katz (Ed.), *Tratado de Audiologia Clínica* (4ª Ed.; pp. 237-253). São Paulo: Manole.
- Katz, J., & Wilde, L. (1999). Desordens do processamento auditivo. In J. Katz (Ed.), *Tratado de Audiologia Clínica* (4ª Ed.; pp. 486-498). São Paulo: Manole.
- Mahmoudiana, S., Farhadi, M., Najafi-Koopaie, M., Darestani-Farahani, E., Mohebbi, M., Dengler, R., et al. (2013). Central Auditory Processing during chronic tinnitus as indexed by topographical maps of the mismatch negativity obtained with the multi-feature paradigm. *Brain Research*, 1527, 161-173.
- Martins, E. M. (2008). *Criação de um conjunto de Testes para a Avaliação do Processamento Auditivo*. Dissertação de Mestrado: Universidade de Aveiro.
- Martins, J. H. (2007). *Testes de avaliação do Processamento Auditivo Central – SSW em Português Europeu*. Dissertação de Mestrado: Universidade de Aveiro.
- Miller, S. L., Delaney, T. V., & Tallal, P. (1995). Speech and other central auditory processes: insights from cognitive neuroscience. *Current Opinion in Neurobiology*, 5, 198-204.
- Musiek, F. E., Baran, J. A., & Pinheiro, M. L. (1990). Duration pattern recognition in normal subjects and patients with cerebral and cochlear lesions. *Audiology*, 29, 304-313.
- Näätänen, R., Kujala, T., Escera, C., Baldeweg, T., Kreegipuu, K., Carlson, S., & Ponton, C. (2012). The mismatch negativity (MMN) – A unique window to disturbed central auditory processing in ageing and different clinical conditions. *Clinical Neurophysiology*, 123, 424-458.
- Neijenhuis, K. (2003). *Auditory Processing Disorders: Development and evaluation of a test battery*. Dissertação de Doutorado: Universidade Católica de Nijmegen, Holanda.
- Santos, M. F. C., Ziliotto, K. N., Monteiro, V. G., Hirata, C. H. W., Pereira, L. D., & Weckx, L. L. M. (2001). Avaliação do processamento auditivo central em crianças com e sem antecedentes de otite média. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 67, 448-454.
- Stach B. A. (2000). Diagnosing Central Auditory Processing Disorders in adults. In R. J. Roeser, M. Valente e H. Hosford-Dunn (Eds.), *Audiology: Diagnosis* (pp. 355-379). New York: Thieme.
- Syka, J. (2002). Plastic changes in the Central Auditory System after hearing loss, restoration of function, and during learning. *Physiological Reviews*, 82, 601-636.
- Tomé, D., Marques-Teixeira J., & Barbosa, F. (2012). Temporal Lobe Epilepsy in Childhood – A Study Model of Auditory Processing. *Journal of Neurology & Neurophysiology*, 3, 123. In [http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/3336/1/ART\\_DavidTome\\_2012.pdf](http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/3336/1/ART_DavidTome_2012.pdf), consultado em 15 de Julho de 2014.

Yalçinkaya, F., & Keith, R. (2008). Understanding auditory processing disorders. *Turkish Journal of Pediatrics*, 50, 101-105.

## Capítulo 6

### Artigo 5 - Correlatos biopsicossociais de queixas de Hiperacusia em pacientes com acúfenos<sup>22</sup>

#### Resumo

O sistema auditivo ajusta a sensibilidade ao som, sendo a hiperacusia, uma intolerância marcada para sons ambientais, muito comum em pacientes com acúfenos.

Assim, os objectivos do presente estudo são: a) avaliar a existência de queixas de hiperacusia em indivíduos com acúfenos; e b) identificar correlatos biopsicossociais da hiperacusia, perspectivando o seu uso em processos de intervenção terapêutica em pacientes com acúfenos e hiperacusia.

Administrou-se a versão Portuguesa do Questionário de Hiperacusia de Khalfa, a uma amostra de pacientes com queixas de acúfenos, seguidos na Consulta de Otorrinolaringologia do Hospital Militar Regional N°1 (Porto). Dos 58 pacientes que constituem a amostra de pacientes com acúfenos, 36 (65%) referiram hipersensibilidade ao som. Destes pacientes com hiperacusia, 22 eram do sexo masculino (61,1 %), com 57,3 anos de média de idade (28-70; DP=9,56), com acúfenos crónicos que variavam entre os 6 meses e os 40 anos (M=4,6 anos; DP=7,37), com nível de audição médio de 25,7 dB e 96,1 dB de limiar de desconforto médio.

Dos resultados obtidos no Questionário de Hiperacusia, pôde-se verificar que são inferiores aos valores de corte propostos pelos autores, pelo que a amostra apresentou valores pouco elevados de hipersensibilidade ao som. Confirmou-se a relação entre os valores do incómodo associado aos acúfenos, medidos pelo THI, e as queixas de hiperacusia, bem como entre estas e o limiar de desconforto. Verificou-se uma

---

<sup>22</sup> Apresentado como póster na 11ª Conferência anual da Academia Britânica de Audiologia (BAA). Submetido e aceite para publicação na revista da BAA (Edição de Outono).

correlação entre os valores obtidos no total do Questionário de Hiperacusia, bem como na Escala Social e na Escala de Atenção e algumas estratégias de *Coping*.

O presente estudo revelou que um conjunto alargado de variáveis biopsicossociais podem não ser correlatos significativos da hiperacusia. Contudo, o efectivo da amostra exige a replicação do estudo. Já os correlatos identificados, se replicados, poderão estar na base de novas propostas de intervenção, como através da utilidade das estratégias de *coping* em pacientes com hiperacusia e acufenos.

**Palavras-Chave:** Acufenos; *Coping*; Limiar de desconforto; Questionário de Hiperacusia de Khalifa

### Introdução

O ouvido humano é um órgão particularmente complexo, que permite ouvir, reconhecer e localizar sons (Baguley & Andersson, 2007). O sistema auditivo está estreitamente relacionado com sistemas que gerem a emoção, a reacção, a atenção e a aprendizagem (Baguley & Andersson, 2007). Outra característica importante do sistema auditivo é a capacidade de ajustar a sensibilidade do indivíduo ao som, que é influenciada pela intensidade do som, por aspectos individuais e emocionais (ansiedade, medo,...), e também pelo significado que é atribuído ao som, determinado pela interpretação e pelas circunstâncias em que foi memorizado (Bradley & Lang, 2000). Assim, esta percepção da sensibilidade do som tem variabilidade interpessoal e intrapessoal, variando em função do estado emocional do indivíduo, e variando igualmente com as características individuais de cada um (Baguley & McFerran, 2011).

Existem várias alterações da percepção da intensidade do som (Baguley & McFerran, 2011). A hipersensibilidade patológica ao som foi definida como sendo a hiperacusia, o que, no entanto, não é consensual (Khalifa et al., 2002). Vernon (1987) define hiperacusia clínica como sendo uma intolerância para sons ambientais vulgares, apresentando o paciente um limiar de audição normal para todos, ou quase todos os sons. Também pode ser definido como um som sentido como extremamente alto ou desconfortável quando em presença de um estímulo acústico vulgar (Bläsing, Goebel, Flötzinger, Berthold, & Kröner-Herwig, 2010). Na prática, verifica-se que os pacientes

com hiperacusia apresentam desconforto para sons que são normalmente tolerados por indivíduos com audição normal (Jastreboff & Hazell, 2004; Meeus, Spaepen, De Ridder, & Van de Heyning, 2010). Esta hipersensibilidade ao som, por norma está subdiagnosticada, sendo alvo de pouca atenção médica, particularmente quando é uma queixa isolada, ou surge associada a situações como os acufenos ou a depressão (Herráiz, Calvin, Plaza, Toledano, & de los Santos, 2003; Meeus et al., 2010).

É necessário distinguir hiperacusia de recobro, que é um crescimento da sensação sonora mais rápido que o normal, e que aparece associado a perda auditiva coclear, por lesão das células ciliadas externas (Baguley & McFerran, 2011). A hiperacusia, por sua vez, pode aparecer em normo-ouvintes devido a um mecanismo central da regulação da amplificação do som (Herráiz et al., 2003).

Outro termo que surge na literatura é fonofobia (ou *phonofobia*), que apresenta uma componente neurológica quando associada por exemplo à intolerância ao som, comum na enxaqueca, mas que surge quando existe uma reacção aversiva a um determinado som, ou a um conjunto de sons, mesmo que em intensidades moderadas, apresentando um carácter fóbico, por ser excessivo ou irracional, associado à componente emocional, invocando reacções de medo, quando tal não seria expectável (Baguley & Andersson, 2007; Baguley & McFerran, 2011; Herráiz et al., 2003; Møller, 2011; Tyler, 2005). Tem um enquadramento diferente da misofonia, que é uma reacção de desagrado ao som ou desconforto ao som, chegando mesmo a ser irritante para o indivíduo, sem a componente fóbica e a sensação de medo (Baguley & Andersson, 2007; Baguley & McFerran, 2011; Møller, 2011). A misofonia pode coincidir com a presença de acufenos e de hiperacusia (Møller, 2011).

Num estudo efectuado por Andersson, Lindvall, Hursti e Carlbring (2002) na Suécia, entre 8 a 9% da população referiu sentir hiperacusia, sendo os sons musicais considerados os mais aversivos (57%), e tendo como reacção mais frequente a irritação (75%). Dos resultados obtidos, os autores referem que possivelmente só 2-3% da população terá hiperacusia severa. É mais frequente no sexo feminino, nos sujeitos mais ansiosos e mais velhos (Herráiz et al., 2003; Jüris, Andersson, Larsen, & Ekselius, 2013).

A hiperacusia parece dever-se à activação de um maior número de fibras do nervo auditivo, ou a uma maior actividade que o normal para um determinado estímulo (Tyler, 2005). Eggermont (2007) refere que essa hiperactividade neural se deve a perda da inibição aferente. Aparece em cerca de 29% de indivíduos com paralisia facial de Bell, aparece igualmente em situações de fistula perilinfática, após a cirurgia de estapedectomia, na doença de Lyme que é uma infecção sistémica, e no síndrome de Williams, que, sendo bastante raro, é acompanhado de hiperacusia em 95% das crianças que o apresentam (Baguley, 2003; Jastreboff & Hazell, 2004). A sua relação com alterações do funcionamento do nervo facial é uma das causas para uma menor tolerância aos sons de maior intensidade, em virtude da perda da função protectora dos reflexos estapédicos e do sistema eferente, cuja enervação depende do nervo facial (Baguley, 2003; Baguley & McFerran, 2011). Está igualmente associada à deiscência do canal semicircular superior, que poderá resultar numa condução óssea melhor que o normal, sentindo o indivíduo uma excessiva sensibilidade aos sons (Baguley & McFerran, 2011). É igualmente reportado em aneurismas cerebrais, enfartes cerebelosos e em situações de esclerose múltipla (Baguley, 2003).

Acúfenos e hiperacusia estão frequentemente associados e fortemente correlacionados (Bläsing et al., 2010; Oliveira, Meneses, & Trigueiros-Cunha, 2014). Vários estudos citados por Baguley e Andersson (2007) apresentam valores entre 40 e 79% de pacientes com hiperacusia e que frequentam consultas de acúfenos, corroborando o estudo de Jüris e colaboradores (2013) este último valor. Herráiz e colaboradores (2003) apontam um valor de 63% no seu estudo. Esta pouca consistência de valores pode dever-se à forma como é objectivado o conceito de hiperacusia, e à ausência de critérios uniformes de diagnóstico (Meeus et al., 2010). No entanto, os valores encontrados parecem sugerir mecanismos comuns entre as duas queixas (Baguley & Andersson, 2007; Jüris et al., 2013).

Para o modelo neurofisiológico a hiperacusia e os acúfenos têm um mecanismo comum, com a diferença que para a hiperacusia o efeito adverso se situa no exterior, e não no funcionamento aberrante do sistema nervoso auditivo como nos acúfenos (Jastreboff & Hazell, 2004). No entanto, a etiologia e causas da hiperacusia são desconhecidas, não havendo na grande maioria dos casos uma explicação médica para a queixa (Jüris et al., 2013). Jastreboff e Hazell (2004) referem que pode resultar quer de alterações no

sistema auditivo, quer no central. Todavia, a presença de hiperacusia permite, no quadro da *Tinnitus Retraining Therapy* (TRT), classificar o tipo de gravidade da situação e perceber qual o envolvimento terapêutico mais eficaz (Bartnik & Skarżyński, 2005).

Há também uma forte relação entre a hiperacusia e problemas somáticos, mas igualmente com aspectos psicológicos e emocionais (Baguley & Andersson, 2010). Perturbações da ansiedade, e distúrbios da personalidade, como é o caso do neuroticismo são dos mais referidos, apresentando maior prevalência de hiperacusia do que a população geral (Jüris et al., 2013). Os indivíduos com hiperacusia apresentam valores baixos de impulsividade e de agressividade (Jüris et al., 2013).

Numa perspectiva qualitativa, vários autores definem hiperacusia como sendo situações em que o limiar de desconforto (valor em que o som se torna doloroso) é inferior a 100 dB ou 90dB para duas ou mais frequências (Herráiz et al., 2003; Herráiz, Santos, Díez, & Aparicio, 2006; Vernon, 1987). Outra forma de avaliar a hiperacusia será através do campo dinâmico, a diferença entre o valor mínimo de audição (limiar auditivo) e o valor do limiar de desconforto que será inferior a 60 dB. Isto permite classificar a hiperacusia em quatro graus, inexistente ou negativa, leve, moderada e severa (Herráiz et al., 2006).

A avaliação subjectiva da hiperacusia baseia-se no uso de escalas visuais analógicas, que variam de 0 (sem hiperacusia) a 10 [(hiperacusia insuportável) (Herráiz et al., 2003)]. Outra forma de avaliar a hiperacusia é através de questionários estruturados, que medem o desconforto e o grau de incapacidade, que se reflectem na qualidade de vida (QDV) do indivíduo (Herráiz et al., 2003; Khalfã et al., 2002). Na literatura foi encontrada referência ao Questionário para pacientes com hipersensibilidade ao som de Anari, Axelsson, Eliasson e Magnusson (1999), composto por 26 questões, ao Questionário de Hiperacusia de Khalfã et al. (2002), com 14 questões, e que apresenta uma versão traduzida e adaptada para o Português Europeu (Oliveira & Trigueiros-Cunha, 2013), o Questionário de Hipersensibilidade ao som de Nelting, Rienhoff, Hesse e Lamparter (2002), com 27 itens; e o *Multi-Activity Scale for Hyperacusis* (Dauman & Bouscau-Faure, 2005), que permite uma avaliação em diferentes ambientes.

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é um dos tratamentos de primeira linha na hiperacusia, incluindo sessões de aconselhamento, terapia de relaxamento e apresentando excelentes evidências no tratamento de alterações de ansiedade, bem como em várias patologias somáticas, apresentando igualmente bons resultados no alívio dos acufenos (Baguley, 2003; Jastreboff & Hazell, 2004; Jüris et al., 2013). Alguns autores preconizam o uso de terapia sonora, em que o som utilizado vai sendo gradualmente aumentado, dessensitivando o ouvido para o efeito dos sons de elevada intensidade (Tyler, 2005).

O uso de protectores pode ser aconselhado em algumas fases do processo terapêutico, mas pode potenciar efeitos centrais que impedem a sua compensação (Baguley, 2003; Jastreboff & Hazzell, 2004).

Assim, os objectivos do presente estudo são: a) avaliar a existência de queixas de hiperacusia em indivíduos com acufenos; e b) identificar correlatos biopsicossociais da hiperacusia.

### **Método**

Foi avaliada uma amostra de pacientes com acufenos, que também relataram maior sensibilidade a sons externos, seguidos na Consulta de Otorrinolaringologia do Hospital Militar Regional N°1 (Porto). Dos 58 pacientes com queixas de acufenos, 40 (69%) apresentavam queixas de hiperacusia, 22 eram do sexo masculino (55%), com 57,3 anos de média de idade (28-70; DP=9,56), com duração da queixa de acufenos crónicos que varia entre os 6 meses e os 40 anos (M=4,6 anos; DP=7,37), com nível de audição médio de 25,7 dB e 96,1 dB de limiar de desconforto médio.

Para a avaliação da hiperacusia foi utilizado o Questionário de Hiperacusia de Khalifa, que foi traduzido e adaptado para o português europeu por Oliveira e Trigueiros-Cunha (2013). É um questionário composto por 14 questões com quatro hipóteses de resposta, que variam de “não” até “sim muito”, com ponderação de 0 a 3 pontos, e que para além do valor da escala (0-42) total permite encontrar valores para as dimensões atenção (4 itens; 0-12), social (6 itens; 0-18) e emocional (4 itens; 0-12), correspondendo a valores mais elevados maior grau de hiperacusia. A consistência interna foi de  $\alpha=0,70$  para a

escala total,  $\alpha=0,75$  para a dimensão de atenção,  $\alpha=0,73$  para a dimensão social e  $\alpha=0,74$  para a dimensão emocional, no estudo de normalização psicométrica efectuado com 201 indivíduos (Khalfa et al., 2002). A correlação de *Pearson* entre a escala total e as três dimensões varia de moderada ( $r = 0,65$ ) para a atenção, a alta ( $r = 0,73$ ) para a dimensão social ( $p < 0,01$ ). Estes resultados são semelhantes aos obtidos pela versão original do instrumento, o que permite considerá-lo como um instrumento adequado para medir a hiperacusia na população portuguesa. O valor de corte proposto pelos autores da versão original (Khalfa et al., 2002) é de 28, o que é visto como sendo elevado por Meeus et al. (2010).

Foram igualmente utilizados um questionário sociodemográfico e clínico para recolha de informação dos pacientes, e uma bateria de questionários que consistia nas versões portuguesas do *Tinnitus Handicap Inventory* [(THI)(Oliveira & Meneses, 2006)], Brief COPE (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004), Escala de Satisfação com o Suporte Social [(ESSS)(Pais-Ribeiro, 1999)], Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde [(EAECS)(Pinto & Pais-Ribeiro, 2007)], Escala de Auto-Eficácia Geral [(EAEG)(Pais-Ribeiro, 1995)], Escala de Optimismo [(LOT-R)(Pais-Ribeiro & Pedro, 2006)], e a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar [(HADS)(Pais-Ribeiro et al., 2007)].

Por norma, o procedimento para a recolha de dados sob a forma de questionário foi a auto-administração. Após o indivíduo ter sido observado na consulta de ORL, foram realizados, de acordo com o protocolo existente no Serviço e a prescrição do respectivo médico, as medições auditivas psicoacústicas comportamentais, que incluem o audiograma tonal e vocal, a pesquisa do limiar de desconforto (sensibilidade máxima ao som), para avaliação do campo dinâmico auditivo, a medição psicoacústica dos acufenos (intensidade, frequência, tipo de som), sendo então o paciente abordado para participar no estudo, preenchendo o consentimento informado. Seguidamente era pedido ao paciente para preencher os questionários acima referidos, e para os quais foi pedida a autorização para o seu uso aos vários autores.

## Resultados

Os resultados obtidos pelo uso da versão portuguesa do Questionário de Hiperacusia de Khalfã estão apresentados na Tabela 1, apresentando uma média de 13,22 ( $dp=6,03$ ), numa escala que vai até 42, e com valor de corte de 28 (Khalfã et al., 2002).

Tabela 1 - Estatística Descritiva da Hiperacusia

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Média por item da Escala</i>
Escala atenção	36	0	7	3,06	1,79	0,77
Escala social	36	0	16	5,56	3,38	0,93
Escala emocional	36	0	11	4,61	2,28	1,15
Total hiperacusia	36	3	31	13,22	6,03	0,94
EVA de hiperacusia	40	3	10	6,42	2,27	

Nota: Quatro indivíduos referiram sensação de hiperacusia, preencheram a EVA, mas não o Questionário de hiperacusia.

Entre as várias escalas, é a escala emocional a que apresenta valores de média por item mais elevados, o que confirma que são os aspectos emocionais, ligados à componente psicológica e à forma como o problema é percebido pelo paciente, que mais perturbam os indivíduos com queixas de hiperacusia e acufenos.

Na tabela 2 apresentam-se os valores da análise de correlações entre o incómodo associado aos acufenos, avaliado através do THI e a hiperacusia, que estão presentes na escala total, e na escala emocional, não se encontrando correlações entre o incómodo dos acufenos e a escala de atenção e a escala social da hiperacusia, apesar de esta estar próximo dos valores de significância.

Tabela 2 - Correlações THI/Hiperacusia (N=36)

		<i>Escala atenção</i>	<i>Escala social</i>	<i>Escala emocional</i>	<i>Total hiperacusia</i>
Total THI	<i>rs</i>	0,153	0,323	<b>0,355</b>	<b>0,362</b>
	<i>p</i> (2-tailed)	0,373	0,055	<b>0,034</b>	<b>0,030</b>

Não se encontraram relações estatisticamente significativas entre a idade, escolaridade e a duração das queixas de acufenos e a hiperacusia, nem tão-pouco com a EVA da intensidade dos acufenos.

Na pesquisa de relações entre os valores da EVA de hiperacusia e os resultados obtidos no Questionário de Hiperacusia (Tabela 3), só nos valores da escala total e na escala social é que se encontraram relações significativas.

Tabela 3 - *Correlações EVA Hiperacusia/Hiperacusia (N=36)*

		<i>Escala atenção</i>	<i>Escala social</i>	<i>Escala emocional</i>	<i>Total hiperacusia</i>
EVA	de <i>rs</i>	0,035	<b>0,451</b>	0,144	<b>0,345</b>
hiperacusia	<i>p</i> (2-tailed)	0,839	<b>0,006</b>	0,401	<b>0,039</b>

Outro dos indicadores importantes para a avaliação da hiperacusia é o limiar de desconforto, como atrás já foi referido. A comparação entre os níveis da intensidade do desconforto e os valores do Questionário de Hiperacusia revelaram valores estatisticamente significativos para a escala social, a escala emocional e a escala total do Questionário de Hiperacusia (Tabela 4).

Tabela 4 - *Correcções limiar de desconforto/Hiperacusia*

		<i>Escala atenção</i>	<i>Escala social</i>	<i>Escala emocional</i>	<i>Total hiperacusia</i>
Limiar de	<i>rs</i>	0,015	<b>-0,384</b>	<b>-0,463</b>	<b>-0,415</b>
desconforto	<i>p</i> (2-tailed)	0,937	<b>0,033</b>	<b>0,009</b>	<b>0,020</b>

Relativamente ao nível de audição, não se encontraram valores que permitissem estabelecer a sua relação com a valorização da hiperacusia, o mesmo se passando com o sexo, estado civil, actividade profissional e situação profissional.

Os indicadores associados às variáveis psicossociais estudadas, não apresentaram correlações para a satisfação social, a auto-eficácia, a espiritualidade, o optimismo e a depressão e ansiedade, apresentando unicamente correlação entre a Hiperacusia total, escala de atenção, escala social, e o *coping*, particularmente no *coping* activo, no planejar, na reinterpretação positiva e na aceitação (cf. Tabelas 5, 6 e 7).

Tabela 5 - *Correlações Coping/Hiperacusia total (N=36)*

		<i>Planear</i>	<i>Reinterpretação positiva</i>
Total	<i>rs</i>	<b>0,360</b>	<b>0,381</b>
hiperacusia	<i>p (2-tailed)</i>	<b>0,031</b>	<b>0,022</b>

Tabela 6 - *Correlações Coping/Hiperacusia escala social (N=36)*

		<i>Coping activo</i>	<i>Planear</i>
Hiperacusia	<i>rs</i>	<b>0,351</b>	<b>0,370</b>
social	<i>p (2-tailed)</i>	<b>0,036</b>	<b>0,026</b>

Tabela 7 - *Correlações Coping/Hiperacusia escala de atenção (N=36)*

		<i>Reinterpretação positiva</i>	<i>Aceitação</i>
Hiperacusia	<i>rs</i>	<b>0,383</b>	<b>0,443</b>
atenção	<i>p (2-tailed)</i>	<b>0,021</b>	<b>0,007</b>

## Discussão

Dos resultados obtidos através do uso da versão portuguesa do Questionário de Hiperacusia de Khalfá, apresentados na Tabela 1, verifica-se que para a totalidade da Escala eles estão francamente abaixo dos valores de corte assumidos pelos autores da versão original, que segundo Meeus et al. (2010) é muito elevado, mas que poderá ser interpretado pelo facto de ser uma amostra em que a hiperacusia não é tão valorizada como a queixa dos acufenos. A escala emocional é a que apresenta valores mais elevados, numa análise relativa com as outras escalas, o que parece confirmar que são estes aspectos os que mais perturbam os indivíduos com queixas de acufenos e hiperacusia, levando a reforçar o uso da TCC como uma forma de intervir nestes pacientes, ou outras terapias na área da intervenção psicológica, de acordo com o que Baguley e Andersson (2010) sustentam para estes pacientes.

Encontraram-se correlações (Tabela 2) entre o desconforto associado aos acufenos e a hiperacusia, na escala total e na escala emocional, não se encontrando correlações entre esse desconforto causado pelos acufenos e a escala de atenção da hiperacusia, sendo que tal poderá dever-se ao facto da sua atenção estar mais focada nos acufenos. As relações encontradas, confirmam o que é referido por vários autores, nomeadamente, Baguley e Andersson (2007) e Herràiz et al. (2003), que apontam para uma elevada prevalência destes dois sintomas em conjunto, levando os resultados obtidos a supor que quanto mais grave for a queixa de acufenos, também mais incómodo causará a presença de hiperacusia ao indivíduo. Os dados da literatura referem que os pacientes com hiperacusia apresentam mais dificuldade nas interações sociais, levando mesmo ao seu evitamento (Bartnik & Skarżyński, 2005), mas a correlação encontrada para a escala social, apesar de próxima do valor de significância não o confirma ( $r=0,323$ ;  $p=0,055$ ). Todavia, no mesmo sentido, encontram-se os resultados referentes à relação entre os valores da EVA de hiperacusia e os resultados obtidos no Questionário de Hiperacusia (Tabela 3), que estão presentes nos valores da escala total e na escala social, confirmando a maior dificuldade sentida para as actividades de carácter social, não se reflectindo essa maior percepção da dificuldade nos aspectos emocionais e da atenção.

Dos resultados obtidos, parece poder concluir-se que a idade não altera a sensibilidade à presença da hiperacusia, e que uma maior escolaridade também não parece fazer com que os indivíduos alterem a sua percepção face à hiperacusia, e que a duração da queixa também não se relaciona com a sua presença.

O valor médio do limiar de desconforto é de 96,1 dB, logo situando abaixo dos 100 dB que são a referência para vários autores no que diz respeito ao limite para se considerar a presença de hiperacusia (Herràiz et al., 2003; Herràiz, et al., 2006; Vernon, 1987). Encontraram-se relações entre estes valores e os valores do Questionário de Hiperacusia que são estatisticamente significativos para a escala social (Pestana & Gageiro, 2003), a escala emocional e a escala total de Hiperacusia (Tabela 4). Sendo uma correlação de valor negativo, quanto mais baixo o limiar de desconforto, mais dificuldades o indivíduo sente nas actividades sociais, sentindo-se igualmente mais perturbado emocional e psicologicamente, sendo nestas situações de prever a necessidade de intervenção terapêutica, como é o caso da TCC, e de terapias, como a sonora que

possam melhorar a sensibilidade do paciente aos sons (Baguley, 2003; Jastreboff & Hazell, 2004; Jüris et al., 2013; Pestana & Gageiro, 2003; Tyler, 2005).

Dos resultados obtidos para as várias variáveis psicossociais avaliadas, só o *coping* apresenta relação com a Hiperacusia, utilizando mais as estratégias de planeamento, provavelmente pela necessidade que sentem de evitar ambientes onde se irão sentir expostos a elevadas intensidades de som (Bläsing et al., 2010), apresentando igualmente mais estratégias de reinterpretação positiva, tentando procurar algo positivo do problema, procurando crescer a partir dele. Na escala de atenção da hiperacusia, as relações encontradas demonstram que estes indivíduos usam estratégias como a procura de aspectos positivos, e a aceitação do problema, focando assim a sua atenção na hiperacusia, enquanto a relação para a escala social diz respeito ao *coping* activo, ou seja à procura de encontrar estratégias que levem a melhorar a situação, e ao planeamento para encontrar as estratégias mais eficazes, na procura de melhor lidar com o problema.

Estes resultados reforçam a necessidade de trabalhar as estratégias de *coping* destes indivíduos, no sentido de melhorar a forma como tentam lidar com o problema, dando-lhes estratégias cognitivas e comportamentais mais adequadas para enfrentarem a hiperacusia. Tal pode ser fornecido de várias formas, através do aconselhamento, das TCC, e mesmo através do uso de material com informações como será o caso de um manual.

Os resultados do estudo não confirmaram alguns dados da literatura, uma vez que esta refere que a hiperacusia é mais frequente no sexo feminino, nos sujeitos mais ansiosos e mais velhos (Herráiz et al., 2003; Jüris, Andersson, Larsen, & Ekselius, 2013). Tal poderá dever-se ao número relativamente reduzido da amostra, e à existência de um predomínio de indivíduos acima dos 55 anos, pelo que estes dados deverão ser confirmados num estudo futuro com uma amostra diferente, confirmando se esta discrepância se pode justificar pelo facto de ser uma amostra em que estão hiperacusia e acufenos em conjunto.

## Conclusão

Os resultados obtidos foram inferiores aos valores de corte propostos pelos autores, o que será indicador de que estávamos perante uma amostra que apresentava valores pouco elevados de hipersensibilidade ao som, ou que a presença dos acufenos poderia ser mais valorizada que a hiperacusia. Confirmou-se a relação entre os valores do incómodo associado aos acufenos, medidos pelo THI e as queixas de hiperacusia, bem como entre estas e o limiar de desconforto. Dos restantes valores obtidos, verificou-se uma relação entre os valores obtidos na escala social e na escala de atenção, bem como no *score* total do Questionário de Hiperacusia e algumas estratégias de *coping*, o que poderá ser um indicador para a utilidade da melhoria dessas estratégias de *coping* em pacientes com hiperacusia e acufenos. Para tal poderá ser útil estruturar um material físico de tipo manual com informações relativas a informações sobre as causas e consequências da presença dos acufenos, relacionando esse facto com a hiperacusia, e com a indicação de estratégias para melhor enfrentar as queixas que o paciente apresenta. Este aspecto será alvo de um estudo posterior.

## Referências Bibliográficas

- Anari, M., Axelsson, A., Eliasson, A. & Magnusson, L. (1999). Hypersensitivity to sound: Questionnaire data, audiometry and classification. *Scandinavian Audiology*, 28, 219-30.
- Andersson G., Lindvall, N., Hursti, T. & Carlbring, P. (2002). Hypersensitivity to sound (hyperacusis): a prevalence study conducted via the Internet and post. *International Journal of Audiology*, 41(8), 545-554.
- Baguley, D. M. (2003). Hyperacusis. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96, 582-585.
- Baguley, D. M. & Andersson, G. A. (2007). *Hyperacusis: Mechanisms, Diagnosis, and Therapies*. Oxfordshire, Plural Publishing.
- Baguley, D. M. & McFerran, D. J. (2011). Hyperacusis and disorders of loudness perception. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, D. de Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 13-23). New York: Springer.
- Bartnik, G. M. & Skarżyński, H. (2005). Tinnitus Retraining Therapy. In R. S. Tyler (Ed.), *Tinnitus Treatments: Clinical Protocols* (pp. 133-145). New York: Thieme.

- Bläsing, L., Goebel, G., Flötzing, U., Berthold, A. & Kröner-Herwig, B. (2010). Hypersensitivity to sound in tinnitus patients: An analysis of a construct based on questionnaire and audiological data. *International Journal of Audiology*, 49(7), 518–526.
- Bradley, M. P. & Lang, P. J. (2000). Affective reactions to acoustic stimuli. *Psychophysiology*, 37, 204-215.
- Dauman, R., & Bouscau-Faure, F. (2005). Assessment and amelioration of hyperacusis in tinnitus patients. *Acta Otolaryngologica*, 125(5), 503-509.
- Eggermont, J., J. (2007). Pathophysiology of tinnitus. *Progressive Brain Research*, 166, 19-35.
- Herráiz, C., Calvin, J. H., Plaza, G., Toledano, A. & de los Santos, G. (2003). Estudio de la hiperacusia en una unidad de acúfenos. *Acta Otorrinolaringologica Española*, 54(9), 617-22.
- Herráiz, C., Santos, G., Diges, I., Diés, R. & Aparício, J. M. (2006). Evaluación de la hiperacusia: test de hipersensibilidad al sonido. *Acta Otorrinolaringologica Española*, 57(7), 303-306.
- Jastreboff, P. J. & Hazell, J. W. P. (2004). *Tinnitus Retraining Therapy: Implementing the Neurophysiological Model*. Cambridge University Press.
- Jüris, L., Andersson, G., Larsen, H. C. & Ekselius, L. (2013). Psychiatric comorbidity and personality traits in patients with hyperacusis. *International Journal of Audiology*, 52(4), 230-235.
- Khalfá, S., Dubal, S., Veillet, E., Perez-Diaz, F., Jouvent, R. & Collet, L. (2002). Psychometric Normalization of a Hyperacusis Questionnaire. *ORL*, 64, 436- 442.
- Laranjeira, C. A. (2008). Tradução e validação portuguesa do revised life orientation test (LOT-R). *Universitas Psychologica*, 7(2), 469-476.
- Meeus, O. M., Spaepen, M., De Ridder, D. & Van de Heyning, P. H. (2010). Correlation between hyperacusis measurements in daily ENT practice. *International Journal of Audiology*, 49(1), 7-13.
- Møller, A., R. (2011). Misophonia, phonophobia and “exploding head” syndrome. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 25-27). New York: Springer.
- Nelting, M., Rienhoff, N. K., Hesse, G., & Lamparter, U. (2002). The assessment of subjective distress related to hyperacusis with a self-rating questionnaire on hypersensitivity to sound. *Laryngorhinootologie*, 81, 32–34.
- Oliveira, V., & Meneses, R. (2006). 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. & Trigueiros-Cunha, N. (2014). Characteristics of Hyperacusis complaints in tinnitus patients. *Conference programme and abstract book of British Academy of Audiology Conference 2014* (p. 65). Bournemouth, Reino Unido.
- Oliveira, V., & Trigueiros-Cunha, N. (2013). Khalifa's Hyperacusis Questionnaire: Portuguese Version. In *Abstract book of 1st International Conference on Hyperacusis*. London, Reino Unido.
- Pais-Ribeiro, J. L. (1995) Adaptação de uma escala de avaliação da auto-eficácia geral. In: L. Almeida e I. Ribeiro (Eds.). *Avaliação Psicológica: formas e contextos* (pp.163-176). Braga: APPORT
- Pais-Ribeiro, J. L. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(XVII): 547-558.
- Pais-Ribeiro, J., & Pedro, L. (2006). Contribuição para a análise psicométrica e estrutural da escala revista de avaliação do optimismo (escala de orientação para a vida revista -Lot-R) em doentes com esclerose múltipla. In I. Leal, J. L. Pais-Ribeiro e S. Neves (Eds.), *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.133-139). Faro: Universidade do Algarve.
- Pais-Ribeiro, J. L., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do Coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doença*, 5(1), 3-15.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology. Health & Medicine*, 12 (2), 225-237.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS* (3ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinto, C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2007). Construção de uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde. *Arquivos de Medicina*, 21 (2), 47-53.
- Tyler, R. S. (2005). Neurophysiological models, psychological models, and treatment for tinnitus. In R. S. Tyler (Ed.), *Tinnitus Treatments: Clinical Protocols* (pp. 1-22). New York: Thieme.
- Vernon, J. A. (1987). Pathophysiology of tinnitus: A special case – hyperacusis and a proposed treatment. *American Journal of Otology*, 8, 201-202.



## Capítulo 7

### Artigo 6 – Características do *Coping* em indivíduos com acufenos

#### Resumo

O *coping* caracteriza-se por ser um conjunto de estratégias comportamentais e cognitivas utilizadas pelo indivíduo no sentido de controlar ou reduzir os efeitos associadas a situações de *stress*, que se enquadram nos estilos de *coping* que estão de acordo com as características da sua personalidade. As estratégias de *coping* são um mecanismo psicológico que permite ao indivíduo reagir às situações que se lhe deparam, particularmente as situações inesperadas, as que lhe causam algum desconforto, ou que acha que não pode controlar, como é o caso dos acufenos, sendo utilizadas no sentido de procurar lidar com elas o melhor possível.

O objectivo do estudo é caracterizar as estratégias de *coping* usadas por indivíduos com queixas de acufenos e explorar a sua relação com variáveis sociodemográficas e clínicas que integram o estudo.

As estratégias de *coping* que os elementos da amostra referem utilizar mais são a aceitação e o planejar, o que está de acordo com o facto de ser uma situação crónica, existente à pelo menos seis meses, mas para a qual o indivíduo ainda procura a forma mais eficaz de lidar. As estratégias de *coping* activo são igualmente referidas como sendo usadas com frequência, e como se verificou a necessidade de trabalhar as crenças do indivíduo, no sentido de desmistificar as crenças negativas, procurando reduzir assim a ansiedade associada à presença dos acufenos, poderá ser importante no processo terapêutico, aproveitar as acções e os esforços que o paciente realiza para melhorar a sua situação, dirigindo-as para esse mesmo processo terapêutico.

**Palavras-Chave:** acufenos, Brief COPE, *coping*, estratégias de *coping*,

### *Coping*

O *coping* é definido por Lazarus e Folkman como um conjunto dinâmico de esforços comportamentais e cognitivos, usados no sentido de adequar a resposta a exigências internas ou externas específicas que ultrapassam os recursos do indivíduo, ou seja, a forma como enfrenta os vários desafios que se lhe deparam no sentido de os ultrapassar ou resolver (Antoniazzi, Dell’Aglío, & Bandeira, 1998; Pais-Ribeiro, 2009; Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Pais-Ribeiro (2009), p.e., menciona que “*Coping* refere-se aos esforços para controlar, reduzir, ou tolerar as exigências criadas pelo *stress*” (p. 28). Reflectindo acções, comportamentos ou pensamentos que são utilizado pelo indivíduo para lidar com o agente *stressor*, focalizando-se a um nível emocional e/ou somático, e sendo importante nas respostas às dificuldades sentidas pelo indivíduo no seu dia-a-dia (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, & Gruen, 1986). Antoniazzi et al., (1998) apresentam várias definições e modelos de *coping* que foram sendo apresentados ao longo dos tempos, aos quais correspondem vários estilos e estratégias.

Greiner e Kroner-Herwig (2011) referem que mais do que o sintoma em si, nos acufenos, é a reacção do indivíduo que diferencia aquele que convive com o sintoma do que procura qualquer tipo de ajuda médica ou psicológica. Heinecke, Weise, Schwarz e Rief (2008) procuraram encontrar aspectos fisiológicos e psicológicos associados a respostas ao *stress* causado pela presença dos acufenos. No seu trabalho, os indivíduos com acufenos apresentaram uma menor adequação na avaliação da exposição a situações de *stress*, no entanto, a reactividade fisiológica estava só ligeiramente afectada. Para estes autores, os programas de intervenção em acufenos deveriam considerar a intervenção nesses processos de avaliação, bem como nos mecanismos de *coping* em situações de *stress*. Será igualmente importante informar os pacientes de que existem muitos indivíduos que lidam eficazmente com os acufenos (Greiner & Kroner-Herwig, 2011). Da pesquisa efectuada, foram encontrados 173 artigos que referiam acufenos e *coping*, mas destes só 13 abordavam directamente o *coping* enquanto constructo teórico e relacionado com os acufenos.

Ao falar de *coping*, é preciso distinguir entre estilos de *coping*, mais relacionados com as características da personalidade, que são processos automáticos mas conscientes, e as estratégias de *coping*, associadas às acções cognitivas e comportamentais tomadas de

forma consciente no decurso de uma situação específica de *stress*, e que surgem após o indivíduo avaliar essa situação, sendo que a repetição dessas estratégias levam ao estilo de *coping* (Antoniazzi et al., 1998; Pais-Ribeiro, 2009; Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004). As estratégias de *coping* podem ser agrupadas em três categorias, que são o *coping* focado no significado, que procura encontrar o sentido e compreender o problema, redefinindo-o cognitivamente, o *coping* centrado no problema, com uma componente mais prática, e que promove acções para enfrentar a fonte de *stress*, e o *coping* centrado nas emoções, que tem como principal função reduzir os níveis de ansiedade, explorando os aspectos positivos da adaptação e resposta às situações adversas ou *stressantes* (Bennett, 2002; Folkman et al., 1986; Pais-Ribeiro, 2005). A estes mecanismos, podem-se acrescentar os mecanismos de defesa, que são mais inconscientes, mas importantes em situações de doença (Pais-Ribeiro, 2005; 2009).

Folkman e colaboradores (1986) identificam oito formas de *coping*, que são autocontrolo, suporte social, fuga / evitamento, resolução planeada do problema, reavaliação positiva, assumir a responsabilidade, confrontação e evitamento. Todas as pessoas utilizam estas estratégias, umas mais do que outras, sendo tanto mais eficazes quanto maior for a redução dos factores de *stress* no indivíduo (Pais-Ribeiro, 2009). Uma vez que o *coping* é visto como um processo fundamental para o ajustamento ou adaptação às situações *stressantes* que vão surgindo ao indivíduo, as estratégias de *coping* recorrem igualmente a aspectos como a auto-eficácia, o suporte social, o optimismo ou a espiritualidade (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004). Folkman e Moskowitz (2000) referem que as funcionalidades do *coping* se reflectem em vários aspectos, que são: (1) o apresentar múltiplas funções, não se resumindo à gestão das situações promotoras de *stress*, (2) ser influenciado pela forma como o contexto é avaliado e a forma como poderá presumivelmente ser controlado, (3) ser influenciado pelas características da personalidade, e (4) ser influenciado pelos recursos sociais.

Para avaliar a forma como os indivíduos enfrentam e lidam com situações negativas e *stressantes*, é importante recorrer a instrumentos válidos e fiáveis, retirando dessa avaliação associações entre o *coping* e a situação em causa (Fonte & Martins, 2006). Existem vários instrumentos, o que dificulta o entendimento da estrutura e do que é o *coping* (Antoniazzi et al., 1998).

Pais-Ribeiro (2005) refere que as variáveis psicológicas estão estreitamente relacionadas com a saúde e a doença, mesmo em áreas que aparentemente não estão directamente relacionadas com os mecanismos psicológicos, como é o caso da percepção de acufenos, como reforçam Sirois, Davis e Morgan (2006). É comum encontrar referência ao facto de os acufenos terem efeitos adversos na vida dos indivíduos (Sirois et al., 2006). Os indivíduos com acufenos desenvolvem com frequência distorções cognitivas, nas quais se encontram pensamentos catastróficos para os quais a terapia cognitiva-comportamental poderá ser de grande utilidade (Folmer, Martin, She, & Edlefsen, 2006; Greimel & Kroner-Herwig, 2011). Vários estudos de revisão verificaram que os indivíduos com acufenos crónicos apresentam uma reacção ao *stress* semelhante a de indivíduos com outros problemas de saúde crónicos, a personalidade do indivíduo e a sua sensibilidade à ansiedade interferem com a reacção à presença dos acufenos, os indivíduos que melhor aceitam a presença dos acufenos são menos afectados, e que os tratamentos cognitivo-comportamentais, o relaxamento, o treino do controle da atenção e actividades de aceitação tendem a reduzir o mal-estar associado à presença dos acufenos (Greimel & Kroner-Herwig, 2011; Malouff, Schutte, & Zucker, 2011).

Andersson (2002) chama a atenção para o facto de a ansiedade e depressão serem dois aspectos psicológicos e emocionais, entre outros, que estão intrinsecamente associados à presença de desconforto e mal-estar associados aos acufenos, mas igualmente às situações de dificuldades auditivas com audição normal, como referido por King e Stephens (1992), resultando daqui a necessidade de perceber que características psicológicas, onde se incluem as estratégias de *coping*, influenciam de forma mais evidente a percepção da gravidade dos acufenos. As características da personalidade do sujeito, são importantes para perceber como irá reagir à presença dos acufenos, e de que forma irá lidar com a componente emocional a eles associada, o que se reflecte nas estratégias de *coping* por ele utilizadas (Vallianatou, Christodoulou, Nestoros, & Helidonis, 2001).

Pode-se acrescentar que se encontram dificuldades na capacidade de concentração e na resolução dos problemas nestes indivíduos, que por vezes sentem que não têm o apoio necessário, sentindo-se isolados, representando um desafio importante na forma de lidar, ou seja, no *coping* com estas situações (Sirois et al., 2006).

Revelando a importância que é dada ao *coping* associado aos acufenos, existe um questionário específico, que é o *Tinnitus Coping Style Questionnaire* (TCSQ), desenvolvido por Budd e Pugh em 1996, focando-se especificamente nas estratégias de *coping* usadas pelos pacientes com acufenos, mostrando-se um auxiliar importante quando se está perante um programa terapêutico que inclua uma abordagem cognitiva-comportamental (Langguth, Searchfield, Biesinger, & Greimel, 2011).

Budd e Pugh (1996) utilizando o TCSQ, verificaram uma relação entre o *coping* mal-adaptado e a percepção subjectiva da gravidade dos acufenos, algo que não existe quando as estratégias de *coping* utilizadas são eficazes. Estes resultados parecem confirmar a utilidade da terapia psicológica, particularmente no que respeita à intervenção nas estratégias de *coping* utilizadas pelo paciente. Adicionalmente, Dineen, Doyle e Bench (1997) verificaram que as estratégias de *coping* usadas para lidar com os acufenos nem sempre eram eficazes e estavam relacionadas com as crenças sobre os próprios acufenos. Particularmente nas situações em que os acufenos são acompanhados por alterações de audição e desequilíbrios, o doente tenta tudo para o eliminar, e quando não o consegue a sensação de desânimo apodera-se do indivíduo e este percebe que está perante uma situação crónica (Malouff et al., 2011). O uso pouco eficaz dos seus recursos de *coping* leva a que os acufenos sejam acompanhados por emoções negativas a eles associadas. Assim, um “mau” *coping* leva a uma falta de controlo sobre o som e uma incapacidade para que o sujeito promova a habituação à presença dos acufenos (Greimel & Kroner-Herwig, 2011).

No entanto, os indivíduos podem aprender quais as estratégias de *coping* que lhes serão mais ajustadas, para determinadas situações específicas, aprendendo igualmente a utilizá-las de forma mais eficaz, descartando as que não o são, no pressuposto de que se está perante um processo dinâmico (Antoniazzi et al., 1998; Folkman et al., 1986; Pais-Ribeiro, 2009; Pais-Ribeiro e Rodrigues, 2004). Deve-se no entanto perceber que uma estratégia de *coping* não pode ser considerada estruturalmente boa ou má, uma vez que é preciso considerar qual o mecanismo gerador de *stress*, bem como os recursos de *coping* disponíveis e o resultado decorrente do esforço do indivíduo (Antoniazzi et al., 1998).

Stobik, Weber, Münte, Walter e Frommer (2005) compararam um grupo de indivíduos com “acufenos compensados” que não perturbam o indivíduo, com outro grupo de

indivíduos com “acúfenos descompensados”, e verificaram que estes últimos apresentavam maiores dificuldades na interação social, nível de depressão mais elevado, e utilizavam técnicas de controlo (*coping*) dos acúfenos menos eficazes. No mesmo sentido, encontra-se o estudo de D'Amelio, Archonti, Falkai, Plinkert e Delb (2004) que aponta para uma elevada correlação entre o nível de depressão do paciente e o uso de estratégias de *coping* disfuncionais, concluindo que quanto mais rápida for a intervenção de tipo psicológico, melhor será o seu prognóstico.

Aspectos como as auto-instruções e a representação da doença são aspectos fundamentais para melhorar o ajustamento do paciente aos seus acúfenos, sendo alvo prioritário das estratégias de tratamento psicológico e psicoterapêutico, e não só nos acúfenos, mas em perturbações auditivas em geral, sobretudo com audição normal, onde o ensinamento de estratégias de *coping* adaptativas é visto como parte do processo terapêutico, fazendo parte das estratégias de aconselhamento utilizadas (King & Stephens, 1992; Searchfield, Magnusson, Shakes, Biesinger, & Kong, 2011; Vollmann, Kalkouskaya, Langguth, & Scharloo, 2012). Num trabalho de Folkmann e colaboradores, em 1986, verificou-se que quer o uso de estratégias de *coping* activo, quer passivo mais eficazes, entre as quais se encontrava o suporte social, permitiam obter resultados mais favoráveis no *coping* com a doença, e que a sua eficácia dependia quer do estadió, quer do tipo de doença (Bennett, 2002). Existem igualmente referências ao uso de sistemas acústicos, como os geradores de som, utilizados naquilo que os autores chamam “tinnitus coping therapy” que poderão ser úteis e coadjuvar as psicoterapias, como no caso da Terapia Cognitivo-Comportamental (Caffier, Haupt, Scherer, & Mazurek, 2006).

A relação entre Qualidade de Vida e *coping* tem sido encontrada em diversas amostras clínicas, levando os autores a defender que os profissionais de saúde devem apoiar a utilização de estilos de *coping* eficazes (p.e., He & Liu, 2005). No caso de indivíduos com acúfenos, Roggerone (2010) identificou o *coping* como um preditor da Qualidade de Vida<sup>23</sup>.

Destes aspectos, e assumindo que o aumento e melhoria da informação sobre as estratégias de *coping* a utilizar nas situações de queixas de acúfenos seriam importantes para que o indivíduo fosse capaz de as utilizar para tentar minorar os seus efeitos

---

<sup>23</sup> Ver Artigo 11.

negativos, e mesmo o desconforto associado aos acufenos, Malouff e colaboradores (2010) estruturaram um material físico, de tipo manual, que o paciente com acufenos poderia consultar sempre que tivesse necessidade, de forma a utilizar estratégias mais eficazes nessas situações. Podem-se encontrar três aspectos a explorar, que passam por o indivíduo ser mais do que o diagnóstico e o problema de saúde em si, percebendo-se como um todo, conseguindo ter o controlo da sua vida, e por inerência do problema que o afecta, tendo em conta as características inter e intra-individuais do sujeito (Folkman et al., 1986; Langeland, Wahl, Kristoffersen, & Hanestad, 2007). Pretende-se que o paciente aceite os seus acufenos, abandonando as ideias negativas a eles associadas, diminuindo o *stress* que lhe é inerente, utilizando estratégias de *coping* mais eficazes, mais adaptativas (Folmer et al., 2006; Langeland et al., 2007; Searchfiel et al., 2011).

Num estudo efectuado por Oliveira, Meneses e Trigueiros-Cunha (2014), verificou-se uma correlação estatisticamente significativa entre os valores da intensidade dos acufenos percebida pelos indivíduos, e reportada numa Escala Visual Analógica (EVA), e os valores do *coping*, obtidos através do uso da versão portuguesa do Brief COPE, à qual não correspondia uma melhoria da percepção dos sintomas, permitindo assumir que as estratégias de *coping* utilizadas não são eficazes.

Num estudo efectuado com uma amostra de pacientes oncológicos, os homens parecem apresentar estratégias de *coping* mais eficazes do que as mulheres, estratégias essas que se mostram importantes para lidarem com o suporte e as crenças de ser possível enfrentar o problema, promovendo o ajustamento ao problema oncológico que o indivíduo enfrenta (Soares, Moura, Carvalho, & Baptista, 2000).

Recentemente tem surgido um conjunto de novas abordagens, como a Psicologia Positiva, o *Empowerment*, a Resiliência e a Salutogénese, que poderão ser importantes no processo de recuperação neste tipo de situações (Langeland et al., 2007).

Dos dados exposto anteriormente, os objectivos do presente estudo são: caracterizar as estratégias de *coping* usadas por indivíduos com queixas de acufenos e explorar a sua relação com variáveis sociodemográficas e clínicas.

## Método<sup>24</sup>

### Resultados

O instrumento de avaliação do *coping* utilizado foi o Brief COPE (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004), descrito no capítulo 4, tendo-se verificado na presente amostra que para cada uma das 14 subescalas, a consistência interna foi superior à obtida pelos autores da versão portuguesa, tendo o alfa de *Cronbach* variando entre 0,84 e 0,87. Os resultados obtidos para as várias subescalas do Brief COPE estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Estatística descritiva Brief COPE (N = 58)

	Mínimo	Máximo	M	dp
Coping Activo	0	6	2,38	1,694
Planear	0	6	2,41	1,665
Suporte instrumental	0	6	1,74	1,607
Suporte emocional	0	6	1,52	1,719
Religião	0	6	1,72	1,824
Reinterpretação positiva	0	6	2,24	1,502
Auto-culpabilização	0	5	1,00	1,351
Aceitação	0	6	2,95	1,761
Expressão de sentimentos	0	5	1,81	1,277
Negação	0	6	1,29	1,451
Auto-distracção	0	6	1,78	1,665
Desinvestimento comportamental	0	4	1,00	1,185
Uso de substâncias	0	5	0,28	0,854
Humor	0	6	1,40	1,622

De referir que, da análise dos resultados, verifica-se que em todas as subescalas se obteve o valor mínimo possível (0), sendo indicador de que para todas as acções de *coping* possíveis, houve algum elemento da amostra que referiu não as utilizar. Em quatro das subescalas não foi atingido o valor máximo, o que aconteceu na auto-culpabilização, na expressão de sentimentos, no desinvestimento comportamental e no uso de substâncias.

---

<sup>24</sup>Os dados referentes ao método geral encontram-se no capítulo 4. Serão incluídos no artigo a publicar o procedimento e material específicos relativos ao *coping*.

As estratégias referidas como mais frequentemente utilizadas foram a aceitação, o planejar e o *coping* activo, e as menos referidas, o uso de substâncias, a auto-culpabilização e o desinvestimento comportamental.

Analisaram-se relações entre as várias estratégias de *coping* avaliadas e as diversas variáveis sociodemográficas e clínicas em estudo.

Através da correlação de *Spearman*, foi possível verificar que o nível de audição e a idade não apresentaram correlações estatisticamente significativas com as estratégias de *coping*, o mesmo se passando com a escolaridade, ainda que se tivessem identificado valores próximos da significância estatística nas correlações entre a escolaridade e a religião ( $rs(58)=-0,256$ ;  $p=0,056$ ), e entre a duração da queixa de acufenos e o desinvestimento comportamental ( $rs(58)=-0,253$ ;  $p=0,055$ ).

A EVA para a avaliação da intensidade dos acufenos, apresentou correlações estatisticamente significativas com o suporte instrumental, o suporte emocional, a auto-culpabilização e a auto distração, de acordo com a Tabela 2.

Tabela 2 - Correlações da EVA da intensidade dos acufenos com o *coping* (N=58)

		<i>Suporte instrumental</i>	<i>Suporte emocional</i>	<i>Auto-culpabilização</i>	<i>Auto-distração</i>
EVA da intensidade dos acufenos	<i>rs</i>	0,357	0,275	0,378	0,318
	<i>p (2-tailed)</i>	0,006	0,036	0,003	0,015

Relativamente à variável sexo, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em relação à religião e auto-culpabilização (Tabela 3), através do uso do teste U de Mann-Whitney.

Tabela 3 – Relação entre o *coping* e o sexo (N=58)

		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>p</i>
Religião	Feminino	21	3,43	0,013
	Masculino	37	1,80	
Auto-culpabilização	Feminino	21	2,42	0,007
	Masculino	37	0,95	

Ainda através do teste U de Mann-Whitney, não foram encontradas relações estatisticamente significativas entre o *coping* e o estado civil, sendo encontradas entre o *coping* religioso e a situação profissional ( $p=0,002$ ).

### Discussão

Em todas as subescalas verifica-se que pelo menos um indivíduo da amostra refere não utilizar a acção de *coping* avaliada, o que permite sugerir a necessidade de intervenção, de modo a ampliar o repertório do(s) indivíduo(s).

Ao analisar as subescalas em que não foi atingido o valor máximo, verifica-se que tal não é negativo, pois na auto-culpabilização permite perceber que os indivíduos não tendem a culpabilizar-se pelo sucedido, no desinvestimento comportamental que ainda se esforçam, não desistindo de melhorar a sua situação, e no uso de substâncias, estas não são vistas como um escape para o problema, particularmente o álcool e outras drogas/comprimidos. Na expressão de sentimentos, se por um lado não expressa o seu aborrecimento/emoções aos outros, tal pode revelar uma maior dificuldade em procurar apoio junto dos outros para o seu problema.

A subescala que apresenta valores mais baixos é a do uso de substâncias, o que parece estranho, uma vez que grande parte destes pacientes fazia medicação. No entanto, não sendo uma medicação específica para os acufenos, não era por eles interpretada como estando relacionada com os acufenos, talvez por isso não percepcionassem, ou assumissem o uso de substâncias para melhor lidar com o problema. De seguida, como as estratégias de *coping* menos utilizadas, encontram-se a auto-culpabilização, o que faz pensar que os pacientes não se sentiam culpados pelo problema, mesmo os que referiram elevada exposição prévia ao ruído, característica de vários elementos da amostra, nem se autocriticavam, e o desinvestimento comportamental, o que faz prever que são indivíduos que apresentavam ainda esperança de melhorar o problema, sendo elementos que poderiam estar interessados em novas abordagens terapêuticas, mesmo que já tivessem efectuado algumas.

No pólo oposto, aquela que foi referida como sendo usada com mais frequência é a aceitação, mostrando que estes indivíduos já estão na fase em que aceitam o problema, o

que não é estranho, uma vez que para fazer parte da amostra deviam ter os acufenos há pelo menos seis meses, e a seguinte é o planear e pensar ou encontrar estratégias e acções tendentes a controlar ou melhorar o problema, estando igualmente próximo deste o *coping* activo, que se centra concentrar os esforços, ou tomar medidas para melhor enfrentar a situação. Estes dados parecem pressupor a existência de um processo adaptativo do uso do *coping*, que poderá ser útil num eventual procedimento terapêutico.

Ainda que sem atingir a significância estatística, verificou-se que quanto menor a escolaridade maior o recurso ao *coping* religioso, o que poderá estar ligado à existência de menos recursos para lidar com a situação, e quem tinha os acufenos há mais tempo apresentava menor desinvestimento, o que parece demonstrar que apesar do perpetuar do problema os pacientes não desistem de procurar atingir o objectivo, neste caso lidar o melhor possível com o problema.

Os valores para a EVA da intensidade dos acufenos percebida pelo paciente revelaram relação com o suporte instrumental, sendo que quem percepcionava uma maior intensidade dos acufenos procurava mais apoio, mais informações sobre o problema, sendo um aspecto que poderá ser importante do ponto de vista terapêutico para a adesão do paciente à terapia, o mesmo se passando para o suporte emocional, em que o indivíduo procurava a simpatia e a compreensão emocional de quem lhe era próximo. Quanto maior intensidade percebida dos acufenos, maior a auto-culpabilização, o que, à luz da literatura consultada (Dinnen et al., 1997), pode ser devido às crenças negativas associadas à presença dos acufenos e à possibilidade de se ter feito algo de errado, sendo importante intervir nessas cognições do indivíduo. Ainda em relação à percepção da intensidade dos acufenos medida pela EVA, verificou-se correlação com a auto-distracção, ou seja, a tentativa de utilizar estratégias para não pensar no problema, como ver TV, ir ao cinema, ir às compras, entre outras, procurando assim controlar o problema, o que pode ser entendido como procurando “abafar” os seus acufenos, emergindo em situações onde existe ruído e actividades que os fazem estar despercebidos, algo que vai de encontro à proposta de Caffier et al. (2006), que refere o uso de sistemas para mascarar os acufenos.

No que se refere ao sexo, verificou-se que as mulheres recorriam mais às estratégias de *coping* religioso, o que está de acordo com o que é socialmente expectável face à faixa

etária da amostra, com média na quinta década de vida ( $M=55$  anos), nível de escolaridade relativamente baixo e distribuição de actividades da amostra, com um número importante de domésticas (20,7%) na amostra (Pargament, 1997). Eram também quem mais usava a auto-culpabilização e a autocrítica, o que pode ser interpretado como estando relacionado com uma percepção de menor autocontrolo da sua vida.

Existe também relação entre o *coping* religioso e a situação profissional, verificando-se que os indivíduos que estavam na reforma ou com pensão de invalidez utilizavam mais essa estratégia que os outros, o que se pode dever a vários aspectos, como a faixa etária e a disponibilidade de tempo.

O facto de ter sido utilizado um instrumento geral para a avaliação do *coping* pode ter condicionado os resultados obtidos, uma vez que algumas escalas poderiam não estar bem dirigidas para o problema, ou mesmo a forma como o indivíduo é instruído a responder ao questionário. Para tal, seria útil ter um instrumento específico para avaliar o *coping* de indivíduos com acufenos.

### **Conclusão**

Para todas as acções de *coping* avaliadas, houve sempre pelo menos um elemento da amostra que respondeu não as utilizar, o que sugere a necessidade de promover o uso de estratégias de *coping*, e de as tornar mais eficazes. Dos resultados encontrados neste estudo, verifica-se que o uso de estratégias de *coping* activo era bastante comum, pelo que será importante do ponto de vista terapêutico utilizar esta predisposição dos pacientes para melhorar a eficácia da intervenção.

Pode-se concluir que os resultados obtidos, e a falta de ajustamento à presença dos acufenos, podem estar relacionados com o facto de as estratégias de *coping* que os indivíduos utilizam não serem as mais eficazes para lidarem com o seu problema, pelo que será de planear um tipo de intervenção nesta área, promovendo a melhoria do uso de estratégias que pudessem levar o indivíduo a melhor lidar com os seus acufenos.

Será importante trabalhar as crenças que o indivíduo apresenta, de forma a desmistificá-las, dando-lhe informações que o tranquilizem e lhe diminuam a ansiedade (Folkman et al., 1986).

Uma das estratégias referidas na bibliografia, e que pode ser eficaz na melhoria do *coping* destes indivíduos, será o recurso a um manual com informações sobre o problema, e com a explicação de estratégias a utilizar para melhor lidar com os acufenos (Malouff et al., 2010).

Será importante, num estudo futuro, utilizar um manual desenvolvido para o efeito com as informações atrás mencionadas e avaliar de que forma a sua utilização poderá melhorar quer a eficácia das estratégias de *coping* utilizadas, diminuindo a gravidade percebida dos acufenos sentidos pelos pacientes.

Para melhor avaliar o *coping* de indivíduos com acufenos, e avaliar os efeitos das várias intervenções utilizadas com estes pacientes, será interessante, num estudo futuro, a utilização de um instrumento do *coping* específico, como será o caso do TCSQ, que deverá ser traduzido, adaptado e validado para a população portuguesa.

### Referências bibliográficas

- Andersson, G. (2002). Psychological aspects of tinnitus and the application of cognitive-behavioral therapy. *Clinical Psychological Review*, 22, 977-990.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294.
- Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- 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.
- Caffier, P.P., Haupt, H., Scherer, H., & Mazurek, B. (2006). Outcomes of long-term outpatient tinnitus-coping therapy: psychometric changes and value of tinnitus-control instruments. *Ear Hear*, 27(6):619-27.
- D'Amelio, R., Archonti, C., Falkai, P., Plinkert, P. K., & Delb, W. (2004). Akuter tinnitus. *HNO*, 52, 599-603.

- Dineen, R., Doyle, J., & Bench, J. (1997). Audiological and Psychological characteristics of a group of tinnitus sufferers, prior to Tinnitus Management Training. *British Journal of Audiology*, 31(1), 27-38.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55(6), 647-654.
- Folmer, R. L., Martin W. H., Shi, Y., & Edlefsen, L.L. (2006). Lifestyle changes for tinnitus self-management. In R.S. Tyler, *Tinnitus treatment: clinical protocols* (pp. 176-186). New York: Thieme.
- Fonte, M. A., & Martins, A. (2006). Adaptação à população portuguesa de uma Escala de Estilos de Coping (CISS): Estudo preliminar. In C. Machado, L. S. Almeida, M. Gonçalves, V. Ramalho (Coords.), *Actas da XI Conferência Internacional - Avaliação Psicológica: Formas e contexto*, 1061-1067. Braga: Data Editora.
- Greimel, K. V., & Kroner-Herwig, B. (2011). Tinnitus from the perspective of the psychologist. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 223-228). New York: Springer.
- He, G., & Liu, S. (2005). Quality of Life and Coping Styles in Chinese Nasopharyngeal Cancer Patients after Hospitalization. *Cancer Nursing*, 28(3), 179-186.
- Heinecke, K., Weise, C., Schwarz, K., & Rief, W. (2008). Physiological and psychological stress reactivity in chronic tinnitus. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 179-88.
- King, K., & Stephens, D. (1992). Auditory and Psychological Factors in 'Auditory Disability with Normal Hearing'. *Scandinavian Audiology*, 21(2), 109-114.
- Langeland, E., Wahl, A. K., Kristoffersen, K., & Hanestad, B. R. (2007). Promoting coping: Salutogenesis among people with mental health problems. *Issues in Mental Health Nursing*, 28(3), 275-295.
- Langguth, B., Searchfield, G. D., Biesinger, E., & Greimel, K. V. (2011). History and Questionnaires. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 387-404). New York: Springer.
- Malouff, J. M., Noble, W., Schutte, N. S., & Bhullar, N. (2010). The effectiveness of bibliotherapy in alleviating tinnitus-related distress. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 245-251.
- Malouff, J. M., Schutte, N. S. & Zucker, L. A. (2011). Tinnitus-related distress: A review of recent findings. *Current Psychiatry Reports*, 13, 31-36.
- Oliveira, V., Meneses, R., & Trigueiros-Cunha, N. (2014). Correlates of Coping in individuals with tinnitus. *World Academy of Science, Engineering and Technology (WASET)*, 8(1), 134-136.

- Pais-Ribeiro, J. L. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto,.
- Pais Ribeiro, J.(2009). *Coping: estratégias para redução do stress*. *Executive Health and Wellness*,1(9), 28-29
- Pais-Ribeiro, J. L., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do *Coping*: A propósito do estudo de adaptação do *Brief Cope*. *Psicologia, Saúde & Doença*, 5(1), 3-15.
- Pargament, K. I. (1997). *The Psychology of religion and coping*. New York: Guilford Press.
- Roggerone,M. (2010). Determinants of ‘tinnitus’ impact in Quality of Life in an outpatient clinic protocol. Consultado em 18 de Maio de 2010, em Universidade Real de Groningen:  
<http://umcg.wewi.eldoc.ub.rug.nl/FILES/root/Rapporten/2010/tinnituspolikliniek/3.pag.pdf>
- Searchfield, G. D., Magnusson, J., Shakes, G.,Biesinger, E., & Kong, O. (2011). Counseling and Psycho-education for Tinnitus Management. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 535-556). New York: Springer.
- Sirois, F. M., Davis, C. G., & Morgan, M. (2006). "Learning to live with what you can't rise above": Control beliefs, symptom control, and adjustment to tinnitus. *Health Psychology*, 25, 119-123.
- Soares, M. A., Rosa, J., Moura, M. J., & Baptista, A. (2000). Ajustamento emocional, estratégias de *coping* e percepção da doença em pais de crianças com doença do foro oncológico. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 61-68
- 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.
- 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.
- Vollmann, M., Kalkouskaya, N., Langguth, B., & Scharloo, M. (2012). When the ringing in the ears gets unbearable: Illness representations, self-instructions and adjustment to tinnitus. *Journal of Psychosomatic Research*, 73(2), 108-111.



## Capítulo 8

### Artigo 7 - Correlatos de auto-eficácia em indivíduos com queixas de acufenos<sup>25</sup>

#### Resumo

A auto-eficácia é a confiança ou crença que o indivíduo possui nas suas capacidades para realizar uma tarefa ou atingir um objectivo. Essa crença tem reflexos na forma como o indivíduo lida com a doença e na promoção e protecção da saúde, através da realização de comportamentos mais ou menos adequados em função da situação. No caso dos acufenos, a auto-eficácia é vista como um indicador da eficácia da intervenção terapêutica, apresentando os indivíduos com maior nível de auto-eficácia, menor desconforto ou incómodo pela presença dos acufenos.

Os objectivos do presente estudo passam por caracterizar a auto-eficácia de indivíduos com queixas de acufenos, explorando a sua relação com variáveis sociodemográficas e clínicas e com a sua QDV.

Foi avaliada a auto-eficácia de 57 indivíduos com queixas de acufenos através da escala de auto-eficácia geral de Pais-Ribeiro (1995). Destes, 19,3% apresentam valores negativos para os níveis de auto-eficácia. Os elementos do sexo feminino apresentam níveis de auto-eficácia percebida menores que os homens, encontrando-se igualmente relação entre esses níveis e a idade, anos de escolaridade, duração da queixa dos acufenos, e a QDV dos indivíduos da amostra.

Sendo uma variável que apresenta uma componente cognitiva aliada a aspectos emocionais, poderá ser útil encontrar estratégias para melhorar a auto-eficácia destes pacientes, levando a que a sua forma de lidar com a presença dos acufenos seja ela também mais eficaz e que o incómodo e os aspectos negativos associados à sua presença se tornem gradualmente menos perturbadores para si.

**Palavras-Chave:** acufenos, auto-eficácia, género, qualidade de vida

---

<sup>25</sup> Estudo apresentado como comunicação livre no 12º Congresso da Federação Europeia das Sociedades de Audiologia (EFAS).

## Introdução

A auto-eficácia pode ser definida como a confiança ou a crença que os indivíduos apresentam nas suas capacidades para realizar determinada tarefa ou atingir um objectivo. Refere-se igualmente à forma como auto-percebem a sua capacidade de organizar e realizar actividades em situações desconhecidas, não controladas e imprevisíveis, potenciadoras de situações stressantes, sendo um determinante principal na modificação comportamental (Bandura, 1977; 1982; Pais-Ribeiro, 1995; 2007; Sherer et al., 1982; Smith & Fagelson, 2011). Esta auto-percepção de eficácia influencia a forma como as várias situações são abordadas, qual o esforço despendido, marcando os comportamentos, e determinando a motivação e envolvência nas acções tendentes a melhorar ou mesmo resolver a situação em que o indivíduo se encontra (Bandura, 1977, 1982; Pais-Ribeiro, 1995).

A referência aos aspectos principais da auto-eficácia é resultado da Teoria Social e Cognitiva desenvolvida por Bandura em 1986, no seguimento da Teoria da Aprendizagem Social por si apresentada em 1977, e que surge como uma tentativa de perceber e enquadrar o complexo sistema de crenças, nas quais se encontram as crenças de eficácia do sujeito (Bandura, 1977; Nogueira & Mesquita, 1992). Decorre daqui que as expectativas de eficácia pessoal são resultado do conjunto de processos pessoais, psicológicos (afectivos, motivacionais) e cognitivos envolvidos, aos quais se juntam factores comportamentais e do meio envolvente, que irão criar e fortalecer as expectativas de eficácia pessoal, levando à convicção de que se é capaz de realizar com êxito as tarefas necessárias para obter um determinado resultado (Bandura, 1977, 1982; Nogueira & Mesquita, 1992; Silva & Lautert, 2010; Smith & Fagelson, 2011). Assumindo que é uma variável cognitiva, dependente da motivação, e influenciada pela depressão, ansiedade, baixa auto-estima e mesmo pelo declínio da percepção das suas habilidades, todos estes factores poderão contribuir para a sua baixa percepção (Pais-Ribeiro, 1995). De referir que a auto-eficácia está sempre relacionada com um determinado domínio ou tarefa, logo, não poderá ser generalizada, pois o sujeito irá apresentar certamente elevados níveis de auto-eficácia para um determinado conjunto de situações ou tarefas, mas para outros terá certamente valores mais baixos (Smith & Fagelson, 2011). No entanto, será de prever que indivíduos com maior número de experiências de sucesso tendem a generalizá-las, apresentando maior expectativa de

auto-eficácia pessoal que outros com poucas experiências de sucesso (Pais-Ribeiro, 1995; Sherer et al, 1982).

Bandura (1977) refere a existência de três dimensões que permitem classificar ou medir a auto-eficácia. Elas são a magnitude, balizada pelo nível de dificuldade da tarefa, a generalização, que se refere à quantidade de domínios funcionais nos quais o indivíduo julga ser capaz de actuar com eficácia, e a força, que está ligada à segurança na crença, e que quanto mais forte for, mais ele resiste a eventuais fracassos (Bandura, 1977; Nogueira & Mesquita, 1992).

Por outro lado, existem quatro pilares principais que são a base da auto-eficácia (Bandura, 1977, 1982; Bandura & Adams, 1977; Nogueira & Mesquita, 1992; Smith & West, 2006). São as realizações pessoais obtidas pelo indivíduo, modeladas pelos resultados alcançados, pelas experiências de mestria que com sucesso reforçam as expectativas, minimizando o impacto de insucessos ocasionais, promovendo e generalizando as mudanças de comportamento. A experiência vicariante é o segundo dos pilares, e assenta no facto de a percepção de que os outros, seus pares, conseguem realizar determinada actividade irá persuadir o indivíduo de que poderá ser capaz de também a realizar, persistindo no esforço para atingir o sucesso, sendo, no entanto, esta inferência por comparação social menos eficaz na promoção das mudanças de comportamento. O terceiro pilar, é a persuasão verbal ou social, cuja fácil disponibilidade faz com que seja utilizado frequentemente, mas as sugestões de sucesso na crença de eficácia são igualmente mais fracas faltando-lhes a experiência que irá ancorar de forma mais duradoura as expectativas, que são facilmente abaladas pelos insucessos repetidos e pelas dificuldades mais *stressantes*. O quarto pilar diz respeito à activação emocional, que advém dos estados fisiológicos do indivíduo, ficando este mais optimista face a uma situação particular se se encontrar calmo, ficando mais pessimista se estiver mais tenso, levando a níveis de eficácia mais baixos nessas situações. A aquisição de novos conhecimentos e novas habilidades, bem como os julgamentos individuais, o esforço a despender, a escolha de vida e a própria perseverança face às dificuldades que poderão surgir dependem numa relação muito directa da auto-eficácia que o sujeito desenvolveu (Bandura, 1977; Smith & West, 2006). A auto-eficácia irá influenciar o esforço individual para atingir um determinado objectivo ou comportamento, na forma como o indivíduo irá lidar com as adversidades,

na eficácia em controlar as exigências do meio envolvente, e no sucesso em atingir as acções desejadas (Smith & Fagelson, 2011).

Bandura (1988) apresenta igualmente uma perspectiva em que define a ansiedade como sendo um estado de apreensão antecipada relativo a situações ou acontecimentos stressantes ou ameaçadores. Sendo a auto-eficácia determinante no comportamento do indivíduo, a utilização de estratégias que visem alterar esses comportamentos stressantes ou ansiógenos, tornando-os mais eficazes na resposta à situação específica serão de toda a utilidade, levando também a uma maior persistência dos esforços despendidos (Nogueira & Mesquita, 1992).

A percepção da auto-eficácia vai condicionar os desempenhos do sujeito (Bandura, 1977). Os que apresentam uma maior percepção da eficácia apresentam uma forma distinta de perceber e agir, em comparação com os que se auto percebem como pouco eficazes ou eficientes. Como já atrás foi referido, apresentam menor ansiedade, mesmo em situações mais exigentes e complicadas. Por outro lado, os que apresentam níveis de percepção da auto-eficácia muito elevada serão tentados a realizar tarefas ou actividades que estão acima das suas reais capacidades. Quando essa percepção é só ligeiramente acima das suas competências para uma determinada tarefa ou actividade, isto faz com que o indivíduo se sinta motivado para aceitar realizar tarefas com outro grau de exigência, mas como se baseia em expectativas mais próximas do real, irá contribuir para o seu crescimento pessoal (Bandura, 1977). O mesmo se passa quando são mudanças do meio ambiente que estão em causa para promover o bem-estar do indivíduo, em que os que possuem percepção de auto-eficácia mais elevada irão acreditar na importância do que fazem e da utilidade dos seus esforços (Silva & Lautert, 2010).

Na área da Saúde, a auto-eficácia do indivíduo terá reflexos na crença de que terá sucesso nas alterações de comportamento e na forma de lidar com a doença, bem como na promoção e protecção da saúde (Pais-Ribeiro, 1995; Smith & West, 2006). Os indivíduos com auto-eficácia mais elevada irão adoptar de uma forma mais eficaz comportamentos de promoção da saúde, evitando os que poderão resultar em prejuízo para a mesma, e irão igualmente responder fisiologicamente de forma mais eficaz às situações desencadeadoras de *stress* (Pais-Ribeiro, 1995). O que está em causa é que quanto mais elevada for a auto-eficácia, maior a probabilidade do indivíduo aprender e

utilizar regularmente os novos comportamentos associados ao seu estado de saúde. Assim, deve-se avaliar o comportamento centrando-se nos factores cognitivos que poderão ter poder preditivo e influenciar a mudança psicológica (Bandura & Adams, 1977). O efeito da auto-eficácia na promoção do *coping* e no funcionamento psicossocial é um factor importante na reabilitação emocional e psiquiátrica (Rocha, Queiróz, Aguiar, & Marques, 2008).

Um dos exemplos marcantes da influência da auto-eficácia no controlo da doença surge na diabetes, onde cuidados com a alimentação, o exercício físico, a monitorização regular dos níveis de glicose no sangue, entre outros aspectos são fundamentais, pelo que os indivíduos com níveis de auto-eficácia mais desenvolvidos também apresentam um melhor controlo de todas as áreas envolvidas no seu tratamento, sendo ainda mais pertinente na população idosa, que se torna menos autónoma (Silva & Lautert, 2010; Smith & West, 2006). Igualmente na psicopatologia encontram-se estudos em que a auto-eficácia é um constructo importante, como no caso da esquizofrenia, em que se revela como tendo valor preditor nas actividades de autocuidado e nas interacções sociais, sendo proposto o uso de intervenções que promovam a auto-eficácia pessoal (Rocha et al., 2008). Em situações mais específicas, que obrigam a uma reabilitação, como é o caso das perturbações do equilíbrio, as crenças na auto-eficácia poderão ser facilitadores dos processos de reabilitação e da gestão da condição que se lhe deverá seguir (Smith & Fagelson, 2011).

Torna-se, assim, clara a relevância da auto-eficácia no caso de indivíduos com acufenos. Este reconhecimento fez até com que a auto-eficácia fosse um indicador de eficácia de uma intervenção destinada a indivíduos com acufenos (Rief, Weise, Kley, & Martin, 2005). Neste estudo, além das informações que eram dadas ao paciente no decorrer da sessão terapêutica, eram-lhe dados panfletos com informações sobre o funcionamento do ouvido e dos vários processos associados aos acufenos, reactividade muscular, atenção, bem como estratégias de *coping* e outras para procurar o alívio para os acufenos. Os resultados obtidos pelos dois grupos participantes no estudo, apesar da melhoria relativa ao nível de desconforto dos acufenos, grupo de intervenção e grupo de comparação (indivíduos em lista de espera) foram semelhantes no que se refere à auto-eficácia. Um estudo publicado em 1999 verificou que os indivíduos com acufenos que apresentam menor desconforto pela sua percepção, apresentam maiores níveis de auto-

eficácia (Delb, D'Amelio, Schonecke, & Iro, 1999). Smith e West (2006) referem a importância da auto-eficácia na Audiologia como forma de promover alterações comportamentais em indivíduos utilizadores de próteses auditivas, e na melhoria do controlo das intervenções com acufenos, bem como nas perturbações do equilíbrio. Smith e Fagelson (2011) propõem mesmo a utilização da auto-eficácia como estratégia de controlo dos acufenos, propondo a auto-eficácia para os acufenos (*tinnitus self-efficacy*), como sendo a confiança que o indivíduo tem nas suas capacidades para de alguma forma promover actividades que ajudem a melhor lidar com os seus acufenos. Pensando nos quatro pilares descritos por Bandura, os autores Smith e Fagelson (2011) referem que as experiências de mestria se referem à capacidade que o indivíduo apresenta em fazer divergir a atenção dos acufenos quando executa uma determinada tarefa num ambiente sossegado, o que levará a perceber uma elevada auto-eficácia para essa competência. Se o indivíduo observa que outros indivíduos com acufenos conseguem lidar eficazmente com eles, então esta experiência vicariante poderá levá-lo a supor que também lidará eficazmente com eles. A persuasão verbal assenta no facto do indivíduo ter um bom sistema de suporte percebendo a sua auto-eficácia para lidar com os acufenos de uma forma mais positiva. Quanto à activação emocional e fisiológica, esta surge quando o indivíduo com acufenos, por exemplo perante uma situação stressante, promove uma elevada activação somática, que por sua vez debilita o seu rendimento face à situação, sentindo-se pessimista, invocando pensamentos sobre a sua ineficácia, o que irá criar níveis de *stress* mais elevados, fazendo piorar ainda mais o seu rendimento. Se se sentir optimista, a activação somática será menor, o seu rendimento será melhor, logo irá ter maior probabilidade de ser bem-sucedido face à situação.

Smith e Fagelson (2011), observando a importância da avaliação da auto-eficácia nestes indivíduos, desenvolveram um instrumento específico para a avaliação da auto-eficácia nos acufenos. É um instrumento com 40 itens, logo mais moroso, mas que sendo específico para os acufenos poderá fornecer mais informações, quer na caracterização destes, quer na utilização da auto-eficácia para promover a qualidade de vida (QDV) destes indivíduos.

As intervenções terapêuticas nos acufenos podem incluir mudanças mais ou menos significativas de comportamentos, e mesmo a aprendizagem de aptidões complexas,

como, por exemplo, as que representam o uso de sistemas de terapia sonora, sendo a auto-eficácia um dos principais factores para o sucesso dessas alterações de comportamento (Bandura, 1977, 1982; Hallan & McKenna, 2005; Smith & Fagelson, 2011; Smith & West, 2006).

Não tendo sido identificado nenhum estudo sobre a relação entre auto-eficácia e a QDV em indivíduos com acúfenos, com excepção de um estudo preliminar a este e que apresenta uma correlação fraca entre os valores do *Tinnitus Handicap Inventory* (THI) e da Escala de Auto-Eficácia Geral [(EAEG) (Oliveira, Meneses & Trigueiros-Cunha, 2014)], esta relação foi identificada noutras amostras com outro tipo de patologias ou intervenções, como são o caso da patologia oncológica ou dos acidentes vasculares cerebrais (p.e., Cunningham, Lockwood, & Cunningham, 1991; Robinson-Smith, Johnston, & Allen, 2000).

Não se tendo encontrado referências entre a auto-eficácia e variáveis sociodemográficas como o sexo, a idade, a escolaridade e a duração da queixa dos acúfenos, estes aspectos podem ser úteis para identificar os indivíduos que apresentam um perfil sociodemográfico e/ou clínico associado a pior auto-eficácia, logo com maior necessidade de intervenção a esse nível.

Neste contexto, os objectivos do presente estudo são: a) caracterizar a auto-eficácia de indivíduos com queixas de acúfenos; b) e explorar a sua relação com variáveis sócio-demográficas e clínicas.

## **Método<sup>26</sup>**

## **Resultados**

Os resultados obtidos para os 57 elementos da amostra (um não preencheu o questionário) encontram-se na tabela 1.

---

<sup>26</sup> Os dados referentes ao método geral encontram-se no capítulo 4. Serão incluídos no artigo a publicar o procedimento e material específicos relativos à auto-eficácia.

Tabela 1 – Estatística descritiva para a auto-eficácia (N=57)

	Mínimo	Máximo	M	DP
Iniciação e persistência	5	36	24,35	7,692
Eficácia perante a adversidade	3	30	21,54	6,330
Eficácia social	3	24	15,00	4,571
Total	21	90	60,86	16,459

Foi igualmente efectuada a análise dos resultados referentes ao total da escala de auto-eficácia, bem como para as três subescalas, relativamente ao sexo dos indivíduos da amostra (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição da auto-eficácia por sexo

	Sexo	N	M	DP
Iniciação e persistência	Feminino	20	20,80	8,269
	Masculino	37	26,27	6,719
Eficácia perante a adversidade	Feminino	20	18,20	7,338
	Masculino	37	23,35	4,934
Eficácia social	Feminino	20	14,30	4,889
	Masculino	37	15,38	4,412
Total	Feminino	20	53,30	18,021
	Masculino	37	64,95	14,181

Pelo uso do Teste U de *Mann-Whitney* para amostras independentes, verificou-se que os resultados atrás referidos eram estatisticamente significativos, para a auto-eficácia geral ( $p=0,012$ ), iniciação e persistência ( $p=0,012$ ), e eficácia perante a adversidade ( $p=0,010$ ), mas para a eficácia social não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os sexos ( $p=0,513$ ).

Pelo uso da Correlação de *Spearman*, verifica-se que existem correlações lineares estatisticamente significativas entre os valores obtidos na Escala de Auto-eficácia Geral (total e/ou respectivas sub-escalas) e os anos de escolaridade (Tabela 3), não se verificando correlações lineares estatisticamente significativas com a idade, o tempo com a queixa dos acufenos, o nível de audição, e os valores da Escala Visual Analógica (EVA) para a intensidade dos acufenos.

Encontraram-se correlações positivas para escolaridade, que mostram que quanto maior o nível de escolaridade maior a percepção de auto-eficácia, sendo estatisticamente

significativas para a escala total, para a subescala de iniciação e persistência, bem como para a subescala eficácia perante a adversidade, tal como se pode verificar na Tabela 3.

Tabela 3 - *Correlações da Auto-eficácia com a Escolaridade (N=57)*

		Total	Iniciação e persistência	Eficácia perante a adversidade	Eficácia social
Anos de escolaridade	<i>r</i>	<b>0,377</b>	<b>0,367</b>	<b>0,451</b>	0,168
	<i>p</i>	<b>0,004</b>	<b>0,005</b>	<b>0,000</b>	0,212

## Discussão

A média que se obteve para a EAEG nesta amostra de pacientes com acufenos, é de 60,86 (cf. Tabela 1), e se se assumir um valor de corte a meio da escala, nos 45, encontra-se uma amostra com valores positivos de auto-eficácia. No entanto, verificou-se que 19,3 % dos indivíduos apresentavam valores inferiores a esse valor de corte. Da análise das subescalas, e fazendo uma leitura pela média por item, verificou-se que para a iniciação e persistência o valor é de 4,06 (24,35/6), para a adversidade temos 4,31 (21,54/5) e para a eficácia social 3,75 (15/5), permitindo perceber que é na percepção da eficácia social que os valores são mais baixos, sendo este o aspecto de auto-eficácia que estes indivíduos sentem mais perturbado. Estes valores podem ser explicados, de acordo com Smith & Fagelson (2011), pela dificuldade que o indivíduo apresenta para controlar o seu problema, neste caso os acufenos, que será mais perturbador quando se encontra em situações desconhecidas, e que surge com mais frequência em situações de contacto social, levando-o a expor o seu menor nível de auto-eficácia.

Dos resultados obtidos para o sexo, verificou-se que quer para o total da escala de auto-eficácia, quer para as três subescalas, os indivíduos do sexo feminino com acufenos apresentaram valores de auto-eficácia inferiores aos do sexo masculino (cf. Tabela 2). Verificou-se que os resultados atrás referidos eram estatisticamente significativos e mais elevados para os homens para a auto-eficácia geral, iniciação e persistência e eficácia perante a adversidade, e, apesar de ter sido igualmente superior nos homens, na eficácia social não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. Será interessante, num estudo futuro tentar confirmar estes valores, para perceber se não se devem ao facto deste estudo ter uma amostra com poucas mulheres, e com um grande número de domésticas entre elas (Pargament, 1997).

Pelo uso da Correlação de *Spearman*, verificou-se que existem correlações lineares estatisticamente significativas entre os valores obtidos na EAEG (total e/ou respectivas subescalas) e os anos de escolaridade (cf. Tabela 3), não se verificando correlações lineares estatisticamente significativas com a idade, o tempo de duração da queixa dos acufenos, o nível de audição, e os valores da Escala Visual Analógica (EVA) para a intensidade dos acufenos.

Os resultados referentes aos anos de escolaridade podem ser interpretados como quanto maior a escolaridade maior a confiança que o sujeito possui na sua capacidade para resolver as situações que se lhe poderão deparar. A exceção relativa à eficácia social (novamente) sugere que este indicador é consideravelmente diferente dos restantes da Escala.

Para a idade, encontraram-se valores mais elevados para os indivíduos mais jovens, mas tal não é estatisticamente significativo, o que pode ser explicado pela amostra estar limitada até aos 66 anos, e porque se concentra nas faixas etárias acima dos 55 anos.

Quem tem a queixa há mais tempo tem igualmente valores mais elevados de auto-eficácia, mas sem que se revelem significativos. Não existem igualmente relações significativas entre o nível de audição, que também está limitado a 40 dB, sendo que não existem indivíduos na amostra com perda auditiva que lhe provoca dificuldades sensíveis na sua vida diária, sendo surpreendente a ausência de correlações lineares estatisticamente significativas entre os resultados da EAEG e os resultados da EVA de intensidade dos acufenos. Talvez tal se verifique pelo facto da escala de auto-eficácia usada ser geral e não focando os acufenos.

### **Conclusão**

Os resultados permitiram identificar um perfil sócio-demográfico e clínico de indivíduos com acufenos (da amostra) com menor auto-eficácia, i.e., com maior necessidade de promoção desta: menor escolaridade, e ser do sexo feminino, foram as mais evidentes. Todavia, nenhuma destas variáveis se relacionou com todos os indicadores de auto-eficácia obtidos no estudo. Tal faz levantar a hipótese (a testar no

futuro) que as estratégias que sejam mais eficazes na promoção de um dos componentes podem, eventualmente, não o ser para todos.

Sendo uma variável que apresenta uma componente cognitiva aliada a aspectos emocionais, poderá ser útil encontrar estratégias para melhorar a auto-eficácia destes pacientes, particularmente no aspecto da iniciação e persistência, ligada à vontade de iniciar e terminar determinada acção, levando a que a sua forma de lidar com a presença dos acufenos seja ela também mais eficaz e que o incómodo e os aspectos negativos associados à sua presença se tornem gradualmente menos perturbadores para si.

O uso de um manual, que o paciente possa consultar sempre que tem dúvidas ou se sinta mais perturbado, e que lhe possa dar informações sobre o seu problema, e com estratégias para melhorar a forma de lidar com ele, logo com mais eficácia, poderá ser uma mais-valia para estes pacientes. Este aspecto vai de encontro ao que Delb e colaboradores (1999) reportam, de que indivíduos com maiores níveis de auto-eficácia apresentam menor valores de incómodo pelos acufenos. Para tal, será importante reavaliar os pacientes a quem esse instrumento for fornecido para perceber se efectivamente a sua auto-eficácia aumenta, o que poderia até ser generalizado para outros aspectos da intervenção audiológica, como o caso da reabilitação auditiva e das perturbações do equilíbrio, seguindo a perspectiva de Smith e West (2006) que referem que a auto-eficácia na área da audilogia será importante para promover as alterações comportamentais nas várias intervenções propostas. Idealmente, a potencial eficácia de tal manual deveria ser avaliada com um instrumento específico de auto-eficácia nos acufenos. De facto, Pais-Ribeiro (1995), citando Bandura, sublinha que uma escala de auto-eficácia geral é discutível, uma vez que a auto-eficácia deve ser sempre avaliada como uma característica específica da situação que analisa. Será interessante utilizar o questionário de auto-eficácia para os acufenos, desenvolvido por Smith e Fagelson (2011), que apesar de ser mais longo e mais demorado, poderá trazer mais informações sobre o uso da auto-eficácia nestes pacientes. Será pois um desafio futuro a tradução e adaptação deste instrumento em língua portuguesa.

### Referências Bibliográficas

- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-Efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bandura, A. (1988). Self-Efficacy conception of anxiety. *Anxiety Research*, 1, 77-98.
- Bandura, A., & Adams, A. E. (1977). Analysis of Self-Efficacy Theory of Behavioral Change. *Cognitive Therapy and Research*, 1(4), 287-310.
- Cunningham, A. J., Lockwood, G. A., & Cunningham, J. A. (1991). A relationship between perceived self-efficacy and quality of life in cancer patients. *Patient Education and Counseling*, 17(1), 71-78.
- Delb, W., D'Amelio, R., Schonecke, O. W., & Iro, H. (1999). Are there psychological or audiological parameters determining tinnitus impact? Em J. W. P. Hazell (Ed.) *Proceedings of Sixth International Tinnitus Seminar*. Cambridge.
- Hallan, R. S., & McKenna, L. (2005). Tinnitus Habituation Therapy. In: R. S. Tyler (Ed.). *Tinnitus Treatment: Clinical Protocols*. New York: Thieme.
- Nogueira, C., & Mesquita, A. P. (1992). Auto-eficácia e ansiedade: Aplicações na consulta psicológica. *Jornal de Psicologia*, 10(3), 16-22.
- Oliveira, V., Meneses, R., & Trigueiros-Cunha, N. (2014). Efeitos da auto-eficácia na qualidade de vida de indivíduos com acufenos. In J.Pais Ribeiro, I. Silva, R. Meneses, e I.Leal (Eds.) *Psicologia, Saúde & Doença, livro de resumos do 10º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (p. 103-104). Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Pais-Ribeiro, J. L. (1995) Adaptação de uma escala de avaliação da auto-eficácia geral. In: L. Almeida e I. Ribeiro (Eds.). *Avaliação Psicológica: formas e contextos* (pp.163-176). Braga: APPORT
- Pais-Ribeiro, J. L. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Pargament, K. I. (1997). *The Psychology of religion and coping*. New York: Guilford Press.
- Rief, W., Weise, C., Klein, N., & Martin, A. (2005). Psychophysilogic treatment of chronic tinnitus: A randomised clinical trial. *Psychosomatic Medicine*, 67, 833–838.
- Robinson-Smith, G., Johnston, M. V., & Allen, J. (2000). Self-Care Self-Efficacy, Quality of Life, and Depression after Stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81, 460-464.

- Rocha, N., Queirós, C., Aguiar, S., & Marques, A. (2008). Implicações da Neurocognição e da Auto-Eficácia na predição de factores do funcionamento psicossocial de pessoas com esquizofrenia. *Análise Psicológica*, 4, 587-600.
- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The Self-Efficacy Scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.
- Silva, M. C. S., & Lautert, L. (2010). O senso de auto-eficácia na manutenção de comportamentos promotores de saúde de idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44, 61-67.
- Smith, S. L., & Fagelson, M. (2011). Development of the self-efficacy for tinnitus management questionnaire. *Journal of American Academy of Audiology*, 22(7); 424-440.
- Smith, S. L., & West, R. L. (2006). The application of Self-Efficacy principles to Audiologic Rehabilitation: A Tutorial. *American Journal of Audiology*, 15, 46-56.



## Capítulo 9

### Artigo 8 - Correlatos do Optimismo e da Espiritualidade em indivíduos com queixas de acúfenos

#### Resumo

O optimismo e a espiritualidade estão relacionados com uma perspectiva positiva e dinâmica, quer da vida quer da relação com a saúde, que poderá levar o indivíduo a encarar o seu problema, particularmente se se tratar de um problema crónico, de forma mais construtiva, por exemplo utilizando estratégias de *coping* para enfrentar esse problema de forma mais eficaz, gerindo melhor o *stress* e os acontecimentos de vida negativos a ele associados.

Verifica-se que os indivíduos mais optimistas lidam melhor com os acúfenos, e que o optimismo é um preditor da QDV em indivíduos com acúfenos. A espiritualidade é uma dimensão importante na QDV, na sua relação com a saúde e a doença, particularmente em situações de problemas crónicos, no entanto, não foram encontrados estudos relativos à sua presença em problemas de acúfenos.

Os objectivos do estudo passam por caracterizar o optimismo e a espiritualidade de indivíduos com queixas de acúfenos e explorar a sua relação com variáveis sociodemográficas e clínicas.

Dos resultados obtidos, destaca-se que 12,3% dos indivíduos da amostra (N=57) apresentam valores de média inferiores ao ponto médio (assumido como corte) para a escala de optimismo (LOT-r), não se encontrando relações estatisticamente significativas no que se refere às variáveis estudadas. Para a espiritualidade, 27,6% dos indivíduos (N=58) estão abaixo do ponto médio (ponto de corte) para a escala de espiritualidade. Foram encontradas relações entre a espiritualidade e a idade, verificando-se que os indivíduos mais velhos apresentam valores mais elevados na escala de espiritualidade. Encontrou-se igualmente correlação entre a espiritualidade e a

escolaridade, verificando-se que indivíduos com valores mais elevados de espiritualidade apresentam valores mais baixos de escolaridade.

Estes indicadores fortalecem a percepção de que a espiritualidade será um aspecto importante a explorar na intervenção terapêutica com estes indivíduos, o que é reforçado pelo facto de existir uma considerável percentagem de indivíduos que percebem a sua espiritualidade como baixa. O optimismo, não apresentando valores que repliquem os encontrados na literatura, deverá igualmente ser considerado numa intervenção terapêutica para este tipo de indivíduos.

Palavras-Chave: Acufenos, Espiritualidade, Lot-r, Optimismo

### **Introdução**

O optimismo e a espiritualidade estão relacionados com uma perspectiva positiva e dinâmica, quer da vida quer da relação com a saúde, como referem Morgenstern e colaboradores (2011) que citam vários autores para quem o optimismo e a espiritualidade são factores psicológicos que estão associados com a saúde. Esta associação entre a espiritualidade e o optimismo está igualmente presente no trabalho de Pinto e Pais-Ribeiro (2007) que desenvolveram a Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde (EAECS), em que uma das dimensões associadas à espiritualidade é a dimensão horizontal, associada à procura do sentido da vida, que reflecte a procura da esperança e do optimismo, e com maior correlação com a QDV do indivíduo. Nesta linha de pensamento, podemos apontar o optimismo como um indicador de espiritualidade.

É importante referir que no estudo 12 foi efectuada uma abordagem que procurou relacionar a QDV de indivíduos com acufenos e várias variáveis biopsicossociais, onde se encontram o optimismo (disposicional) e a espiritualidade. Na tentativa de sistematizar a pesquisa bibliográfica sobre o tema, recorreu-se em 2012 à PUBMED procurando-se artigos que abordassem o optimismo e a espiritualidade em doentes com acufenos, tendo encontrado quatro para pesquisa sobre optimismo, dos quais dois se centravam no optimismo como constructo teórico, não se tendo encontrado nenhum que referisse a avaliação da espiritualidade enquadrada na problemática dos acufenos. Tais

dados, ou a falta deles, foi uma motivação extra para a realização deste estudo.

### **Optimismo**

Sendo o conceito de optimismo um conceito muito recente, foi Tiger, em 1979 (citado por Pedro, 2010), o primeiro autor a apresentar uma definição conceptual, referindo que seria uma predisposição ou uma atitude que o indivíduo apresenta, esperando numa perspectiva futura receber tributo ou vantagem daquilo que é o seu desejo. O optimismo pode, assim, ser definido como a tendência que o sujeito apresenta para aguardar de uma forma positiva os acontecimentos de vida relacionados com o bem-estar psicológico, social e físico (Carver, Scheier, & Segerstrom, 2010; Laranjeira, 2008). Os indivíduos optimistas são os que apresentam expectativas gerais que envolvem a obtenção de um resultado positivo, contrapondo-se aos pessimistas, que em geral estão à espera de um resultado negativo (Carver et al., 2010; Scheier & Carver, 1985; Valle & Mateos, 2008).

Como refere Laranjeira (2008), na Psicologia, muitos investigadores procuram estudar o poder positivo no sentido de promover ou manter o bem-estar do indivíduo. Refere ainda que uma visão favorável da vida permite ao indivíduo alguma vantagem no que diz respeito à gestão do *stress* e da doença, quando comparado a situações em que se esperam acontecimentos negativos. Estes aspectos permitem perceber a influência das características positivas individuais na Qualidade de Vida (QDV) do próprio indivíduo, sendo o optimismo um dos aspectos positivos da sua personalidade (Pedro, 2010).

A teoria da auto-regulação comportamental baseia-se na grande influência das expectativas no comportamento do indivíduo, num enquadramento cognitivo, ao qual se junta uma dimensão emocional e motivacional, sendo uma das principais teorias que promovem a importância do optimismo na QDV e bem-estar do indivíduo (Carver et al., 2010; Pedro, 2010; Scheier & Carver, 1985). Os indivíduos que apresentam uma visão da vida mais favorável têm maior capacidade de lidar com o *stress* e a doença de uma forma mais positiva, com processos adaptativos mais eficazes, sendo um traço estável da personalidade que se mantém mesmo nas situações mais adversas, esforçando-se o indivíduo para alcançar os objectivos, mesmo que tal se processe de forma lenta (Carver et al., 2010; Laranjeira, 2008; Pedro, 2010). Carver e Scheier (2002; citados por Carver

et al., 2010; Pedro, 2010) demonstram que as expectativas em relação ao futuro são fundamentais para a forma como as pessoas respondem às adversidades que lhes vão surgindo, particularmente na forma como organizam estratégias para resolver as situações.

Um número significativo de estudos associa positivamente o optimismo a indicadores de saúde psicológica e física, como baixos níveis de depressão e ansiedade, maior satisfação com a vida, melhores funções imunitárias e menor presença de sintomas físicos (Vollmann, Scharloo, Langguth, Kalkouskaya, & Salewski, 2014).

Scheier e Craver (1985) distinguem a expectativa generalizada para obter resultados positivos ligados ao indivíduo, ao seu comportamento ou à sua saúde como sendo o optimismo pessoal/disposicional, contrapondo com o que diz respeito a aspectos específicos do ambiente social ou ecológico, que é referido como optimismo social/situacional. No entanto, na literatura consultada, nem sempre fica claro a que tipo de optimismo os autores se referem.

Os optimistas adoptam comportamentos positivos, centrando-se na resolução do problema, procurando encontrar mais informação e reformular as estratégias utilizadas para obter melhores resultados (Carver et al., 2010; Pedro, 2010). São por norma mais resistentes à depressão, mais felizes com a vida, apresentando mais satisfação com o suporte familiar e social, o que irá, conseqüentemente, influenciar a sua QDV. Indivíduos com maior optimismo disposicional apresentam também estilos de *coping* mais adaptativos, tendo maior probabilidade de atingirem sucesso nas áreas profissional, pessoal e social, apresentando melhor saúde física e mental (Carver et al., 2010). Por outro lado, reflectindo o optimismo uma componente cognitiva do comportamento, é expectável que os indivíduos optimistas generalizem as experiências positivas aos outros aspectos da sua vida, tendo assim um impacto positivo na sua saúde física e mental (Vollmann et al., 2014).

No entanto, para ser eficaz, o optimismo tem de ser realista. Peterson (2000; citado por Pedro, 2010) refere que o optimismo irrealista leva o indivíduo a correr riscos que poderão comprometer ainda mais a situação, particularmente nos casos relacionadas com a doença.

Os pessimistas desenvolvem mais facilmente sintomas depressivos, apresentam maior

hostilidade e ansiedade, utilizando estratégias menos eficazes como o dormir, comer e beber em excesso (Pedro, 2010). Além disso, quando as situações implicam uma evolução lenta, duvidam da validade das estratégias que estão a usar e desistem facilmente dos processos terapêuticos que lhes são propostos (Carver et al., 2010).

Encontra-se no pessimismo defensivo uma forma de actuar que apresenta níveis de realização próximos do optimismo, uma vez que o enfoque se centra nos aspectos negativos da situação, levando a que se antecipe o controlo da ansiedade, que não irá afectar a execução das tarefas (Valle & Mateos, 2008). O pessimismo disposicional está associado a uma menor percepção do controlo das situações, o que leva à sensação de impotência, focando-se o indivíduo mais nas suas limitações para efectuar as tarefas, gerando cada vez mais ansiedade (Carver et al., 2010).

Segundo Laranjeira (2010), os indivíduos do sexo masculino apresentam maior optimismo que os indivíduos do sexo feminino, mas Glaesmer e colaboradores (2012) não encontraram diferenças, o mesmo se passando com Bastianello, Pacico e Hutz (2014).

Quando se aborda a relação entre optimismo e saúde, verifica-se que os indivíduos com mais optimismo estabelecem estratégias de *coping* mais eficazes para resolver as situações ou adaptar-se a elas (Carver et al., 2010; Pedro, 2010). O indivíduo optimista tende a perceber as condições médicas como menos graves, valorizando menos os sintomas e as consequências, e achando que são controláveis através do processo terapêutico, mas também do seu próprio comportamento (Carver et al., 2010; Vollmann et al., 2014). O optimismo, particularmente o disposicional, poderá ser importante na promoção do funcionamento físico e psicológico em situações de elevado *stress*, como são o enfrentar doenças súbitas, crónicas e intervenções médicas, ou outros problemas ou traumas graves, como situações de guerra (Velden et al., 2007; Vollman et al., 2014). Nos optimistas, verifica-se igualmente um maior controlo dos sintomas como a dor e a fadiga, sendo mais cooperantes nos processos de reabilitação, apresentando igualmente maior facilidade na gestão de conflitos, sendo estes factores importantes nas situações ligadas à saúde (Pedro, 2010).

O optimismo disposicional é igualmente importante na componente de prevenção, pois potencia a realização de comportamentos por norma associados à manutenção da saúde

(Carver et al., 2010).

Em situações de doença crónica, os optimistas apresentam maior crença na obtenção de resultados positivos para o seu problema, levando a que a sua saúde física, psíquica e percepção de bem-estar se apresente melhor (Carver et al., 2010; Pedro, 2010). Apresentam igualmente melhor ajustamento à doença, com menor depressão e ansiedade, apresentando por norma maior suporte social, beneficiando de maior interajuda (Valden et al., 2007).

O uso do LOT (Life Orientation Test) tem mostrado uma relação significativa entre optimismo e a presença de dificuldades associadas à presença dos acufenos, o que se estende igualmente à presença de perda auditiva, com reacções emocionais devidas a essa perda (Andersson, 1996). Nesse estudo, o valor médio obtido foi de 20,10 ( $dp=5,98$ ), e verificou-se a existência de correlações significativas entre os valores do LOT e a idade e duração da presença dos acufenos. No entanto Glaesmer e colaboradores (2012) não encontraram diferenças na sua amostra relativamente a variações significativas do optimismo em função da idade.

Vollmann e colaboradores (2014) verificaram que os optimistas têm uma percepção dos seus acufenos como estando associados a menos sintomas, não apresentando uma componente crónica tão marcante, com menos consequências graves e perturbação emocional, e valorizando mais o controlo da situação através do tratamento médico do que os pessimistas. Verificaram igualmente uma correlação com a depressão, verificando que os optimistas apresentavam valores inferiores nessa variável, que está correlacionada com a valorização da gravidade dos acufenos.

Bennett (2015) refere que o optimismo tem sido subavaliado e nunca foi sistematicamente investigado. Refere igualmente, que na psicoterapia moderna o optimismo tem de estar presente para ajudar a promover a mudança pessoal, numa perspectiva dinâmica e evolutiva. Na área da Psicologia Positiva o optimismo é um dos vários temas abordados, sendo as estratégias de potenciação do optimismo importantes no processo de investigação e intervenção, como referem Marujo, Neto, Caetano e Rivero (2007).

## **Espiritualidade**

Desde os tempos ancestrais, e pelo desconhecimento do que estava por detrás dos “males” e doenças que acometiam os indivíduos, que eram os líderes espirituais e religiosos que tinham os conhecimentos para a cura desses problemas (Koenig, 2007). Até ao século XIX, o tratamento, particularmente das doenças “mentais” estava associado a ordens religiosas, logo o papel da religiosidade era de especial importância (Koenig, 2007). Daí que espiritualidade e religiosidade se confundam no contexto da saúde (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007). No entanto, a espiritualidade é um processo pessoal e dinâmico, abrangente e multidimensional, que pode ou não estar alicerçado na prática religiosa, mas que procura encontrar o sentido da vida, sendo integradora da experiência humana (Barbosa, 2010; Panzini, Rocha, Bandeira, & Fleck, 2007; Pinto & Pais-Ribeiro, 2007). Esta procura do sentido ou significado da vida prende-se com a sua finitude e com o propósito da vida, e surgem com maior acutilância na doença, sobretudo nos momentos em que a sua evolução é percebida quer pelo paciente, quer pela sua família e cuidadores (Barbosa, 2010).

No século XX, no contexto da medicina ocidental, os aspectos ligados à espiritualidade foram vistos, até há não muito tempo (anos 80), como algo sem interesse para a saúde do paciente, ou mesmo como reflexo de psicopatologias quando o indivíduo se debruça na área das experiências religiosas (Cassar & Shinebourne, 2012; Koenig, 2004; 2007; Panzini et al., 2007). Esta perspectiva tem vindo a ser alterada, à luz de uma abordagem mais positiva, começando a existir alguma preocupação em explorar de que forma a espiritualidade pode ser uma mais-valia para a melhoria da QDV dos pacientes, associada também aos mecanismos de esperança que são fonte de força espiritual (Cassar & Shinebourne, 2012; Narayanasamy, 1996; Panzini et al., 2007). Deve-se referir que mesmo quem não é religioso ou tem fé religiosa, apresenta um sistema de crenças que alicerçam a sua postura perante a vida (Barbosa, 2010).

Encontram-se também impactos da religião nos cuidados de saúde, associados à tomada de decisão médica, na existência de conflitos entre as crenças e os cuidados médicos necessários, que por vezes impedem o próprio cuidado médico, alguns conflitos espirituais, em que nas fases iniciais de patologias ou processos de hospitalização o doente se sente abandonado pela entidade em que acredita, e pelo seu impacto na detecção do problema e na adesão à terapia, uma vez que tendo maior suporte social se

sente mais apoiado, podendo os aspectos ligados à religião/espiritualidade ajudar no *coping* do indivíduo relativamente ao seu problema (Koenig, 2004).

Existem várias definições de espiritualidade. Sawatzky, Ratner e Chiu (2005) referem a espiritualidade como sendo algo que ultrapassa as dimensões física, psicológica ou social da vida, mas que está também frequentemente associada a uma procura existencial de significado e propósito para a vida, juntando-se um terceiro atributo que relaciona a espiritualidade com as experiências pessoais de cada um, mas que não serão necessariamente expressas através de comportamentos e práticas pré-definidas, distinguindo espiritualidade de religião, uma vez que se encontram pessoas que se consideram espirituais, mas não necessariamente religiosas.

A espiritualidade é universal porque está presente em todos os indivíduos, é global porque aborda a vida como um todo, integra várias dimensões, sendo multidimensional, e é pessoal, reflectindo a evolução do indivíduo pelas suas vivências (Barbosa, 2010).

Alguns estudos recentes demonstram que os indivíduos que apresentam fé religiosa lidam melhor com situações de *stress*, recuperam melhor de situações depressivas, e apresentam menor tendência a emoções negativas como a ansiedade do que pessoas menos religiosas, isto num contexto multicultural (Koenig, 2004; 2007). São igualmente encontrados valores associados a maior suporte social, mas também melhores indicadores relativamente à saúde física, com menor colesterol, melhor funcionamento imunitário, entre outros aspectos (Koenig, 2004).

No que diz respeito à QDV, o Grupo WHOQOL assume a importância da espiritualidade como um dos indicadores da QDV (Panzani et al., 2007), tendo desenvolvido um instrumento específico para a sua avaliação, o WHOQOL-SRPB (2002)<sup>27</sup>, para explorar mais adequadamente a espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais dos indivíduos (Fleck & Skevington, 2007). Nos últimos anos, várias investigações científicas têm vindo a focar a espiritualidade (Meneses, 2006; Panzani et al; 2007), sugerindo a existência de relação positiva entre a religião, a componente espiritual e a saúde mental e física (Koenig, 2004; Panzani et al., 2007). Torna-se particularmente importante na presença de um problema crónico, sendo a esperança uma fonte de força espiritual, encontrando a coragem necessária para fazer face ao

---

<sup>27</sup> [www.who.int/mental\\_health/media/en/622.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/622.pdf)

problema (Narayanasamy, 1996). Através da espiritualidade procura-se que o indivíduo promova alterações do seu estado de saúde, particularmente através das estratégias de *coping*, desenvolvendo uma maior resistência através da espiritualidade (Narayanasamy, 1996; Pinto & Pais-Ribeiro, 2007).

Sendo apontada como uma importante dimensão da QDV, a espiritualidade é igualmente outro aspecto referido na literatura que apoia a investigação em áreas ligadas à programação terapêutica enquadrando-se em qualquer tipo de doença, particularmente pela relação com o *coping* religioso/espiritual (Panzini et al., 2007). Perspectivando uma mudança de paradigma nos cuidados de saúde, passando de uma abordagem fisiopatológica para uma abordagem mais abrangente e global, é de considerar a espiritualidade como uma dimensão importante a investigar (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007), apesar de na pesquisa bibliográfica efectuada não ter sido encontrado nenhum estudo em indivíduos com queixas de acufenos. No entanto, Koenig (2004) refere ter encontrado mais de 60 estudos onde a espiritualidade, particularmente a religião assumiu um papel no *coping* de pacientes com artrite, diabetes, patologia cardíaca, cancro, *HIV/SIDA*, fibrose cística, esclerose lateral amiotrófica, dor crónica, entre outros problemas crónicos.

É ainda de referir que há já vários anos que se defende que os profissionais de saúde, para além de avaliarem/investigarem a espiritualidade, prestem cuidados espirituais (eficazes) aos seus doentes (p.e., Narayanasamy, 1996). Isto permite criar uma relação de maior proximidade e confiança entre o doente e o seu cuidador, mobilizando a esperança através da utilização de vários meios físicos, psicológicos, afectivos e socioeconómicos (Barbosa, 2010).

Existem igualmente propostas no âmbito da terapia cognitivo-comportamental para incluir a espiritualidade como forma de aumentar a motivação e adesão dos pacientes (Rosmarin, Auerbach, Björgvinsson, Levensky, & Bigda-Peyton, 2011). No entanto, será de prever que poderá existir alguma resistência, e mesmo desconforto na abordagem deste tema pelos pacientes, o que exigirá do terapeuta, além de treino específico, uma abordagem multidisciplinar e que pressupõem uma maior envolvimento no explorar das experiências dos outros (Cassar & Shinebourne, 2012; Rosmarin et al., 2011). Barbosa (2010) refere igualmente a necessidade de motivar e preparar os profissionais de saúde para que possam abordar os aspectos espirituais dos pacientes.

Neste contexto, os objectivos do presente estudo são: a) caracterizar o optimismo de indivíduos com queixas de acufenos e explorar a sua relação com variáveis sociodemográficas e clínicas; e b) caracterizar a espiritualidade de indivíduos com queixas de acufenos e explorar a sua relação com variáveis sociodemográficas e clínicas.

## Método<sup>28</sup>

### Resultados

Os 57 indivíduos da amostra que foram avaliados no que diz respeito ao optimismo disposicional (LOT-r), obtiveram uma média de 16,14, sendo de referir que o máximo possível (24) foi atingido por um elemento da amostra, não havendo ninguém com o valor mínimo possível (0) (cf. Tabela 1). Assumindo que para um ponto de corte de 12 (valor médio da escala), 12,3% dos seus elementos estão abaixo desse valor.

Tabela 1 – Estatística descritiva optimismo (N=57)

	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>dp</i>
Total optimismo	4	24	16,14	4,385

Relativamente ao sexo, apesar dos homens terem apresentado resultados ligeiramente superiores, estatisticamente (Teste U de *Mann-Whitney*) essa diferença não foi significativa ( $p=0,712$ ). Para o estado civil (Teste U de *Mann-Whitney*;  $p=0,613$ ), a actividade profissional ( $p=0,443$ ) e situação profissional (Testes de *Kruskal-Wallis*;  $p=0,274$ ) também não se encontraram diferenças estatisticamente significativas.

No que se refere às restantes variáveis estudadas – idade ( $p=0,611$ ), escolaridade ( $p=0,453$ ), duração da queixa dos acufenos ( $p=0,912$ ), nível de audição ( $p=0,420$ ), e EVA para a intensidade dos acufenos ( $p=0,299$ ) não se encontraram correlações estatisticamente significativas entre elas e o optimismo, através do uso do teste de *Spearman*.

---

<sup>28</sup> Os dados referentes ao método geral encontram-se no capítulo 4.

Serão incluídos no artigo a publicar o procedimentos e material específicos relativos ao optimismo e espiritualidade.

No que concerne à Espiritualidade, avaliada através da escala de avaliação da espiritualidade em cuidados de saúde (EA ECS), verificou-se uma média de 12,67, num total possível de 20, existindo um elemento da amostra que atingiu o valor máximo (20), não tendo ninguém ficado com o valor mínimo (0).

Tabela 2 – Estatística descritiva espiritualidade (N=58)

	Mínimo	Máximo	M	dp
Total espiritualidade	5	20	12,67	3,305

Os valores obtidos para a dimensão espiritual (atribuição de sentido/significado de vida), questões 1 e 2 do instrumento, apresentam uma média por item de 2,58 ( $dp=1,04$ ), enquanto a dimensão associada à esperança e perspectiva de vida positiva (questões 3, 4 e 5), apresentam uma média por item de 2,51 ( $dp=0,75$ ). Pela análise das médias (teste *t* de amostras emparelhadas), obteve-se o valor de  $p=0,643$ , correspondendo à não existência de diferenças significativas entre as médias.

Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao sexo ( $p=0,660$ ) e estado civil ( $p=0,075$ ) (Testes de *Mann-Whitney*), bem como na actividade profissional ( $p=0,365$ ) e situação profissional ( $p=0,320$ ) (Testes de *Kruskal-Wallis*).

Através do Teste de *Spearman*, também não se encontraram correlações estatisticamente significativas entre a espiritualidade e a duração dos acufenos ( $p=0,507$ ), o nível de audição ( $p=0,511$ ) e a EVA para a intensidade dos acufenos ( $p=0,400$ ). No entanto, verificaram-se correlações estatisticamente significativas no que diz respeito à idade e escolaridade (Tabela 3).

Tabela 3 – Correlação espiritualidade / variáveis sociodemográficas e clínicas (N=58)

		Idade	Anos de escolaridade
Total espiritualidade	rs	<b>,308</b>	<b>-,319</b>
	p (2-tailed)	<b>,019</b>	<b>,015</b>

## Discussão

No que se refere à avaliação do optimismo, a amostra do estudo apresenta só 12,3% dos seus elementos abaixo do valor médio da escala, o que nos permite concluir que os

resultados obtidos estão dentro de valores positivos, apesar de inferiores aos encontrados por Andersson (1996), que se situaram em 20,10 ( $dp=5,98$ ).

Quanto à relação entre optimismo e sexo, o optimismo era maior nos homens, o que confirma os achados de Laranjeira (2008), mas sem que essas diferenças fossem estatisticamente significativas, indo ao encontro dos resultados apresentados por Bastianello e colaboradores (2014) e Glaesmer e colaboradores (2012). Como tal, não se encontraram correlações entre o optimismo e nenhuma das variáveis estudadas nesta amostra de indivíduos com acufenos, ao contrário de Andersson (1996), que encontrou correlações com a idade e duração dos acufenos. O estado civil, a actividade e situação profissional, bem como o nível de audição e intensidade dos acufenos, não apresentaram qualquer correlação com o optimismo.

O valor da média obtida na EAECS (Espiritualidade) permite verificar que 27,6% dos indivíduos da amostra estão abaixo do valor médio da escala (assumido como ponte de corte), logo com valores de espiritualidade baixos, permitindo pensar que será útil intervir nesta área, promovendo a espiritualidade de pacientes com queixas de acufenos.

Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao sexo, apesar das mulheres apresentarem valores ligeiramente superiores, nem ao estado civil, nem actividade e situação profissional, sendo de considerar as características dos subgrupos da amostra para que tal tenha acontecido, quer na espiritualidade, quer no optimismo.

No entanto, verificaram-se correlações estatisticamente significativas no que diz respeito à idade, verificando-se que quanto mais velho era o individuo maior a probabilidade de apresentar valores mais elevados de espiritualidade, e aos anos de escolaridade, mas aqui com uma correlação negativa, em que quem possuía menor escolaridade apresentava valores mais elevados de espiritualidade.

A duração dos acufenos, bem como o nível de audição e intensidade dos acufenos não se correlacionam com a espiritualidade.

## Conclusão

Do que foi exposto anteriormente, depreende-se que o optimismo e a espiritualidade são duas dimensões importantes na abordagem aos aspectos de saúde e na doença do indivíduo, particularmente num contexto de psicologia positiva, e que poderão ser importantes para a intervenção terapêutica, neste caso concreto na presença de queixas de acufenos. Se o optimismo não parece estar particularmente “afectado” nesta amostra, já a componente espiritualidade parece ser relativamente baixa nestes indivíduos.

Dos resultados obtidos, no optimismo não é possível obter um perfil que permita identificar sujeitos com maior probabilidade de apresentarem valores de optimismo mais baixo, enquanto na espiritualidade, o ser mais novo e com maior escolaridade poderá indicar um perfil para identificar indivíduos com espiritualidade mais baixa.

Será pois de considerar, no contexto de uma abordagem terapêutica em pacientes com acufenos, dar informações aos técnicos de saúde envolvidos nesse processo no sentido de utilizarem estas duas dimensões, utilizando estratégias que permitam desenvolvê-las nesse contexto, particularmente no âmbito de uma abordagem multidisciplinar.

Este aspecto parece reforçar a utilidade de encontrar um instrumento terapêutico que permita fornecer informações que cognitivamente sejam relevantes para a compreensão do problema e também que forneça estratégias que o paciente possa utilizar sempre que se encontra numa fase pior, com mais queixas e desconforto relacionados com os acufenos.

Será igualmente importante replicar este estudo com uma amostra de indivíduos com diferentes graus de perda auditiva, uma vez que esta variável estava controlada neste estudo, só fazendo parte da amostra indivíduos com audição normal ou subnormal, com uma perda não superior aos 40 dB, e replicá-lo igualmente após o uso do instrumento terapêutico proposto.

## Referências Bibliográficas

Andersson, G. (1996). The role of optimism in patients with tinnitus and in patients with hearing impairment. *Psychology and Health, 11*, 697-707.

- Barbosa, A. (2010). Espiritualidade. In A. Barbosa e I. G. Neto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos* (595-659). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Bastianello, M. R., Pacico, J. C., & Hutz, C. S. (2014). Optimism, self-esteem and personality: adaptation and validation of the Brazilian Version Of The Revised Life Orientation Test (LOT-R). *Psico-USF*, 19(3), 523-531.
- Bennett, O. (2015). *Cultures of optimism: The institutional promotion of hope*. Londres: Palgrave Macmillan.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30, 879–889.
- Cassar, S., & Shinebourne, P. (2012) What does spirituality mean to you? An interpretative phenomenological analysis to the experience of spirituality. *Existential Analysis: Journal of The Society For Existential Analysis*, 23(1), 133-148.
- Fleck, M. P., & Skevington, S. (2007). Explaining the meaning of the WHOQOL-SRPB. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(Supl. 1), 146-149. Consultado em 10 de Fevereiro de, 2015, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832007000700018&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700018&lng=en&tlng=en).
- Glaesmer, H., Rief, W., Martin, A., Mewes, R., Brähler, E., Zenger, M., & Hinz, A. (2012). Psychometric properties and population-based norms of the Life Orientation Test Revised (LOT-R). *British Journal of Health Psychology*, 17, 432-445.
- Koenig, H. G. (2007). Religião, espiritualidade e psiquiatria: um anova era na atenção à saúde mental – Prefácio. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(supl. 1), 5-7.
- Koenig, H. G. (2004). Religion, Spirituality, and Medicine: Research findings and implications for clinical practice. *Southern Medical Journal*, 97(12), 1194-1200.
- Laranjeira, C. A. (2008). Tradução e validação portuguesa do revised life orientation test (LOT-R). *Universitas Psychologica*, 7(2), 469-476.
- Marujo, H. A., Neto, L. M., Caetano, A., & Rivero, C. (2007). Revolução positiva: Psicologia positiva e práticas apreciativas em contextos organizacionais. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 13(1), 115-136
- Meneses, R. F. (2006). Espiritualidade na óptica da Psicologia da Saúde. In I. Leal (Coord.), *Perspectivas em Psicologia da Saúde* (pp. 203-230). Coimbra: Quarteto.
- Morgenstern, L. B., Sánchez, B. N., Skolarus, L. E., Garcia, N., Risser, J. M. H., Wing, J. J., et al. (2011). Fatalism, optimism, spirituality, depressive symptoms and stroke outcome: A population-based analysis. *Stroke; a Journal of Cerebral Circulation*, 42(12), 3518–3523.
- Narayanasamy, A. (1996). Spiritual care of chronically ill patients. *British Journal of Nursing*, 5(7), 411-416.

- Panzini, R. G., Rocha, N. S., Bandeira, D. R., & Fleck, M. P. A. (2007). Qualidade de Vida e Espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(supl 1), 105-115.
- Pedro, L. M. R. (2010). *Implicações do optimismo, esperança e funcionalidade na Qualidade de Vida em indivíduos com esclerose múltipla*. Ed. Colibri: Lisboa.
- Pinto, C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2007). Construção de uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde. *Arquivos de Medicina*, 21(2), 47-53.
- Rosmarin, D. H., Auerbach, R. P., Björngvinsson, T., Levensky, P. G., & Bigda-Peyton, J. S. (2011). Integrating spirituality into cognitive behavioral therapy in an acute psychiatric setting: A pilot study. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25(4), 1-17.
- Sawatzky, R., Ratner, P. A., & Chiu, L. (2005). A meta-analysis of the relationship between Spirituality and Quality of Life. *Social Indicators Research*, 72, 153-188.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Valle, C. H. C., & Mateos, P. M. (2008). Dispositional pessimism, defensive pessimism and optimism: The effect of induced mood on prefactual and counterfactual thinking and performance. *Cognition and Emotion*, 22(8), 1600-1612.
- van der Velden P. G., Kleber R. J., Fournier M., Grievink L., Drogendijk A., & Gersons B. P. (2007). The association between dispositional optimism and mental health problems among disaster victims and a comparison group: a prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 102(1-3), 35-45.
- Vollmann, M., Scharloo, M., Langguth, B., Kalkouskaya, N., & Salewski, C. (2014). Illness representations as mediators of the relationship between dispositional optimism and depression in patients with chronic tinnitus: A cross-sectional study. *Psychology & Health*, 29, 81-93.



## Capítulo 10

### Artigo 9 - Correlatos da Satisfação com o Suporte Social em indivíduos com acufenos

#### Resumo

A percepção do suporte social, e a sua maior ou menor satisfação, é um aspecto importante que influencia a adesão do indivíduo ao tratamento, aos quais se juntam outros factores, que são particularmente importantes em patologias crónicas. A percepção do suporte social que o indivíduo assume como disponível em caso de necessidade, é o equivalente ao grau de satisfação do indivíduo no que respeita à sua vida social é a dimensão subjectiva do suporte social, que corresponde à sua rede social.

Existem vários factores psicossociais que podem interferir com a presença dos acufenos, que podem levar a isolamento social, *stress* intrafamiliar, entre vários outros, sendo nestas situações a satisfação com o suporte social uma mais-valia para estes pacientes.

Os objectivos do presente estudo são a caracterização da satisfação com o suporte social de indivíduos com queixas de acufenos e o explorar da sua relação com variáveis sociodemográficas e clínicas.

Os resultados obtidos mostram que a satisfação com o suporte social dos indivíduos da amostra se encontra em valores elevados, mas 19% deles estão com valores abaixo do ponto médio da escala utilizada, a Escala de Satisfação com o Suporte Social, sendo importante intervir a este nível. Será pois, importante treinar com o paciente estratégias para serem utilizadas quando necessário, e que poderão ser utilizadas para sensibilizar os outros que com ele vivem.

Excluindo o sexo, em que as mulheres apresentam menor satisfação como suporte social, não se identificou um perfil sociodemográfico e/ou clínico associado a menor

satisfação com o suporte social, o que podia ser útil em termos da planificação da intervenção a este nível.

**Palavras-Chave:** acufenos, Escala de Satisfação com o Suporte Social, suporte social

### Introdução

O suporte social, enquanto constructo teórico, apresenta várias definições, estando as mais antigas centradas no facto de a informação disponível ao indivíduo ser relevante para que este acredite que é cuidado e amado, estimado e valorizado, fazendo parte de uma rede de comunicação e obrigações mútuas, acrescentando as correntes que se lhe seguem a componente pessoal e subjectiva, centrando-se as mais recentes na reciprocidade e nas implicações em quem promove o suporte social, e nas transacções negativas e nas reacções a situações de crise, onde se incluem as patologias crónicas (Santos, Pais-Ribeiro, & Lopes, 2003).

Existem indicadores importantes que apontam no sentido de que indivíduos com menor rede de suporte social e com menos contactos sociais têm maior predisposição para morrer mais cedo (Bennett, 2002). Adicionalmente a escolha e a adesão a um determinado procedimento terapêutico dependem do contexto social e cultural do indivíduo (Kennedy & Llewelyn, 2006). Independentemente de qualquer contexto, nenhuma interacção social pode ser dissociada de expressões de emoção, que podem servir diferentes funções ao mesmo tempo, mesmo na saúde e na doença (Hareli & Hess, 2012). Assim, para Kennedy e Llewelyn (2006), a percepção do suporte social é um aspecto importante que influencia a adesão ao tratamento, existindo outros factores, como as acessibilidades, a possibilidade de se ausentar do trabalho, entre outros que também são consideradas pelo indivíduo, sendo aspectos particularmente importantes em patologias crónicas (Rodrigues & Madeira, 2009). É importante na recuperação, mas igualmente importante na prevenção da doença (Pais-Ribeiro, 1999a; Rodrigues & Madeira, 2009). A satisfação com o suporte social, de onde se destaca o relacionamento interpessoal (família, amigos e intimidade), parece ter um papel determinante, como protector, na resistência psicológica ao *stress* associado à doença, surgindo através da percepção subjectiva de bem-estar (Coelho & Ribeiro, 2000).

A rede de suporte social é constituída pelos familiares, amigos, colegas, bem como organizações e associações que rodeiam o indivíduo (Murphy, 2012; Pais-Ribeiro, 1999a). O suporte social é um conceito complexo, dinâmico, sendo percebido de acordo com os intervenientes e as circunstâncias, sendo um dos factores externos ao indivíduo que interferem com o seu funcionamento fisiológico e patológico (Rodrigues & Madeira, 2009; Santos et al, 2003). É avaliado pela integração social do indivíduo no seu meio, e pela rede de serviços e pessoas às quais tem acesso, e onde se incluem os serviços de saúde à sua disposição (Rodrigues & Madeira, 2009). É de considerar, igualmente, que quando a falta de assistência e de informação passam uma má imagem, esta será percebida negativamente pelo indivíduo, reforçando uma imagem de gravidade associada ao seu problema (Granqvist, Lantto, Ortiz, & Andersson, 2001). Como referem Coelho e Ribeiro (2000) a percepção do suporte disponível em caso de necessidade, que equivale ao grau de satisfação dos indivíduos quanto à sua vida social é a dimensão subjectiva do suporte social, sendo a rede social um aspecto mais palpável do constructo.

Existem vários tipos de suporte social, referindo Cohen e McKay (1984, citados por Pais-Ribeiro, 1999a) o suporte psicológico, relacionado com a partilha de informação, e o suporte não psicológico correspondendo a um suporte social mais físico. Pais-Ribeiro (1999a) cita Cramer, Henderson e Scott (1997) que distinguem o suporte social percebido, que é o que o paciente entende como existente se dele precisar, do suporte social recebido, que é o que efectivamente é recebido pelo indivíduo. Fazem igualmente a distinção entre o suporte social descrito, que se refere a um tipo particular de comportamento de suporte, do avaliado que é a percepção de que esse comportamento foi satisfatório, ou serviu de ajuda.

O suporte social é considerado como um amortecedor relativamente a situações de *stress*, como as que surgem em problemas crónicos, levando a uma melhor utilização do  *coping* (Cohen & Wills, 1985).

Em termos de intervenção, a noção de satisfação com o suporte social revela-se particularmente interessante. Sistematizando o que atrás foi definido, esta pode ser definida, de acordo com vários autores, como a existência de pessoas que se mostram disponíveis para se preocuparem com o indivíduo, o ajudarem, e em quem ele confia, existindo um conjunto de informações que levam a supor que se é amado e com quem

os outros se preocupam, informações de que se é valorizado e admirado e informações sobre a pertença a uma rede de comunicações e com inerentes obrigações, podendo igualmente resultar da existência de recursos e unidades sociais disponíveis como resposta a solicitações de apoio e assistência (Pais-Ribeiro, 1999b; Santos et al., 2003). Decorre do exposto atrás que o suporte social está associado aos recursos interpessoais, que na área da saúde são importantes para a gestão dos cuidados de saúde do indivíduo, para a resposta às situações de maior *stress*, mas que igualmente estará associada a uma rede de suporte mais alargada (Cohen & Wills, 1985; Pais-Ribeiro, 1999a). Isto contribuirá para que o suporte social possa ser considerado como um recurso de *coping*, podendo o indivíduo efectuar alterações funcionais com o meio que possam ajudar a melhorar a sua situação (Santos et al., 2003).

A própria comunicação de emoções, como no caso da ansiedade, pode ser vista no contexto de procura de suporte social, sendo um apelo para o suporte emocional ou ajuda, ou tendo função de alerta (Hareli & Hess, 2012). A qualidade das relações afectivas e o suporte emocional de um indivíduo são aspectos do suporte social com reflexo na sobrevivência do mesmo (Bennett, 2002). Por outro lado, o próprio estado de saúde vai influenciar a percepção do suporte social que o indivíduo apresenta (Pais-Ribeiro, 1999a).

Em patologias como o cancro, verifica-se que a existência de melhor suporte social permite um melhor ajustamento ao problema, com níveis menores de desconforto e com o uso de estratégias de *coping* mais eficazes (Kilbourn & Durning, 2006; Santos et al., 2003). Em patologias crónicas, particularmente nas fisiológicas, os indivíduos com melhor suporte social têm menor probabilidade de desenvolver problemas psicopatológicos, podendo reduzir a angústia associada ao problema, melhorar a adesão ao tratamento e mesmo permitir reduzir a medicação associada (Hedge, 2006; Murphy, 2012; Rodrigues & Madeira, 2009). Baptista et al. (2006, citado por Rodrigues & Madeira, 2009) referem uma melhor resposta a problemas como a ansiedade e depressão quando o suporte social é mais eficaz, o que é igualmente confirmado por Murphy (2012).

Inversamente, o isolamento social está associado a efeitos mais adversos da patologia, com diminuição das funções físicas, menor Qualidade de Vida (QDV) e maior sensação de fadiga, propiciando igualmente a existência de comportamentos aditivos (alcoolismo

e tabagismo), e estando associado à presença de patologias como a hipertensão e a diabetes (Kilbourn & Durning, 2006; Santos et al., 2003). Para além disso, quem está sozinho tende a preocupar-se mais com a doença (Rodrigues & Madeira, 2009). Indivíduos com níveis maiores de insegurança apresentam também menor suporte familiar (Granqvist et al., 2001).

O suporte social alicerça-se bastante no suporte familiar, que é, em alguns estudos, visto pelos pacientes como mais importante que o próprio apoio dos profissionais, e importante na gestão dos acontecimentos traumáticos vivenciados pelo paciente (Kennedy & Llewelyn, 2006; Rodrigues & Madeira, 2009). Encontram-se igualmente resultados que apontam para um melhor ajuste das funções sociais, menor sofrimento psicológico, e mesmo maior sobrevida nos pacientes que têm maior suporte social percebido, particularmente o suporte familiar, em patologias crónicas (Granqvist et al., 2001; Kennedy & Llewelyn, 2006; Rodrigues & Madeira, 2009). Rodrigues e Madeira (2009) citam vários estudos que apontam para uma melhor saúde em indivíduos casados do que outros com diferentes estados civis, sendo este um indicador de maior suporte social. Parece haver igualmente evidência em vários estudos de que o suporte social está mais ligado a problemas de saúde nas mulheres (Pais-Ribeiro, 1999a). No entanto, o suporte social é afectado pelas características pessoais do indivíduo, pelo controle social que varia com o género, e o relacionamento entre géneros, o que poderá ser importante quando se está ao nível da intervenção terapêutica (Nagurney, Bagwell, & Forrest, 2009).

Granqvist et al. (2001) chamam a atenção para a possibilidade de elevados níveis de suporte poderem também ser prejudiciais para o paciente por lhe limitarem a autonomia mais do que o necessário.

Assumindo a importância desta dimensão subjectiva para o bem-estar e QDV, tanto em populações saudáveis como em doentes, foram desenvolvidos vários instrumentos que permite avaliar o suporte social em adultos, entre os quais, um que foi desenvolvido para a população portuguesa por Pais Ribeiro (1999a) que é a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) (Pais-Ribeiro, 2007; Santos et al., 2003).

Existem factores de ordem psicossocial que podem interagir com os problemas resultantes da presença dos acufenos, como é o caso de acontecimentos de vida

negativos (p.e., luto, separação), isolamento afectivo, *stress* intrafamiliar, dificuldades financeiras, entre muitos outros, que se reflectem numa menor QDV (Davis, Morgan, & Sirois, 2002; Murphy, 2012). 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.

Da pesquisa realizada na PUBMED foram encontrados 80 artigos com referência aos acufenos e ao suporte social, e destes 38 centram-se no constructo teórico do suporte social, mas destes só quatro relativos à satisfação com o suporte social.

Erlandsson e Hallberg (2000) referem que um dos resultados inesperados que obtiveram, numa amostra de indivíduos com acufenos, foi o suporte social percebido não ser um preditor da QDV. Anteriormente, Erlandsson, Hallberg e Axelsson (1992) haviam constatado que a relação entre suporte social e gravidade dos acufenos não era considerável, tendo Murphy (2012) verificado que o instrumento de avaliação era dirigido aos acufenos, mas pouco sensível para medir a complexidade do suporte social em pacientes com acufenos. Murphy (2012) utiliza uma escala para o suporte social, a *Multidimensional Scale of Perceived Social Support*, para avaliar o suporte social numa amostra com acufenos, e encontra o mesmo resultado. A explicação encontrada por Murphy (2012) é que os acufenos não são facilmente percebidos por quem está à volta do paciente por não os perceberem ou sentir. Estes resultados vão de encontro ao estudo de Oliveira e Meneses (2006) em que compararam a QDV de pacientes com acufenos medida através do SF-36, com a percepção que o seu acompanhante relata relativamente à QDV do paciente, apresentando estes valores de maior QDV que os do próprio paciente, reflectindo que o acompanhante percebe a QDV do paciente maior do que ele próprio. Granqvist et al. (2001), por seu turno, verificaram que os mecanismos de evitamento que predizem a gravidade dos acufenos são independentes da percepção do suporte social.

É ainda de referir que há diversos estudos que sugerem que as variáveis psicossociais previamente abordadas estão não só relacionadas com a QDV dos indivíduos (com acufenos), mas também entre si (p.e., Bartels, Middel, van der Laan, Staal, & Albers, 2008). Nos acufenos, é de esperar uma relação entre o *coping*, a percepção do suporte social e a gravidade dos acufenos (Granqvist et al., 2001). Alguns destes aspectos são focados no estudo 12.

Em indivíduos submetidos a transplante cardíaco, a satisfação com o suporte social revelou-se um preditor da QDV (White-Williams et al., 2010). Não foi, contudo, identificado nenhum estudo em que a relação entre satisfação com o suporte social e QDV fosse explorada em indivíduos com acufenos, sendo os estudos e a abordagem ao suporte social e familiar de pacientes com acufenos muito reduzido (Granqvist et al., 2001; Murphy, 2012). No entanto, a percepção existente é que será importante explorar o suporte social na terapia dos acufenos, porque irá melhorar aspectos como a depressão, o bem-estar e outros indicadores que estão directamente relacionados com a QDV em geral, e os acufenos em particular, bem como a adesão à terapia proposta (Murphy, 2012).

Santos et al., (2003) referem que a escolaridade, que se poderá reflectir na actividade profissional pode facilitar a comunicação entre pares, apresentando indivíduos com maior escolaridade maior suporte social percebido.

Os objectivos do presente estudo, derivados do que foi anteriormente exposto são: caracterizar a satisfação com o suporte social de indivíduos com queixas de acufenos e explorar a sua relação com variáveis sociodemográficas e clínicas.

## **Método<sup>29</sup>**

### **Resultados**

Os resultados obtidos na ESSS variam entre 22 e 74 (máximo da escala de 75), com  $M=54,60$  (Tabela 1). Não foram encontrados indivíduos com resposta mínima (0), nem máxima (75). O valor médio da escala é 37,5, verificando-se que 12% dos indivíduos se apresentam abaixo desse valor.

Foi efectuada uma ponderação das médias para cada uma das dimensões da escala, para facilitar a sua comparação.

---

<sup>29</sup> Os dados referentes ao método geral encontram-se no capítulo 4. Serão incluídos no artigo a publicar o procedimento e material específicos relativos ao suporte social.

Tabela 1 - Estatística Descritiva para o Suporte Social (N=58)

	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>dp</i>	<i>M ponderada</i>
Amizade	5	25	17,91	4,206	3,58
Intimidade	4	20	13,48	4,118	3,37
Família	3	15	12,00	3,072	4,00
Actividades sociais	3	15	11,21	3,307	3,74
Total	22	74	54,60	11,536	3,64

Verificaram-se resultados com significância estatística entre o sexo e o suporte social, com excepção da dimensão família, apresentando as mulheres valores inferiores (Tabela 2).

Tabela 2 – Estatística Suporte Social/Sexo

	<i>Sexo</i>	<i>Total</i>	<i>Actividades sociais</i>	<i>Família</i>	<i>Intimidade</i>	<i>Amizade</i>
	<i>M</i>	50,38	10,00	11,33	12,24	16,81
Feminino	<i>N</i>	21	21	21	21	21
	<i>DP</i>	11,796	3,728	3,554	3,923	3,803
	<i>M</i>	57,00	11,89	12,38	14,19	18,54
Masculino	<i>N</i>	37	37	37	37	37
	<i>DP</i>	10,822	2,875	2,742	4,109	4,344
Teste U de <i>Mann-Whitney</i>	<i>P=</i>	<b>0,021</b>	<b>0,045</b>	0,283	<b>0,047</b>	<b>0,041</b>

Ainda através do Teste U de *Mann-Whitney*, não se encontraram diferenças com significado estatístico entre o suporte social e o estado civil ( $p=0,301$ ). No que se refere à actividade profissional (Teste de *Kruskal-Wallis*), encontram-se diferenças estatisticamente significativas, verificando-se que os indivíduos que eram profissionais das forças armadas apresentavam maior satisfação com o seu suporte social relativamente à escala total ( $p=0,026$ ), e à dimensão amizade ( $p=0,025$ ). No entanto, não se encontraram diferenças significativas para o suporte social e a situação profissional (Teste *Kruskal-Wallis*;  $p=0,136$ ).

Recorrendo à correlação de *Spearman*, não se encontraram correlações estatisticamente significativas entre a satisfação com o suporte social e: a idade ( $p=0,629$ ), escolaridade ( $p=0,608$ ), duração da queixa (0,879), nível de audição ( $p=0,646$ ) e intensidade dos

acufenos ( $p=0,576$ ). Estes dados estendem-se igualmente às subescalas do suporte social.

### **Discussão**

O valor da média do total da satisfação com o suporte social da amostra pode ser considerado um valor positivo de satisfação com o suporte social em geral, e com o familiar em particular. Assumindo o ponto médio de 37,5, verifica-se que 12% dos indivíduos estão abaixo desse valor. Como a amostra conta com 82% de indivíduos casados, este poderá ser um factor a influenciar a percepção do suporte social, via suporte familiar, sendo o suporte social família o que apresenta valores mais elevados entre as várias dimensões da escala (cf. Tabela 1).

As médias ponderadas permitem verificar que a dimensão em relação à qual havia menor satisfação com o suporte social é a intimidade, o que pode ser interpretado como existindo algum tipo de dificuldade no relacionamento entre o paciente e o seu cônjuge/companheiro(a), sendo um aspecto a explorar em estudos futuros.

Os valores obtidos entre o sexo e o suporte social, em que as mulheres percebem pior o seu suporte social, estão de acordo com o referido por Pais-Ribeiro (1999a), com excepção da percepção de suporte social familiar, onde não existe diferença estatisticamente significativa e que pode resultar da elevada percentagem de indivíduos casados da amostra.

Para o suporte social e o estado civil não se encontraram diferenças significativas, contrariamente ao que é apontado em vários estudos citados por Rodrigues e Madeira (2009), eventualmente por existir uma grande disparidade na amostra, em termos de efectivos, entre os indivíduos casados e os outros, sendo que mais de 80% dos indivíduos eram casados.

Os resultados para a actividade profissional, mostram que os profissionais das forças armadas, que são os que apresentavam maiores valores para o suporte social, no seu todo e para a dimensão amizade, algo que deverá ser melhor esclarecido em futuros estudos, mas que poderá indiciar uma maior percepção do sentido de grupo e de união existente pela sua actividade, sendo de explorar porque tal não se revela também na dimensão das actividades sociais.

Curiosamente, no que se refere à variável situação profissional não se encontraram diferenças estatisticamente significativas, quando seria de prever que os indivíduos que ainda estavam no activo percepcionassem o seu suporte social como maior, ficando este aspecto para esclarecer igualmente num estudo futuro.

O não se encontrarem correlações estatisticamente significativas entre a idade e a satisfação com o suporte social pode dever-se às características de amostra, muito concentrada nas décadas dos 50 e 60 anos.

Não se encontraram igualmente correlações entre a satisfação do suporte social e a escolaridade, ao contrário do referido por Santos et al. (2003), duração da queixa, nível de audição e intensidade dos acufenos.

Em estudos futuros, será importantes avaliar também, a relação entre o suporte social e a QDV<sup>30</sup>, bem como a relação entre o suporte social e variáveis como o *coping* e outras variáveis de âmbito psicológico.

### **Conclusão**

Os resultados obtidos mostram que a satisfação com o suporte social destes pacientes com acufenos não era reduzida, pelo contrário, mas como 12% deles estão com valores abaixo do ponto médio da escala, será importante intervir a este nível.

Sendo os acufenos algo que só o paciente sente, eles podem ser desvalorizados por quem rodeia o paciente, levando-o a sentir pouco apoio, quer dos amigos, quer com quem convive socialmente, quer da própria família. O mal-estar associado aos acufenos leva nas situações mais graves a que o paciente se isole, logo, deixando de beneficiar do apoio do seu suporte social. Como tal, será importante treinar com o paciente estratégias que poderá utilizar sempre que necessário, e que poderão igualmente ajudar a sensibilizar os outros que com ele privam, melhorando o suporte social destes indivíduos.

No presente estudo, com excepção ao sexo em que as mulheres apresentam menor satisfação como suporte social, não foi, todavia, possível identificar um perfil

---

<sup>30</sup> Ver Artigo 11

sociodemográfico e/ou clínico associado a menor satisfação com o suporte social, o que podia ser útil em termos da planificação da intervenção a este nível.

### Referências Bibliográficas

- Bartels, H., Middel, B. L., van der Laan, B. F. A. M., Staal, M. J., & Albers, F. W. (2008). The additive effect of co-occurring anxiety and depression on health status, quality of life and coping strategies in help-seeking tinnitus sufferers. *Ear & Hearing, 29*(6), 947-959.
- Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Coelho, M., & Ribeiro, J. (2000). Influência do Suporte Social e do Coping sobre a Percepção Subjectiva de Bem-estar em mulheres submetidas a Cirurgia Cardíaca. *Psicologia, Saúde & Doenças, 1*(1), 79-87.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*(2), 310-357.
- Davis, C. G., Morgan, M., & Sirois, F. M (2002). *Coping with tinnitus: Severity, interpretations, and adjustments*. Summary Report. Ottawa: Carleton University.
- 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.
- Erlandsson S. I., Hallberg L. R., & Axelsson A. (1992). Psychological and audiological correlates of perceived tinnitus severity. *Audiology, 31*, 168-179.
- Granqvist, P., Lantto, S., Ortiz, L., & Andersson, G. (2001). Adult attachment, tinnitus-related problems, and perceived family support among clinical tinnitus patients. *Psychology and Health, 16*, 357-366.
- Hareli, S., & Hess, U. (2012). The social signal value of emotions. *Cognition and emotion, 26*(3), 385-389.
- Hedge, B. (2006). Psychological management for sexual health and HIV. In Kennedy e Llewelyn (Eds.), *The essentials of Clinical Health Psychology* (pp. 253 – 285). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Kennedy, P., & Llewelyn, S. (2006). The person's experience of health care. In Kennedy e Llewelyn (Eds.), *The essentials of Clinical Health Psychology* (pp. 19 – 38). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Kilbourn, K. M., & Durning, P. E. (2006). Oncology and Psycho-oncology. In Kennedy e Llewelyn (Eds.), *The essentials of Clinical Health Psychology* (pp. 79 – 109). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Murphy, C. E. (2012). The effect of social support on the quality of life for tinnitus sufferers. *International Tinnitus Journal, 17*(2), 173-179.

- Nagurney, A. J., Bagwell, B. & Forrest, K. (2009). The effects of social support and social control on cardiovascular reactivity during problem disclosure. *North American Journal of Psychology*, 11(3). Acedido em <http://www.freepatentsonline.com/article/North-American-Journal-Psychology/213084809.html>, 20/11/2014.
- Oliveira, V., & Meneses, R. (2006). 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.
- Pais-Ribeiro, J. L. (1999a). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(XVII): 547-558.
- Pais-Ribeiro, J. L. (1999b). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Rodrigues, V. B., & Madeira, M. (2009). Suporte social e saúde mental: revisão da literatura. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde – UFP*, 6, 390-399.
- Santos, C. B., Pais-Ribeiro, J., & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(2), 185-204.
- White-Williams, C., Grady, K., Naftel, D., Myers, S., Wang, E., & Kirklín, J. (2010). Relationships among satisfaction with social support, perceived stress, and coping on quality of life and survival 5 to 10 years after heart transplantation. *Circulation*; 122 , A9061. Acedido de [http://circ.ahajournals.org/cgi/content/meeting\\_abstract/122/21\\_MeetingAbstracts/A9061\\_22/05/2011](http://circ.ahajournals.org/cgi/content/meeting_abstract/122/21_MeetingAbstracts/A9061_22/05/2011)) 20/11/2014.

## Capítulo 11

### Artigo 10 - Correlatos de Ansiedade e Depressão nas queixas de acufenos

#### Resumo

A ansiedade e a depressão são dois componentes psico-emocionais comuns no estudo da saúde em geral e em particular da psicologia da saúde.

Sendo os acufenos uma queixa com etiologia muito variada, encontra-se além de alterações associadas à área auditiva, apresentando perturbações associadas às áreas cognitiva e emocional. Dos indivíduos que procuram apoio devido à presença de acufenos, 75% apresentam um quadro de alterações da ansiedade e/ou da depressão, dos quais só 7% já sentiam os acufenos antes de desenvolverem essas alterações psico-emocionais.

Os objectivos do estudo são sistematizar a literatura referente à ansiedade e depressão nos acufenos, verificar a sintomatologia ansiosa e depressiva em indivíduos com acufenos, e investigar a sua relação com variáveis sociodemográficas e clínicas.

Foram avaliados 56 indivíduos através do uso da HADS, tendo-se verificado que 51,7% dos elementos da amostra apresentava sintomatologia ansiosa verificando-se percentagem igual para os que apresentavam quadro depressivo. As mulheres apresentam valores mais elevados em ambas as variáveis, logo maior ansiedade e depressão. Os indivíduos com menos escolaridade apresentam igualmente valores mais elevados em ambas as variáveis psico-emocionais estudadas.

Os resultados obtidos são importantes para a estruturação da intervenção terapêutica nestes indivíduos, e permitem apoiar o uso da HADS como instrumento de rastreio de comorbilidades, neste caso ansiedade e depressão em indivíduos com queixas de acufenos.

**Palavras-Chave:** ansiedade, acufenos, depressão, HADS

## Introdução

A ansiedade e a depressão são duas variáveis da área psico-emocional com presença frequentes nos estudos ligados à saúde e à doença, e igualmente muito comuns nos estudos referentes à Psicologia da Saúde.

Já Freud, em 1895 (citado por Graziani, 2005), fala da neurose da angústia, descrita como um estado constante de ansiedade e de inquietude. Fala da angústia real, associada à percepção de uma situação de perigo, e da angústia neurótica, que surge pelo recalçamento da libido, que quando associada a um perigo exterior se traduz numa fobia, que por sua vez desencadeia obsessões quando o doente a tenta controlar.

Nos escritos de Hipócrates encontram-se referências ao excesso de bilis negra, que é responsável por manifestações de melancolia (Hallstrom & McClure, 2000). Hallstrom e McClure (2000) acrescentam que nos finais do séc. XIX surge a distinção desta noção de melancolia das restantes patologias mentais, havendo desde então a noção de que só as situações mais graves necessitariam de cuidados de saúde.

A capacidade de resistir aos factores stressantes influencia o desenvolvimento da ansiedade e da depressão, impedindo uma recuperação mais eficaz, sendo por sua vez influenciada pelos factores biopsicossociais que estão presentes na vida do sujeito (Hallstrom & McClure, 2000).

Verifica-se em vários estudos que os indivíduos que apresentam alterações de tipo psiquiátrico ou emocional apresentam uma menor Qualidade de Vida (QDV) quando comparados com a população geral, ou com indivíduos que apresentam patologias de outro tipo, e no caso concreto da depressão, existem em praticamente todas as dimensões da QDV alterações associadas à presença dessas perturbações (McIntyre et al., 2002; Spitzer et al., 1995).

Os acufenos são uma entidade clínica heterogénea quanto à sua etiologia, tendo, para além da envolvente auditiva, componentes na área cognitiva e emocional (Milerová et al., 2013). As condições biopsicossociais mais comprometidas são o desconforto ao som, menor percepção das palavras, a concentração, a irritabilidade e problemas de sono, maior susceptibilidade a apresentar problemas no relacionamento interpessoal, podendo estar estes aspectos ligados a alterações do humor ou ser decorrentes da

presença de acontecimentos de vida negativos, ao que se juntam maiores dificuldades na QDV (Kennedy, Wilson, & Stephens, 2004; Milerová et al., 2013).

Existem estreitas relações entre o sistema auditivo, e o sistema límbico e o sistema nervoso autónomo, o que poderá determinar a gravidade associada à presença dos acufenos, bem como as complicações psicossociais associadas (Falkenberg & Wie, 2012). Existem outros aspectos que são perturbadores para o indivíduo, como a falta de explicação sobre a causa do problema, a inexistência de cura na grande maioria das situações, o medo de enlouquecer reportado por alguns pacientes, tudo aspectos que podem explicar por que é que os acufenos são percebidos como tendo maior gravidade por uns e não por outros dos pacientes (Sirois, Davis, & Morgan, 2006). As atitudes e as avaliações que o sujeito apresenta face à sua saúde, aos acufenos e, em última instância, à sua própria vida, são os factores diferenciadores no que se refere à valorização da presença dos acufenos (Davis, Morgan, & Sirois, 2002).

A associação entre a existência de um quadro depressivo e/ou ansioso e a presença de acufenos está vastamente reportada na literatura, sendo as comorbilidades encontradas mais frequentemente (Andersson, Svalastog, Kaldø, & Sarkohi, 2007; Falkenberg & Wie, 2012; Landgrebe & Langguth, 2011a; Udupi, Uppunda, Mohan, Alex, & Mahendra, 2013). Não será de estranhar que 75% dos sujeitos que procuram algum tipo de ajuda para o problema dos acufenos apresentem uma dessas problemáticas e que somente 7% desses sujeitos já apresentassem acufenos antes do seu aparecimento (Zöger, Svedlund, & Holgers, 2001).

No entanto, por norma, o paciente apresenta grande relutância em falar desses problemas e em os relacionar com os acufenos, o que dificulta seriamente o diagnóstico (Landgrebe & Langguth, 2011a).

Oliveira e Trigueiros-Cunha (2002), utilizando o *Brief Symptoms Inventory* (BSI), verificaram, numa amostra de pacientes com acufenos, recrutados numa consulta de Otorrinolaringologia (ORL), valores aumentados (estatisticamente significativos) nas dimensões Depressão, Ansiedade, Ansiedade Fóbica, bem como na componente Somática, Psicoticismo e Hostilidade, em comparação com o grupo de comparação. Marciano et al. (2003), utilizaram o MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), tendo encontrado valores elevados na Depressão, Histeria e Hipocondria.

Já anteriormente Budd e Pugh (1995) tinham verificado a existência de relação entre o *locus* de controlo do sujeito e a presença de acufenos. Os que apresentavam um *locus* de controlo mais interno (que depende de características suas), apresentavam valores inferiores de ansiedade e depressão, logo menor gravidade associada aos seus acufenos. O facto de percepcionarem maior controlo sobre os aspectos da sua vida foi considerado como o aspecto que levava a apresentarem menores níveis de ansiedade e menor tendência para a depressão, tendo uma atitude mais positiva face aos acufenos.

A ansiedade e depressão são dois aspectos também em evidência nos estudos da dor crónica, com valores próximos dos 50% de atingimento nestes pacientes (Turk & Monarch, 2006). Folmer, Griest e Martin (2001; 2002) verificaram a existência de aspectos coincidentes entre as queixas de acufenos crónicos e a dor crónica, tendo concluído que existe em ambos uma elevada correlação com a existência de insónias, depressão e ansiedade, além de existirem outros aspectos comuns, como a hipocondria, tendências obsessivo-compulsivas, percepção de falta de controlo sobre os sintomas e nos acontecimentos de vida, pensamentos catastróficos, estratégias de *coping* mal adaptadas, entre outros, com relação, numa sobre-estimulação dos sistemas nervosos límbico e autónomo, como referem Falkenberg e Wie (2012). A diferença entre um paciente com acufenos gravemente perturbadores e outro com acufenos bem compensados é, frequentemente, um eficaz tratamento das comorbidades emocionais ou psiquiátricas que o afectam (Landgrebe & Langguth, 2011a).

Vallianatou, Christodoulou, Nestoros e Helidonis (2001) chamam a atenção para o aspecto multidimensional do problema dos acufenos, referindo aspectos como as condições climáticas, geográficas, sociais, económicas e culturais, cuja influência se reflecte directamente no perfil psicológico do sujeito, e que para os autores são responsáveis pelo facto dos sujeitos avaliados no seu estudo, cuja amostra é de indivíduos 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.

Quando o paciente reporta tendências suicidas, habitualmente associadas a quadros de depressão, ansiedade e perturbações do sono graves, deve-se actuar de imediato na prevenção dessa situação (Langguth et al., 2011).

A terapia cognitivo-comportamental (TCC), desenvolvida inicialmente para intervenção nas fobias, na ansiedade e na depressão, tem-se mostrado bastante eficaz no controlo dos acufenos e na melhoria da QDV destes pacientes (Landgrebe & Langguth, 2011b; McFerran & Baguley, 2008).

Neste contexto, os objectivos do presente estudo são: a) sistematizar a literatura relativa à ansiedade e depressão nos acufenos; b) verificar a existência de sintomatologia ansiosa em indivíduos com queixas de acufenos e explorar a sua relação com variáveis sociodemográficas e clínicas; e c) verificar a existência de sintomatologia depressiva nos mesmos indivíduos e explorar a sua relação com variáveis sociodemográficas e clínicas.

### **Ansiedade nas queixas de acufenos**

As experiências de ansiedade, em maior ou menor grau, são comuns a todas as pessoas. Trata-se de uma resposta de adaptação a situações inesperadas, que constituam um perigo ou ameaça, sendo um mecanismo de sobrevivência, desencadeado por situações específicas (p.e., um exame), sendo associada com frequência a situações de *stress* (Graziani, 2005; Lemma, 1996). Níveis moderados de ansiedade têm uma função de prevenção e adaptação aos diversos agentes *stressores* com que o indivíduo é confrontado (Graziani, 2005).

As pessoas com maior nível de ansiedade, particularmente em situações de *stress*, têm maior propensão a valorizá-las negativamente ou a interpretá-las como ameaça, sobretudo quando a informação é ambígua (Mathews & MacLeod, 2002).

Associados à ansiedade, encontram-se sintomas físicos por aumento da actividade do Sistema Nervoso Simpático, com aumento do batimento cardíaco e da respiração, sudorese, náusea, tensão muscular e diarreia (Lemma, 1996; Landgrebe & Langguth, 2011b). Estas situações, com o mal-estar associado e pela ansiedade que provocam, levam a que o indivíduo as evite através do afastamento do estímulo que as desencadeia. Nas situações limite, pode tornar-se disfuncional, quando associado a situações difusas, ou excessivas, e na ausência de situações de perigo real, perturbando ou impossibilitando as normais actividades diárias do indivíduo (Graziani, 2005; Hallstrom & McClure, 2000; Lemma, 1996). Os indivíduos com ansiedade mais elevada têm um

baixo nível de controlo, passando do evitamento para um modo de processamento vigilante, mesmo quando a ameaça a tal não justifica (Mathews & MacLeod, 2002).

As perturbações de ansiedade incluem a agorafobia, associada a locais ou situações das quais seja difícil retirar-se; perturbações de pânico, que se caracterizam por ataques de pânico inexplicáveis, aos quais não está associada nenhuma situação que pudesse desencadear uma resposta ansiosa; fobias específicas, que são um medo persistente e irracional de um determinado objecto ou situação, onde se encontram o medo das alturas, medo a animais, etc., provocando limitações no dia-a-dia do indivíduo; a perturbação da ansiedade social ou fobia social, que é um medo persistente de situações sociais ou em que o desempenho do indivíduo possa estar em causa, levando ao seu evitamento; as perturbações obsessivo-compulsivas, que se caracterizam por ideias ou pensamentos persistentes, ou compulsões com comportamentos repetitivos, mas que poderão ser grandes consumidores de tempo; as perturbações por trauma ou relacionadas com *stress*, envolvendo situações de ameaça de morte, morte real ou ferimento grave, ou ameaça à integridade física do próprio ou de outros; e, por último, a ansiedade generalizada, que se caracteriza por um medo excessivo ou irrealista em dois ou mais aspectos da vida do indivíduo, como preocupação com a saúde, finanças, família, que poderão levar à generalização a todos os aspectos da sua vida (APA, 2013; Lemma, 1996). Deve-se acrescentar ainda a perturbação da escoriação, a perturbação obsessivo-compulsiva associada a medicação ou outras substâncias, bem como a relacionada com outras condições clínicas (APA, 2013).

Os sintomas mais comuns na ansiedade passam por tensão motora, com tremores, tensão muscular, inquietação e fadiga fácil, hiperactividade autonómica, com falta de ar, ritmo cardíaco acelerado, sudação, secura da boca, tonturas, náuseas, mal-estar abdominal, micção frequente e dificuldade na deglutição, e alterações da vigília e alerta, com sensação de tensão ou de nervosismo, reacção de alerta exagerada, dificuldade de concentração, dificuldade em adormecer, ou acordar frequente e irritabilidade (Hallstrom & McClure, 2000).

Outras situações de saúde em que a ansiedade parece ser mais prevalente são as alergias, a artrite reumatóide, a asma, o cancro, as doenças endócrinas, as doenças de pele, a diabetes, o enfarte do miocárdio, a fadiga crónica, a fibromialgia, a hipertensão,

o lúpus, a SIDA, o Síndrome do cólon irritável e a mononucleose (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

Os níveis de ansiedade do indivíduo são tidos como uma das hipóteses para a influência de alterações centrais para a percepção dos acufenos, envolvendo uma diminuição dos mecanismos reguladores do eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal (Job et al., 2004).

Jastreboff e Hazell (2004) referem que mais de 80% dos indivíduos que experienciam acufenos pela primeira vez não lhes atribuem nenhum significado nefasto, iniciando um processo de habituação espontâneo. No entanto, se essa experiência induzir elevados níveis de ansiedade, ou se coincidir com um período em que o indivíduo está sob maior stress ou ansiedade, este som não identificado irá gerar uma maior actividade nos sistemas límbico e autónomo, passando os acufenos a ser um problema significativo, com maior ou menor grau, de acordo com a maior ou menor activação desses sistemas (Falkenberg & Wie, 2012; Jastreboff & Hazell 2004). Para além da ansiedade, podem surgir problemas de concentração, ataques de pânico e maior dificuldade em apreciar as actividades do dia-a-dia (Jastreboff & Jastreboff, 2006). Como estes indivíduos apresentam hipervigilância, acabam por se focar constantemente nos acufenos, não se descentrando deles (Mathews & MacLeod, 2002).

Se os acufenos se encontram acompanhados de hiperacusia (hipersensibilidade ao som), os níveis de ansiedade tornam-se ainda mais elevados (Blaesing & Kroener-Herwig, 2012; Landgrebe & Langguth, 2011b). Verifica-se, igualmente, que existe uma maior predisposição para a ansiedade em indivíduos com acufenos e que não apresentem perda auditiva, relativamente aos que apresentam acufenos e perda auditiva (Falkenberg & Wie, 2012).

Job et al. (2004) verificaram que pequenas variações do estado de humor e do estado emocional do sujeito são responsáveis por diferentes reacções aos acufenos. Em sujeitos jovens sem alterações de tipo psicológico e com audição normal, militares sujeitos a carreira de tiro, os efeitos da ansiedade destes indivíduos foram tidos como responsáveis pelas diferenças encontradas na valorização dos acufenos, o que foi interpretado pelo facto de, apesar de serem gerados por alterações do funcionamento das células ciliadas externas da cóclea expostas ao ruído, os responsáveis pela sua percepção eram os mecanismos centrais de tipo emocional e psicológico.

Andersson e Vretblad (2000) verificaram uma significativa correlação entre a sensibilidade ansiógena do indivíduo e o grau de gravidade dos acufenos, verificando que este aspecto é mais marcante nas mulheres. Verificou-se, igualmente, que os indivíduos ansiosos apresentavam mais eventos negativos (Andersson et al., 2007).

A ansiedade está associada a outros factores como a insónia, depressão, dificuldades de comunicação e problemas sociais, familiares ou financeiros (Folmer, Martin, Shi, & Edlefsen, 2005).

McKenna e Daniel (2005) referem que a ansiedade associada a um sono pobre desencadeia a insónia, o que leva a que os acufenos sejam mais perturbadores, o que leva a maiores dificuldades no sono, registando-se um ciclo que importa ser quebrado. Quando o indivíduo está para adormecer, com menos ruído de fundo, sente mais os acufenos, foca-se mais neles, levando a pensamentos e comportamentos que poderão ajudar a piorar a percepção dos acufenos (McKenna & Daniel, 2005).

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 a ruídos comuns, 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 (hipersensibilidade ao som), com conseqüente maior severidade dos acufenos, com um aumento da ansiedade quando as situações de exposição social não podem ser evitadas (Baguley & Andersson, 2007; Meyer & Soubielle, 2001).

Zöger et al. (2001) encontraram alterações de tipo ansioso em 42% dos sujeitos por eles observados, utilizando para a sua avaliação a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), referindo que só 7% destes apresentavam os acufenos antes do aparecimento de perturbações de ansiedade ou de depressão.

### **Depressão nas queixas de acufenos**

A depressão é uma das condições psicológicas mais frequentes, estando associada a situações normais da própria vida do indivíduo, que ciclicamente enfrentará perdas e desapontamentos (Lemma, 1996).

É um quadro clínico de elevada prevalência na população geral, sendo mais frequente nas mulheres e nos indivíduos viúvos (Gameiro et al., 2008; Piccinelli & Wilkinson, 2000). Está frequentemente associado a perturbações graves do funcionamento físico e social do sujeito, implicando recursos de saúde elevados (Gameiro et al., 2008).

Associada à depressão, existem factores emocionais (tristeza, anedonia, sensação de culpa, etc.), motivacionais (aumento da dependência, fadiga, baixa concentração, etc.), cognitivos (expectativas negativas, ideação suicida, preocupação anormal com a doença, etc.), psicomotores (perturbações do sono, líbido diminuído, variações do humor ao longo do dia, etc.) e corporais (ciclo menstrual irregular, amenorreia e obstipação), aos quais se juntam a perda de peso e lentificação motora geral (Hallberg & McClure, 2000; Lemma, 1996). Existem, no entanto, situações em que o aumento de apetite e a hipersónia com agitação motora e ausência de acção prática estão presentes na depressão (Hallberg & McClure, 2000).

A QDV do doente com depressão apresenta-se diminuída, quer na componente associada à saúde, quer na QDV geral (Gameiro et al., 2008). A existência de depressão está associada ao agravar de quadros clínicos, estando igualmente relacionada com maiores dificuldades nas tarefas de vida diária, e por via destes factos mais associada ao envelhecimento (Gilhooly & McDonach, 2006). Nos idosos, encontram-se com frequência perturbações da concentração e da memória, o que poderá ser confundido com eventual demência (Lemma, 1996). Aumentando a prevalência dos acufenos com a idade (Dauman, 1997), será de prever que a depressão seja um quadro clínico muito associado à presença dos acufenos.

A depressão pode estar presente como reacção a uma alteração física, e poderá ser confundida com alterações associadas à própria patologia (Lemma, 1996). Dentro das patologias em que a depressão tem sido mais estudada, encontram-se as alergias, a artrite reumatóide, a asma, o AVC, o cancro, as doenças endócrinas, as doenças de pele, a diabetes, o enfarte do miocárdio, a esclerose múltipla, a fadiga crónica, a fibromialgia, a hipertensão, a SIDA, o Síndrome do cólon iritável e a mononucleose (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

Verificando-se que os indivíduos com depressão crónica apresentam maiores dificuldades funcionais e maior taxa de mortalidade, apresentando menor motivação

para executarem comportamentos que lhes poderão ser benéficos, alterando a sua capacidade para reagir a sintomas somáticos, não procurando apoio nos serviços de saúde mal estes surgem, e interferindo directamente com o seu quadro clínico, será importante ter a percepção de que quanto mais cedo se iniciar a terapia para o quadro depressivo, melhor será o bem-estar do indivíduo e mais rápida a sua recuperação (Gilhooly & McDonach, 2006).

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 acufenos, o sujeito pode desenvolver hiperacusia, fonofobia, conjuntamente com problemas como a depressão (Möller, 2003).

Existem evidências no sentido de que poderá haver uma base genética para a depressão, existindo uma elevada coincidência em gémeos idênticos (Hallstrom & McClure, 2000).

A depressão apresenta por vezes graves alterações na componente social do indivíduo, que tende a isolar-se e quanto mais se isola mais exacerba a sua depressão, sendo necessário intervir a este nível (Lemma, 1996). Adicionalmente, os indivíduos com depressão têm maior dificuldade em pensar sobre o futuro (Andersson et al., 2007).

A depressão *major* caracteriza-se pela presença de pelo menos cinco dos sintomas seguintes: humor depressivo, perda de interesse ou prazer, perda de apetite ou perda de peso, insónia ou hipersónia, agitação ou inibição psicomotora, fadiga, sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva, fraca concentração ou diminuição da capacidade de pensamento e pensamentos recorrentes de morte; devendo persistir por um período de pelo menos duas semanas (APA, 2013; Hallberg & McClure, 2000).

O risco de suicídio é um aspecto a ter em conta nas depressões severas cuja gravidade tem de ser devidamente avaliada (Lemma, 1996).

Zöger e colaboradores (2001) verificaram que 62% dos pacientes por eles observados com queixas de acufenos apresentavam valores sugestivos de depressão ou tipo de vida depressivo na HADS. Folmer et al. (2005) referiram que os pacientes com depressão sentem os acufenos de forma mais severa que os não deprimidos. Quando o paciente foca a sua atenção nos acufenos, estes passam a ter um papel dominante não só na sua

atenção, mas também nas suas actividades, pelo que, mesmo actividades que anteriormente eram agradáveis, deixam de o ser, perdendo o indivíduo o prazer na vida, não conseguindo ter uma visão positiva do futuro, sentindo-se frustrado e deprimido (Andersson et al., 2007; Jastreboff & Hazell, 2004). É, no entanto, importante uma avaliação cuidada do paciente para distinguir a presença de depressão de outro tipo de perturbações psiquiátricas, como alterações da personalidade ou patologia bipolar, que podem perturbar o diagnóstico e a intervenção terapêutica consequente (Langguth & Landgrebe, 2011a).

Da mesma forma que na ansiedade, os acufenos em pacientes deprimidos promovem um círculo que importa ser quebrado, uma vez que o paciente pensa mais nos acufenos, as ideias e pensamentos negativos geram mais depressão, que acentua a gravidade do acufenos e assim sucessivamente (Folmer et al., 2005). Estes acufenos descompensados, associados a uma cada vez maior depressão, levam a graves perturbações na QDV do indivíduo (Langguth & Landgrebe, 2011a). Como já atrás foi referido, além da estreita relação entre a gravidade dos acufenos e a existência de uma depressão, geralmente esta ocorre antes do aparecimento dos acufenos (Zöger, Svedlund, & Holgers, 2002).

Num trabalho efectuado por Collet, Moussu, Disant, Ahami e Morgon (1990), estes investigadores encontraram valores dentro da normalidade no MMPI, com excepção de valores mais elevados na depressão nos homens com acufenos.

A existência de depressão e a intensidade dos acufenos são para Unterrainer et al. (2003, citado por Holgers, Zöger e Svedlund, 2005), os melhores preditores relativamente ao grau de gravidade dos acufenos.

D'Amelio, Archonti, Falkai, Plinkert, e Delb (2004) verificaram igualmente uma elevada correlação entre o grau de depressão, as estratégias de *coping* disfuncionais que afectam mais os pacientes com maior grau de gravidade, e perturbações emocionais causadas pelos acufenos, concluindo que uma rápida intervenção psicológica poderá saldar-se por um excelente prognóstico para estes pacientes.

Stobik, Weber, Münte, Walter, e Frommer (2005) verificaram que os pacientes com acufenos “descompensados”, que serão acufenos tidos como mais perturbadores, apresentavam maiores dificuldades de tipo social, eram mais propensos à depressão, e

utilizavam técnicas de controlo (*coping*) dos acufenos menos eficazes que os sujeitos com acufenos “compensados”.

Greimel, Leibetseder e Unterrainer (1999) procuraram 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-Bref* (WHOQOL-Brief), ao que acrescentaram uma lista de queixas somáticas e uma escala para avaliação do *locus* de controlo. Verificaram que a gravidade da depressão era 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.

Associado à depressão encontra-se um risco acrescido de suicídio, apesar de até à data nenhum estudo confirmar a relação entre este e os acufenos, e geralmente quando surge está associado a outro tipo de problemas e não aos acufenos isoladamente (Andersson, 2002; Dobie, 2003; Frachet & Geoffray, 2001).

### **Avaliação e Intervenção Terapêutica**

A avaliação da ansiedade pode ser efectuada através do uso de escalas de avaliação, nomeadamente, a Escala de Ansiedade de Hamilton, composta por 14 itens; a *Fear Survey Schedule* (Escala dos Medos), que procura avaliar a natureza e intensidade dos medos irracionais e é composta por 72 itens; a Lista de Actividades Obsessivo-Compulsivas de Cottraux, que se centra na avaliação dos comportamentos ritualizados; o Questionário de Medos de Cottraux, mais centrado nas fobias; o *State-Trait Anxiety Inventory*, que apresenta duas escalas, uma relativa à ansiedade geral (traço) e outra relativa à ansiedade transitória (estado), com 20 itens para cada e usado em vários estudos com acufenos, sendo recomendado o uso de estratégias de redução da ansiedade perante valores superiores a 46 (Bennett, 2002; Folmer, Martin, Shi, & Edlefsen, 2005; Graziani, 2005). A HADS, de Zigmond e Snaith, avalia a ansiedade e a depressão, sendo um dos instrumentos mais utilizados e eficazes para medir a ansiedade (p.e., Bennett, 2002; Graziani, 2005; Hallstrom & McClure, 2000; Zigmond & Snaith, 1983).

No que diz respeito à depressão, a escala de Classificação da Depressão de Hamilton, desenvolvida nos anos 50 é uma das mais usadas mundialmente, sendo que quanto maior o valor obtido maior a gravidade da depressão (Hallstrom & McClure, 2000). Outra escala usada para avaliação da depressão é a Escala de Depressão de Von Zerssen, que apresenta 16 itens (Ogden, 1999). Também comumente usado, particularmente em doentes com acufenos, é o Inventário de Depressão de Beck, que apresenta 21 itens, e permite igualmente avaliar o nível de depressão do indivíduo, apresentando valores normativos, sendo aceite, segundo Folmer et al. (2005), que para valores acima de 8 deve-se considerar alguma intervenção, apesar de para a versão portuguesa, Vaz Serra e Abreu (1973) terem proposto um valor de corte de 12 (Bennett, 2002; Folmer et al., 2005; Pais-Ribeiro, 2007). Igualmente muito utilizada é a HADS já anteriormente referida, e descrita no capítulo dos métodos (capítulo 4).

No que concerne às terapias para perturbações da ansiedade que se tornam crónicas e persistentes, são usadas sobretudo as TCC e a terapia medicamentosa (Lemma, 1996).

As TCC apresentam excelente eficácia nas perturbações de ansiedade (Graziani, 2005). Graziani (2005) refere que dentro das TCC encontram-se as que se baseiam nas teorias da aprendizagem, assentes sobretudo no condicionamento clássico (Pavlov) e no condicionamento operante (Skinner) e que constituem o modelo comportamental. O mesmo autor acrescenta que as TCC baseadas na terapia cognitiva procuram ajudar o paciente a aceitar o mundo em si mesmo tal como é, e não como aquilo que acha que deveria ser, assumindo que a fonte de ansiedade e inquietação do indivíduo são as expectativas irrealistas que o paciente desenvolve. Graziani (2005) refere que do ponto de vista epistemológico não se justifica separar os dois tipos de terapia, surgindo uma abordagem estruturada com ambas as vertentes terapêuticas, à qual se junta a componente emocional, que vai interagir com as cognições e os comportamentos, com influência na avaliação da situação-problema. As TCC têm sido usadas com bom resultado em avaliações ao cabo de seis meses (Lemma, 1996).

As técnicas de distração, de reconstrução cognitiva e a modificação de pensamentos e comportamentos mal-adaptados, são outras das TCC utilizadas (Jastreboff & Hazell, 2004).

A prática de exercício físico permite reduzir os níveis de ansiedade, podendo ser uma estratégia de *coping* importante (Ogden, 1999). Outra das estratégias terapêuticas utilizadas, por exemplo, no controlo da dor crónica, é o uso do placebo, uma vez que promove o uso de competências do próprio indivíduo ajudando a controlar o problema e diminuindo a ansiedade (Ogden, 1999). Isto é particularmente relevante, uma vez que o aumento da dor potencia o aumento da ansiedade, e vice-versa, levando a um círculo que terá de ser quebrado para que o paciente consiga lidar melhor com o problema (Ogden, 1999).

Em todos os pacientes que se sintam mais perturbados pela sua situação clínica, é importante promover mecanismos de gestão da ansiedade que passam pelo uso de técnicas de relaxamento, como o uso de técnicas cognitivas, sendo estas importantes no combate aos pensamentos negativos ou catastróficos (Latchford, 2006).

Nos acufenos, o uso das TCC baseia-se na avaliação dos pensamentos e cognições do paciente, e na forma como estes influenciam o seu comportamento (McFerran & Baguley, 2008). A sua utilidade pode igualmente estender-se a situações de dificuldade relativamente ao sono (McKenna & Daniel, 2005).

A *Tinnitus Retraining Therapy* (TRT) é uma das terapias para os acufenos, que procura uma abordagem com uma vertente nas componentes cognitiva e emocional. Após a avaliação do doente, na TRT são efectuadas sessões de aconselhamento (*directive counseling*) no sentido de intervir nas reacções de medo e ansiedade provocadas pela sensação dos acufenos, controlando e diminuindo estas reacções (Jastreboff & Hazell, 2004). É de acrescentar o relaxamento e a terapia sonora, e apresenta igualmente bons resultados nestas situações (Falkenberg & Wie, 2012; Jastreboff & Hazell, 2004).

É comumente aceite que num estado de relaxamento será mais difícil experienciar momentos de ansiedade, pelo que o *biofeedback* como forma de controlar o estado de relaxamento do paciente pode tornar-se numa forma de controlar os acufenos, o mesmo se passando com a meditação, a yoga ou o recurso a massagens terapêuticas (Folmer et al., 2005; Jastreboff & Hazell, 2004; Sandlin & Olsson, 2000).

Nos acufenos, a acção da acupunctura centra-se sobretudo numa procura de reequilibrar o sistema nervoso vegetativo, com consequente melhoria mais rápida do mal-estar

provocado pelo problema, diminuindo a ansiedade, o que permite reduzir o uso dos ansiolíticos (Ohresser & Jeannin, 2000).

A hipnose, o *biofeedback*, programas de exercício físico, técnicas de relaxamento muscular, exercícios de respiração, yoga e massagens podem ser benéficos para o paciente (Jastreboff & Hazell, 2004; Folmer et al., 2005). A utilização de material de auto-ajuda pode ser igualmente benéfico como estratégia de redução da ansiedade em pacientes com acufenos (Andersson & Kaldø, 2005a).

Nas situações mais graves é recomendável o encaminhamento do paciente para avaliação psiquiátrica (Folmer et al., 2005; Landgrebe & Langguth, 2011b). A medicação com ansiolíticos poderá ser necessária nestas situações, mas o uso de sedativos e tranquilizantes que poderão provocar dependência poderão piorar ainda mais a queixa dos acufenos (Folmer et al., 2005; Jastreboff & Hazell, 2004).

O uso de material de auto-ajuda, como um pequeno livro ou manual com informação para perceber o que são os acufenos e com algumas estratégias para melhor lidar com eles, procurando reduzir a componente ansiosa e actuando igualmente nos quadros de depressão poderá ser uma interessante estratégia com impacto na ansiedade e depressão destes indivíduos (Andersson & Kaldø, 2005a).

A intervenção terapêutica na patologia depressiva assenta na farmacoterapia, sendo os antidepressivos bastante eficazes na depressão grave ou *major*, mas não se revelam tão eficazes em situações ligeiras (Hallstrom & McClure, 2000; Lemma, 1996). A terapia psicológica surge como alternativa, mostrando-se menos eficaz nas depressões graves, mas estas terapias podem ser concomitantes (Hallstrom & McClure, 2000). Especificamente, a TCC apresenta excelente eficácia. A TCC procura modificar os pensamentos disfuncionais e evitar os comportamentos que perpetuam o mal-estar associado aos acufenos, mas em situações de ansiedade e depressão mais graves pode ser necessário uma abordagem psicoterapêutica mais específica (Landgrebe & Langguth, 2011b).

Também a estimulação magnética transcraniana tem sido usada no alívio da depressão com alguns resultados positivos (McFerran & Baguley, 2008).

Nas situações em que as terapias atrás indicadas não apresentam resultados, será de considerar o uso da terapia electroconvulsiva, que promove o aumento da neurotransmissão central, sendo considerado um tratamento de último recurso pelos efeitos secundários que induz, particularmente a perda de memória (Hallstrom & McClure, 2000).

Em pacientes com acúfenos, é comum existirem graus moderados de depressão. Nestes casos, a TCC e as terapias de relaxamento usadas habitualmente serão eficazes (Andersson & Kaldø, 2005b; Langguth & Landgrebe, 2011a). Em situações de maior gravidade, é aconselhável o encaminhamento para uma consulta de psiquiatria, sendo por vezes necessário o recurso a medicação anti-depressiva, que, não actuando nos acúfenos, poderá melhorar o estado depressivo e o bem-estar do paciente (Andersson & Kaldø, 2005b; Jastreboff & Hazell, 2004). Apesar de usado para a inibição dos acúfenos, o uso de estimulação magnética transcraniana do córtex dorsolateral pré-frontal, utilizado para o tratamento da depressão, aparece descrito como indutor de acúfenos em alguns casos raros (Langguth & Landgrebe, 2011a; McFerran & Baguley, 2008). Tal pode ser explicado por uma eventual actividade neural do córtex frontal que desencadearia ou agravaria os acúfenos.

### **Método<sup>31</sup>**

De realçar que nos participantes, dois dos elementos da amostra não preencheram o questionário HADS, reduzindo-se a amostra a 56 indivíduos.

### **Resultados**

Os resultados obtidos através da HADS (Tabela 1) mostram que a média relativa à sintomatologia ansiosa era superior à média relativa à sintomatologia depressiva.

---

<sup>31</sup> Os dados referentes ao método geral encontram-se no capítulo 4.

Serão incluídos no artigo a publicar o procedimento e material específicos relativos à ansiedade e à depressão.

Tabela 1 – Caracterização da Ansiedade e Depressão dos Participantes (N=56)

	Mínimo	Máximo	M	DP
Total ansiedade	0	21	8,71	4,724
Total depressão	0	19	5,48	4,427

Verificou-se ainda que houve um indivíduo com o valor mínimo (0) possível para a ansiedade o mesmo se passando para sete indivíduos no que respeita à depressão. Já para o valor máximo (indicador de maior gravidade / 21), houve um indivíduo que o obteve no que se refere à ansiedade, mas ninguém no que se refere à depressão. Dos resultados obtidos, verificou-se que 14 indivíduos tinham valores superiores a 7, valor de corte admitido para a existência de ansiedade clínica, e o mesmo número para a depressão, sendo indicador da necessidade de intervenção (Bennett, 2002; Hallstrom & McClure, 2000). Fazendo esta análise através dos valores de corte propostos por Zöger, Svedlund e Holgers (2004) para os acufenos ( $\geq 5$ ), então foram encontrados 30 indivíduos com valores que apontam necessidade de intervenção na sintomatologia depressiva, e 40 para a sintomatologia ansiosa.

Ao comparar os valores de ansiedade e de depressão obtidos pelos elementos da amostra do sexo feminino com os obtidos pelos do sexo masculino (Tabela 2), verificou-se que os elementos do sexo feminino obtiveram valores mais elevados. Através do teste U de *Mann-Whitney* para determinar a significância da diferença, os resultados obtidos mostram a existência de diferenças estatisticamente significativas, com valores de  $p=0,011$  para a ansiedade e de  $p=0,049$  para a depressão.

Tabela 2 – Estatísticas HADS / Sexo

Sexo		Total ansiedade	Total depressão
Feminino	M	<b>10,55</b>	<b>6,80</b>
	N	20	20
	DP	4,174	4,137
Masculino	M	<b>7,69</b>	<b>4,75</b>
	N	36	36
	DP	4,756	4,468

Apesar dos valores irem aumentando com a idade, não se verificaram correlações estatisticamente significativas, nem para a ansiedade nem para a depressão.

Para a variável estado civil, verificou-se que os indivíduos casados apresentaram valores mais baixos quer para a ansiedade quer para a depressão (Tabela 3), ainda que as diferenças, de acordo com o teste U de *Mann-Whitney*, não sejam estatisticamente significativas (ansiedade:  $p=0,117$ ; depressão:  $p=0,426$ ).

Tabela 3 – Estatística HADS / Estado Civil

<i>Estado Civil</i>		<i>Total ansiedade</i>	<i>Total depressão</i>
Casado	M	<b>8,17</b>	<b>5,11</b>
	N	47	47
	DP	4,320	3,737
Outros	M	<b>11,56</b>	<b>7,44</b>
	N	9	9
	DP	5,940	7,020

Nota – Outros engloba solteiros, viúvos e divorciados.

A Tabela 4 apresenta os resultados descritivos tendo em consideração a actividade profissional dos indivíduos da amostra. Verifica-se que os profissionais das forças armadas obtiveram valores mais baixos para a ansiedade e depressão que os restantes grupos (De acordo com a Classificação Nacional das Profissões – INE, 2010).

Tabela 4 – Estatística HADS / Actividade Profissional (N=56)

<i>Actividade Profissional</i>		<i>Total ansiedade</i>	<i>Total depressão</i>
Profissionais forças armadas	M	<b>5,86</b>	<b>2,57</b>
	N	14	14
	DP	4,555	2,928
Outros	M	<b>9,25</b>	<b>5,25</b>
	N	16	16
	DP	4,640	4,008
Vendedores e serviços de protecção e segurança	M	<b>9,67</b>	<b>7,17</b>
	N	12	12
	DP	4,459	4,366
Domésticas	M	<b>9,33</b>	<b>6,67</b>
	N	12	12
	DP	3,447	3,701
Desconhecido	M	<b>15,00</b>	<b>10,50</b>
	N	2	2
	DP	8,485	12,021

Estes resultados são comprovados pelo recurso ao Teste de Amostras Independentes de *Kruskal-Wallis*, quer para a ansiedade ( $p=0,035$ ), quer para a depressão ( $p=0,038$ ).

No que diz respeito à situação profissional (Tabela 5), quem estava no activo obteve valores inferiores em ambas as componentes emocionais em estudo, sendo as domésticas o grupo que apresentou valores mais elevados, com excepção de um elemento que estava desempregado. As diferenças, no entanto, não são estatisticamente significativas (Teste de *Kruskal-Wallis*).

Tabela 5 – Estatística HADS / Situação Profissional (N=56)

Situação Profissional		Total ansiedade	Total depressão
Tempo inteiro	M	<b>6,54</b>	<b>3,54</b>
	N	13	13
	DP	4,594	4,054
Reforma invalidez	M	<b>9,07</b>	<b>6,00</b>
	N	14	14
	DP	6,070	5,831
Reforma não antecipada	M	<b>8,94</b>	<b>5,00</b>
	N	16	16
	DP	4,187	3,706
Desempregado	M	<b>13,00</b>	<b>9,00</b>
	N	1	1
	DP	.	.
Doméstica	M	<b>10,00</b>	<b>7,33</b>
	N	12	12
	DP	3,438	3,339

No que se refere à escolaridade (Tabela 6), de acordo com o teste de *Spearman*, verificou-se uma correlação negativa estatisticamente significativa com a depressão, não se verificando níveis de significância estatística relativamente à ansiedade.

Tabela 6 - Correlações HADS/Escolaridade (N=56)

		Total ansiedade	Total depressão
Anos de	<i>rs</i>	-0,238	<b>-0,374</b>
escolaridade	<i>p</i>	0,078	<b>0,004</b>

Não se verificaram correlações com os valores do tempo de duração dos acufenos, nem com a intensidade dos acufenos, nem tão pouco com o nível de audição.

## Discussão

Dos resultados obtidos (cf. Tabela 1), verifica-se que a média para a ansiedade ( $M=8,71$ ) é bastante superior à média encontrada para a depressão ( $M=5,48$ ). Se se assumir os valores de *cut-off* ( $\geq 5$ ) propostos por Zöger et al. (2004), e referidos anteriormente, verifica-se que em média esta amostra estava ligeiramente acima desse valor para a depressão, mas que na ansiedade a média está com um valor superior, o que deixa pressupor que é mais afectada. Estes resultados permitem concluir que os indivíduos com acufenos apresentam mais sintomatologia ansiosa que depressiva nesta amostra, o que vai no sentido oposto ao dos resultados obtidos por Zöger et al. (2001).

Verifica-se que quer para a ansiedade, quer para a depressão, as mulheres apresentaram resultados mais elevados, estando em ambas acima do ponto de corte proposto por Zöger et al. (2001) acima referidos, enquanto nos homens tal só se verifica para a ansiedade (Tabela 2), sendo valores com significado estatístico e que confirmam os achados da literatura (Andersson & Vretlab, 2000; Piccinelli & Wilkinson, 2000). No entanto, Collet et al. (1990) referem que os homens com acufenos apresentaram valores mais elevados de depressão no seu estudo, o que poderá ter-se devido ao instrumento utilizado, o MMPI, que não é específico para a depressão.

Para a idade não se encontraram diferenças estatisticamente significativas, apesar dos valores quer para a ansiedade quer para a depressão irem aumentando com a idade. A não existência de correlações estatisticamente significativas poderá dever-se à amostra que concentra os seus elementos na faixa dos 50 / 60 anos.

Para o estado civil, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas, apesar dos elementos do grupo de casados apresentarem valores mais baixos, o que reforça estudos anteriores (Lemma, 1996), nomeadamente através da avaliação do suporte social e familiar. A ausência de significância estatística verificada poderá dever-se à grande assimetria no número de elementos de ambas as amostras (casados:  $N=47$ ; outros:  $N=9$ ).

Verifica-se que os profissionais das forças armadas obtiveram valores mais baixos para a ansiedade e depressão que os restantes grupos. Tal pode dever-se a terem maior segurança quanto à estabilidade e certeza da manutenção da actividade profissional.

Para a escolaridade, verificou-se uma correlação negativa com a depressão, logo, os indivíduos com maior escolaridade terão menores níveis de depressão, fazendo supor que terão maiores recursos para lidar com o problema.

A não existência de correlações com o tempo de duração das queixas sugere que quem tem as queixas há mais tempo parece não ter aprendido a lidar melhor com a ansiedade e a depressão que estão associados aos acufenos, necessitando igualmente de programas de intervenção.

A intensidade percebida dos acufenos, também não se relacionou com os indicadores avaliados, o que permite perceber que o desconforto não parece estar relacionado com a intensidade dos acufenos, mas, de acordo com o que dizem Falkenberg e Wie (2012), com a percepção subjectiva da sua gravidade.

No que diz respeito ao nível auditivo, como esta variável está controlada, não fazendo parte da amostra indivíduos com perda superior a 40 dB, valores de perda moderada e que não perturbam a vida diária do paciente, este poderá ser o motivo para explicar o porquê de perda auditiva, ansiedade e depressão não estarem relacionados em indivíduos com acufenos, quando vários autores referem que o indivíduo com perda auditiva se torna mais ansioso e com maior tendência para a depressão (Gomaa, Elmagd Elbadry, & Kader, 2014).

Estes resultados, justificam a necessidade de existirem propostas de intervenção terapêutica no problema dos acufenos que tenham igualmente em conta a gestão do nível de ansiedade do paciente e o uso de estratégias para diminuir a depressão<sup>32</sup>.

### **Conclusão**

Dos resultados obtidos no presente estudo, verificou-se que 51,7% dos elementos da amostra apresentaram níveis de sintomatologia ansiosa, valor superior ao encontrado por Zöger e colaboradores (2001), apresentado a sintomatologia depressiva valor idêntico, mas neste caso inferior ao reportado pelos mesmos autores, permitindo assim confirmar os dados da literatura, que apontam para a existência de correlação entre a ansiedade e a depressão e as perturbações e diminuição da QDV relacionada com os

---

<sup>32</sup> Ver Artigo 12

acufenos. Será de investigar, num estudo futuro, esta discrepância entre estes resultados e os obtidos por Zöger e colaboradores (2001), sendo eventualmente de considerar a possibilidade de, quer a sintomatologia ansiosa, quer a depressiva decorrerem de situações pessoais, o que poderá não ter sido completamente averiguado no presente estudo.

Permite igualmente alertar para a possibilidade de as mulheres e os indivíduos com menor escolaridade apresentarem maior necessidade de apoio e intervenção terapêutica, para uma ou ambas as variáveis estudadas, (principalmente se os presentes resultados espelharem a realidade nacional). Face aos resultados obtidos, será igualmente de investigar a actividade profissional como aspecto a ter em conta nessa necessidade de intervenção, sendo de sugerir um estudo mais alargado para se poder generalizar as conclusões obtidas.

Assim, considera-se que a intervenção terapêutica é primordial nestes indivíduos, e mesmo intervenções fora da área da psicologia devem ter em conta os dados aqui apresentados, sendo de pensar abordagens complementares, como a utilização de um manual com informações sobre as causas e consequências dos acufenos, bem como com estratégias a utilizar para melhor lidar com eles, o que poderá ser um importante complemento às terapias habitualmente utilizadas, sendo objecto de um estudo futuro<sup>33</sup>.

A possibilidade de utilizar a HADS para rastreio em queixas de acufenos através da Internet, como foi aliás já proposto por Andersson, Kaldö-Sandström, Ström e Strömberg (2003), à qual se poderá/deverá juntar um instrumento específico, como será o caso do THI, poderá permitir intervir de uma forma mais precoce através da melhoria da ansiedade e da depressão nestes pacientes, eventualmente até utilizando um instrumento do tipo do proposto anteriormente.

### **Referências bibliográficas**

American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5 / American Psychiatric Association*. Arlington : American Psychiatric Association.

---

<sup>33</sup> Ver artigo 12.

- Andersson, G. (2002). Psychological aspects of tinnitus and the application of cognitive-behavioral therapy. *Clinical Psychological Review*, 22, 977-990.
- Andersson, G., & Kald, V. (2005a). Internet-based self-help treatment of tinnitus. In R. S. Tyler (Ed.), *Tinnitus treatment: Clinical protocols* (pp. 29-40). New York: Thieme.
- Andersson, G., & Kald, V. (2005b). Cognitive-Behavioural Therapy with applied relaxation. In R. S. Tyler (Ed.), *Tinnitus treatment: Clinical protocols* (pp. 96-115). New York: Thieme.
- Andersson, G., Kald-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., Svalastog, O. K., Kald, V., & Sarkohi, A. (2007). Future thinking in tinnitus patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 191-194.
- Andersson, G., & Vretlab, P. (2000). Anxiety sensitivity in patients with chronic tinnitus. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 29(2), 57-64.
- Baguley, D. M., & Andersson, G. (2007). *Hyperacusis: Mechanisms, Diagnosis, and Therapies*. San Diego: Plural Publishing.
- Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Blaesing, L., & Kroener-Herwig, B. (2012). Self-reported and behavioral sound avoidance in tinnitus and hyperacusis subjects, and association with anxiety ratings. *International Journal of Audiology*, 51, 611-617
- 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.
- Collet, L., Moussu, M. F., Disant, F., Ahami T., & Morgon, A. (1990). Minnesota Multiphasic Personality Inventory in tinnitus disorders. *Audiology*, 29, 101-106.
- D'Amelio, R., Archonti, C., Falkai, P., Plinkert, P. K., & Delb, W. (2004). Akutertinnitus. *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, C. G., Morgan, M., & Sirois, F. M (2002). *Coping with tinnitus: Severity, interpretations, and adjustments*. Summary Report. Ottawa: Carleton University.
- 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.
- Falkenberg, E-S., & Wie, O. B. (2012). Anxiety and Depression in Tinnitus Patients: 5-Year Follow-Up. *International Journal of Otolaryngology*. Article ID 375460, 7 pages. Acedido em Março de 2014 de <http://dx.doi.org/10.1155/2012/375460>

- 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. (2002). 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., Martin, W. H., Shi, Y., & Edlefsen, L. L. (2005). Lifestyle changes for tinnitus self-management. In R. S. Tyler (Ed.), *Tinnitus treatment: Clinical protocols* (pp. 51-64). New York: Thieme.
- Frachet, B., & Geoffroy, 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.
- Gameiro, S., Carona, C., Pereira, M., Canavarro, M. C., Simões, M., Rijo, D., et al. (2008). Sintomatologia depressiva e Qualidade de Vida na população geral. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 103-112.
- Gilhooly, M., & McDonach, E. (2006). An average old age: Associations between ageing, health and behavior. In Kennedy e Llewelyn (Eds.), *The essentials of Clinical Health Psychology* (pp. 287 – 304). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Gomaa, M. A., Elmagd, M.H., Elbadry, M. M., & Kader, R. M. (2014). Depression, anxiety and Stress Scale in patients with tinnitus and hearing loss. *European Archives of Otorhinolaryngology*, 271(8), 2177-2184.
- Graziani, P. (2005). *Ansiedade e perturbações de ansiedade*. Lisboa: Climepsi.
- 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.
- Hallstrom, C., & McClure, N. (2000). *Ansiedade e depressão: Perguntas e respostas*. Lisboa: Climepsi.
- 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 Nacional de Estatística (INE) (2010). *Classificação Portuguesa de Profissões*. [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2), consultado em 20 de Setembro de 2014.
- Jastreboff, P. J., & Hazell, J. W. P. (2004). *Tinnitus Retraining Therapy*. Cambridge: University Press.
- Jastreboff, P. J., & Jastreboff, M. M. (2006). Tinnitus Retraining Therapy: a different view on tinnitus. *ORL*, 68: 23-29.

- 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. *HearingResearch*, 193, 31-38.
- Joyce-Moniz, L., & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidadores de saúde: Desenvolvimento e intervenção*. Porto: Edições Asa.
- Kennedy, V., Wilson, C., & Stephens, D. (2004). Quality of life and tinnitus. *Audiological Medicine*, 2, 29-40.
- Landgrebe, M., & Langguth, B. (2011a). Psychologic/Psychiatric assessment. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 441-444). New York: Springer.
- Landgrebe, M., & Langguth, B. (2011b). Tinnitus and anxiety. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 499-503). New York: Springer.
- Langguth, B., Biesinger, E., Del-Bo, L., De-Ridder, D., Goodey, R., Herraiz, C., et al. (2011). Algorithm for the diagnostic and therapeutic management of tinnitus. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 381-385). New York: Springer.
- Langguth, B., & Landgrebe, M. (2011). Tinnitus and depression. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp.493- 498). New York: Springer.
- Latchford, G. (2006). Accident and trauma. In Kennedy e Llewelyn (Eds.), *The essentials of Clinical Health Psychology* (pp. 233 – 251). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Lemma, A. (1996). *Introduction to Psychopathology*. London: Sage Publications Ltd.
- 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.
- Mathews, A., & MacLeod, C. (2002). Induced processing biases have causal effects on anxiety. *Cognition and Emotions*, 16(3), 331-354.
- McFerran, D. J., & Baguley, D. M. (2008). The efficacy of treatments for depression used in the management of tinnitus. *Audiological Medicine*, 6, 40-47.
- McIntyre, T., Barroso, R., & Lourenço, M. (2002). Impacto da depressão na qualidade de vida dos doentes. *Saúde Mental*, IV(5), 13-24.
- McKenna, L., & Daniel, H. C. (2005). Tinnitus-related insomnia treatment. In R. S. Tyler (Ed.), *Tinnitus treatment: Clinical protocols* (pp. 81-95). New York: Thieme.
- 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.

- Milerová, J., Anders, M., Dvořák, T., Sand, P. G., Königer, S., & Langguth, B. (2013). The influence of psychological factors on tinnitus severity. *General Hospital Psychiatry, 35*, 412-416.
- 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.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa : Climepsi.
- 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, A. V., & Trigueiros-Cunha, N. (2002). Avaliação psicológica de doentes com acufenos: Resultados de uma população de doentes de uma consulta de O.R.L.. *Revista Portuguesa de ORL, 40*(3), 219-236.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde: Instrumentos publicados em português*. Coimbra: Quarteto.
- Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. *British Journal of Psychiatry, 177*, 486-492.
- 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.
- Sirois, F. M., Davis, C. G., & Morgan, M. (2006). "Learning to live with what you can't rise above": Control beliefs, symptom control, and adjustment to tinnitus. *Health Psychology, 25*, 119-123.
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., Linzer, M., Hahn, S. R., Williams, J. B. W., deGruy III, F. V., et al. (1995). Health-Related Quality of Life in primary care patients with mental disorders: Results from the PRIME-MD 1000 Study. *The Journal of the American Medical Association, 274*(19):1511-1517.
- 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.
- Turk, D. C., & Monarch, E. S. (2006). Chronic pain. In Kennedy e Llewelyn (Eds.), *The essentials of Clinical Health Psychology* (pp. 111 – 134). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Udupi, V. A., Uppunda, A. K., Mohan, K. M., Alex, J., & Mahendra, M. H. (2013). The relationship of perceived severity of tinnitus with depression, anxiety, hearing status, age and gender in individuals with tinnitus. *International tinnitus Journal, 18*(1), 29-34.

- 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.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.
- 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.



## Capítulo 12

### **Artigo 11 – Qualidade de Vida de indivíduos com acúfenos: Da caracterização aos preditores biopsicossociais**

#### **Resumo**

Os acúfenos são a percepção de um som sem a existência de estímulo acústico externo que o justifique. Sendo uma condição tendencialmente crónica, para a qual não se conhece ainda tratamento completamente eficaz, é de esperar que a mesma tenha impacto sobre a qualidade de vida (QDV) dos indivíduos.

Com o presente estudo pretende-se caracterizar a QDV de indivíduos com queixas de acúfenos, explorar a sua relação com variáveis sociodemográficas e clínicas, e procurar preditores biopsicossociais da QDV de indivíduos com queixas de acúfenos.

Para tal, foi constituída uma amostra de 58 indivíduos, utentes da consulta de ORL do HMR1 com queixas de acúfenos, aos quais foi administrado o THI para avaliação da sua QDV, tendo-se igualmente administrado um questionário para recolha de dados sociodemográficos e clínicos, e um conjunto de instrumentos para avaliar aspectos psicossociais.

Dos resultados obtidos verifica-se que se está perante uma amostra em que 50% dos indivíduos estava abaixo do ponto de corte para alterações significativas da QDV do indivíduo pela presença dos acúfenos, sendo a subescala catastrófica a mais alterada, correspondendo a dificuldades ao nível da gestão dos pensamentos negativos e da percepção da incapacidade para lidar com os acúfenos.

O perfil biopsicossocial encontrado pelas análises efectuadas, associado a pior QDV, demonstra a necessidade de intervir na relação com outros problemas biológicos, no aspecto psicológico, intervindo na componente cognitiva, emocional e comportamental, e no campo social, verificando-se que o suporte familiar e social pode ser uma componente importante na intervenção com estes pacientes, bem como o uso de

estratégias para controlar a ansiedade demonstrada por estes pacientes que quanto mais elevada pior se revela a sua QDV.

**Palavras-Chave:** acufenos; perfil biopsicossocial; preditores; qualidade de vida

### Introdução

Estão actualmente disponíveis na literatura da especialidade, uma miríade de definições e conceptualizações de Qualidade de Vida (QDV), nem sempre completamente convergentes (cf. Artigo 3). Para Hörnquist (1982), p.e., a base da definição da QDV são as necessidades humanas de tipo físico, psicológico, social, estrutural, e de actividade, sendo a forma e a quantificação como o sujeito avalia a sua satisfação relativamente a essas necessidades que constitui a sua QDV (Bowling, 2001).

Apesar desta multidimensionalidade, QDV pode ser estudada através das várias dimensões que a constituem, e de forma autónoma, surgindo a QDV em contexto familiar, QDV no trabalho ou a QDV relacionada com a saúde, associada por norma a um sintoma ou doença, e que vai para além dos indicadores fornecidos pela avaliação médica (McIntyre, Barroso, & Lourenço, 2002; Pais-Ribeiro, 2005a; 2009). Aspectos como a dor, perturbações motoras, e outras perturbações funcionais ou cognitivas devem ser avaliados, constituindo uma área de investigação dentro da QDV apelidada de “Qualidade de Vida relacionada com a saúde” (McIntyre et al., 2002; Muldoon, Barger, Flory, & Manuck, 1998; Pais-Ribeiro, 2009). A forma como o doente passou a encarado tornou-se mais abrangente, sendo visto numa perspectiva holística, que ultrapassa a mera avaliação do problema que constitui a sua queixa ou do qual sofre, passando a considerar-se igualmente a avaliação do impacto que esse problema clínico tem no conjunto da componente biopsicossocial do indivíduo (Vaz-Serra, 2010).

Desta forma, o bem-estar biopsicossocial do indivíduo durante a realização dos procedimentos e intervenção terapêutica, bem como o seu impacto na vida diária do indivíduo, articulando o impacto dos aspectos positivos e dos negativos, procurando avaliar as suas consequências para a saúde física, psicológica e social do mesmo, passam a constituir a abordagem da QDV relacionada com a saúde, tornando-se um conceito dinâmico e pessoal (Bowling, 2001; Pais-Ribeiro, 2005a).

Neste contexto, encontra-se a QDV relacionada com a saúde, mais abrangente, que apresenta uma perspectiva genérica de doença, desde a doença física à mental ou psicológica, avaliando de que forma influenciam a QDV geral do indivíduo, e a QDV específica da doença, que procura avaliar o impacto que os sintomas e o processo terapêutico de uma determinada lesão ou doença poderão ter no indivíduo (Guterres & Pais-Ribeiro, 2002). No entanto, para simplificar a linguagem, é frequente utilizar-se a expressão mais curta: QDV.

A forma mais usual de medição de QDV é através de questionários administrados em forma de entrevista ou por auto-administração, sendo esta última mais eficaz por se revelar mais rápida para os profissionais envolvidos, permitindo ainda que o sujeito tenha o seu próprio ritmo de preenchimento do instrumento em causa (Bowling, 2005; Seidle & Zannon, 2004). Pais-Ribeiro (2005b) refere a propósito que se assume a existência de aspectos da QDV que só podem ser avaliados pelo próprio.

Tanto em indivíduos saudáveis como em indivíduos com doença (p.e. acúfenos<sup>34</sup>), a investigação tem revelado diferenças na percepção da QDV em função de um conjunto alargado de características sociodemográficas, clínicas e psicossociais (p.e., Ferreira & Santana, 2003; Kennedy, Wilson, & Stephens, 2004; Meneses, 2005; Oliveira & Meneses, 2008a; Pais-Ribeiro, 2005a; Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso, & Ramos, 2003; Sturm et al., 2004). Assim, existem diferenças na percepção da QDV no que se refere ao sexo, tendo os homens melhor QDV nas várias dimensões, o mesmo se passando para os indivíduos com acúfenos, encontrando-se igualmente diferenças relativamente ao grupo etário, encontrando-se valores mais elevados nos sujeitos mais jovens, com maior evidência nas dimensões associadas à função física, e só nesta para os indivíduos com acúfenos (Ferreira & Santana, 2003; Oliveira & Meneses, 2008a, Pais-Ribeiro, 2005b). Ferreira e Santana (2003) referem também diferenças relacionadas com aspectos associados à actividade profissional, apresentando os trabalhadores de actividades manuais valores de QDV inferiores, e quanto ao estado civil, entendido como percepção de eventual isolamento, sendo os solteiros a apresentar valores superiores de QDV. Relativamente ao nível de escolaridade, os resultados obtidos mostram que indivíduos com maior nível de escolaridade apresentam uma perspectiva mais positiva da sua

---

<sup>34</sup> Ver artigo 3.

QDV, e quanto ao local de residência, os residentes em meios urbanos revelam uma QDV mais elevada (Ferreira & Santana, 2003).

Verifica-se em vários estudos que os indivíduos que apresentam alterações de tipo psiquiátrico ou emocional apresentam uma menor satisfação com a vida quando comparados com a população geral, ou com indivíduos que apresentam patologias de outro tipo, correspondendo a défices na sua QDV. No caso concreto da depressão, existem em praticamente todas as dimensões da QDV alterações associadas à presença dessa patologia/sintomatologia, algo que é também referido para os acufenos (Landgrebe & Langguth, 2011; McIntyre et al., 2002). A existência de depressão e a intensidade dos acufenos são para Unterrainer et al. (2003, citado por Holgers, Zöger & Svedlund, 2005), os melhores preditores relativamente ao grau de gravidade dos acufenos. O *coping* surge também relacionado com a QDV em vários estudos (p.e., He & Liu, 2005), sendo mesmo apontado como um seu preditor em indivíduos com acufenos (Roggerone, 2010). Associada à depressão, ou de uma forma autónoma, a ansiedade é igualmente perturbadora da QDV de indivíduos com acufenos, como o demonstram vários estudos (p.e. Bartels, Middel, van der Laan, Staal, & Albers, 2008). O suporte social é igualmente visto como uma mais-valia para a QDV do indivíduo em várias patologias (p.e. White-Williams et al., 2010), mas os dados referentes aos acufenos são contraditórios, logo será importante a avaliação da relação entre eles e a percepção do suporte social (Erlandson & Hallberg, 2000; Murphy, 2012). A espiritualidade é vista como uma mais-valia para a promoção da QDV (Panzini, Rocha, Bandeira, & Fleck, 2007), e o optimismo um preditor da QDV nos acufenos (Roggerone, 2010), daí o seu interesse para este estudo. A auto-eficácia apresenta relação com a QDV em vários grupos, como é o caso de indivíduos que tenham sofrido acidentes vasculares cerebrais (p.e. Robinson-Smith, Johnston, & Allen, 2000), no entanto, na literatura não foram encontrados estudos em indivíduos com acufenos que confirmem estes dados.

Quando existem problemas crónicos, como é o caso dos acufenos, encontram-se elevadas comorbilidades, pelo que a avaliação da QDV irá reflectir a avaliação do impacto da doença no funcionamento mental, social e físico do indivíduo, e na percepção do seu bem-estar, podendo ser estas comorbilidades ainda mais importantes para a sua QDV do que as próprias alterações provocadas pela sua doença

(Cunningham, Nakazono, Tsai, & Hays, 2003; Rijken, Kerkhof, Dekker, & Schellevis, 2005).

Num estudo efectuado por Davis e Roberts (1996), em que utilizaram o SF-36 para avaliar a QDV de pacientes com acufenos, verificou-se que, para todas as subescalas, os resultados obtidos eram inferiores aos da população geral (Reino Unido), e que quanto maior a percepção da gravidade dos acufenos, mais se acentuava essa diferença, resultados confirmados por Nondahl e colaboradores (2007), para uma amostra dos Estados Unidos, e Oliveira e Meneses (2008a; 2009), para uma amostra de indivíduos portugueses.

Zeman, Koller, Langguth, e Landgrebe (2014), por seu turno, constataram uma forte correlação entre a percepção de desconforto associado à presença de acufenos e a QDV e a depressão. Adicionalmente, verificou-se que indivíduos com hiperacusia apresentavam menor QDV (Herraíz, Hernandez-Calvin, Plaza, & De los Santos, 2002), o mesmo se passando com indivíduos que apresentavam vertigem ou desequilíbrio (Weidt et al., 2014). Como foi referido anteriormente, outras variáveis como o *coping*, a auto-eficácia, a ansiedade, e o optimismo são apresentadas em vários estudos como estando relacionadas com a QDV de indivíduos com acufenos.

Neste contexto, os objectivos deste estudo são: a) caracterizar a QDV de indivíduos com queixas de acufenos; b) explorar a sua relação com variáveis sociodemográficas e clínicas, e c) procurar identificar preditores biopsicossociais da QDV de indivíduos com queixas de acufenos.

### **Método<sup>35</sup>**

Face às vantagens e desvantagens dos instrumentos específicos de QDV (cf. Meneses, 2005); à variedade de instrumentos de avaliação específica dos acufenos que, não tendo sido construídos com o objectivo específico de avaliar a acção da presença dos acufenos na QDV, o permitem (Kennedy et al., 2004); aos resultados da comparação de instrumentos realizada por Kennedy et al. (2004); ao conteúdo dos itens e à correlação entre os valores obtidos no *Tinnitus Handicap Inventory* (THI) e os obtidos com o SF-

---

<sup>35</sup> Os dados referentes ao método geral encontram-se no Capítulo 4.

Serão incluídos no artigo a publicar a descrição pormenorizada dos participantes, material e procedimentos específicos do presente estudo.

36v2 (instrumento frequentemente usado para avaliar a QDV; Oliveira & Meneses, 2008a); à administração breve e fácil (podendo ocorrer auto-administração), cotação fácil e rápida, interpretação fácil dos seus resultados (Heller, 2003; Newman, Jacobson & Spitzer, 1996), e boa aceitação por parte dos inquiridos (Oliveira & Meneses, 2008b); bem como investigações prévias (p.e., Bartels, et al., 2008; Zeman et al., 2014), optou-se, para avaliar a QDV de indivíduos com acúfenos, pela versão portuguesa do THI.

Para além do THI, foi ainda administrado um questionário sociodemográfico e clínico, elaborado para o presente estudo. Para a avaliação das variáveis psicossociais, recorreu-se ao Brief COPE (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004), Escala de Satisfação com o Suporte Social [(ESSS)(Pais-Ribeiro, 1999)], Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde [(EA ECS)(Pinto & Pais-Ribeiro, 2007)], Escala de Auto-Eficácia Geral [(EAEG)(Pais-Ribeiro, 1995)], Escala de Optimismo [(LOT-R)(Pais-Ribeiro & Pedro, 2006)], e a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar [(HADS)(Pais-Ribeiro et al., 2007)].

### **Apresentação e discussão dos resultados**

Pela análise das médias referentes ao THI total e respectivas subescalas (Tabela 1), verifica-se que a amostra estudada apresentava valores totais médios no THI próximos do ponto de corte (36, cf. McCombe et al., 2001): 36,17, sendo que a análise das frequências revelou que 50% da amostra se situava abaixo do valor 36 (Tabela 2).

Tabela 1 – Distribuição do THI por Graus de Gravidade dos Acufenos (N=58)

<i>Grau de gravidade dos Acufenos</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>% acumulada</i>
Grau I (0-16) - Reduzido	11	19,0	19,0
Grau II (18-36) - Ligeiro	20	34,4	53,4
Grau III (38-56) - Moderado	19	32,8	86,2
Grau IV (58-76) - Severo	5	8,6	94,8
Grau V (78-100) - Catastrófico	3	5,2	100

Igualmente de acordo com McCombe et al., (2001), nos graus IV e V deve-se encontrar um número reduzido de elementos, encontrando-se nesta amostra 13,8% dos indivíduos nessas dois grupos.

Tabela 2 – Médias do THI e subescalas

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>dp</i>
Subescala Funcional	58	0	40	14,03	8,790
Subescala Catastrófica	58	0	20	8,45	4,354
Subescala Emocional	58	2	34	13,69	8,656
Total THI	58	4	94	36,17	19,611

No que diz respeito às subescalas, e fazendo a análise das médias tendo em consideração o (diferente) número de itens por subescala, para a subescala funcional encontrou-se um valor de 1,28 (14,03/11), apresentando a subescala emocional um valor de 1,52 (13,69/9), e a subescala catastrófica um valor de 1,69 (8,45/5). Sendo esta última a mais elevada/afectada, pode-se concluir que é a nível dos pensamentos negativos e da percepção da incapacidade em lidar com os acufenos que os pacientes se sentem mais afectados.

Ao efectuar a comparação dos valores obtidos no THI relativamente ao sexo (Tabela 3), verifica-se que, quer para a escala total, quer para as várias subescalas, os homens apresentaram valores mais elevados e com maior dispersão. Estes resultados contrariam o que seria expectável pelo que é descrito na literatura (Ferreira & Santana, 2003; Kennedy et al., 2004; Oliveira & Meneses, 2006).

Tabela 3 – Estatística descritiva QDV em Função do Sexo

Sexo		Subescala Funcional	Subescala Catastrófica	Subescala Emocional	Total THI
Feminino	M	13,90	8,10	12,86	34,86
	N	21	21	21	21
	DP	6,495	3,604	6,945	15,094
Masculino	M	14,11	8,65	14,16	36,92
	N	37	37	37	37
	DP	9,944	4,762	9,550	21,927
U de Mann-Whitney	p	0,526	0,935	0,789	0,955

No entanto, de acordo com o teste U de *Mann-Whitney* para amostras independentes, verifica-se que não existiam diferenças estatisticamente significativas. De futuro, será de analisar um pouco melhor a amostra, de modo a tentar encontrar justificação para estes resultados (p.e., haver outra(s) variável(eis) em que os dois grupos diferissem e que tivesse(m) maior relevância do que o sexo).

No que se refere à idade, verifica-se que não existiam correlações estatisticamente significativas entre os indicadores de QDV e a idade dos participantes, ao contrário do que seria de esperar, de acordo com a literatura revista (Ferreira & Santana, 2003).

A análise aos valores obtidos no THI em função do estado civil, mostra que os indivíduos casados apresentaram valores inferiores no THI total e nas várias subescalas, logo, apresentaram melhor QDV que os indivíduos que se encontravam “sós”, o que poderá indicar que o suporte familiar poderá ser importante nestas situações. No entanto, estes resultados contrariam os apresentados por Ferreira e Santana (2003), que apresentam valores mais elevados de QDV para os indivíduos solteiros.

Todavia, estas diferenças não foram estatisticamente significativas, quando foram analisados os grupos dos casados e um grupo com os solteiros, divorciados e viúvos, de acordo com o teste U de *Mann-Whitney* (THI Total:  $p=0,308$ , THI Funcional:  $p=0,234$ , THI Catastrófico:  $p=0,624$ , e THI Emocional:  $p=0,256$ ).

Tal pode, contudo, dever-se à grande diferenças do número de elementos dos dois grupos, uma vez que eram 48 indivíduos casados e só 10 elementos estavam no grupo dos “outros” (solteiros, viúvos, divorciados).

Na análise da actividade profissional, verifica-se que os indivíduos das forças de segurança são os que apresentaram valores mais baixos no THI, logo melhor QDV. Todavia, mais uma vez, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas [(teste U de *Mann-Whitney*)(THI Total:  $p=0,520$ , THI Funcional:  $p=0,585$ , THI Catastrófico:  $p=0,753$ , THI Emocional:  $p=0,503$ )].

Pela literatura consultada (Ferreira & Santana, 2003), seria de esperar que quem apresentasse maior nível de escolaridade devesse igualmente apresentar maior QDV, mas tal não se verifica na presente amostra. Os valores que foram obtidos, através do teste de *Spearman*, são:  $p=0,520$  para o THI Total,  $p=0,585$  para THI Funcional,  $p=0,753$  para o THI Catastrófico e  $p=0,503$  para o THI Emocional.

O facto de ter a queixa à mais ou menos tempo também não é factor diferenciador da QDV para estes indivíduos, pois também não se encontraram resultados estatisticamente significativos (teste de *Spearman*) a esse nível, o que confirma os resultados obtidos por Oliveira e Meneses (2009).

A forma de instalação dos acúfenos, gradual (63,8%) ou abrupta (36,2%), também não estava relacionada com a percepção de QDV destes indivíduos, de acordo com o teste U de *Mann-Whitney* (THI Total:  $p=0,704$ , THI Funcional:  $p=0,702$ , THI Catastrófico:  $p=0,491$ , THI Emocional:  $p=0,626$ ), o que confirma os resultados obtidos por Oliveira e Meneses (2009).

O facto de os acúfenos serem permanentes (77,6%) ou intermitentes (22,4%), também não se revelou como indicador de níveis diferentes de QDV dos elementos da amostra, de acordo com o teste U de *Mann-Whitney* (THI Total:  $p=0,830$ , THI Funcional:  $p=0,518$ , THI Catastrófico:  $p=0,165$ , THI Emocional:  $p=0,786$ ), o que foi igualmente apontado por Oliveira e Meneses (2009).

Quanto à localização dos acúfenos (84,5% nos ouvidos), que para Oliveira e Meneses (2009) também não era relevante para a QDV destes indivíduos, verificou-se que os indivíduos que os sentiam espalhados pela cabeça (15,5%), apresentaram valores mais elevados no THI, o que poderá ser explicado pela crença de que o problema podendo ser na cabeça e não no ouvido, poderá contribuir para maior ansiedade. Mas, mais uma vez, sem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, de acordo com o teste U

de *Mann-Whitney* (THI Total:  $p=0,983$ , THI Funcional:  $p=0,623$ , THI Catastrófico:  $p=0,178$ , THI Emocional:  $p=0,935$ ).

A análise da correlação entre a intensidade dos acufenos, avaliada através da escala visual analógica (EVA), e os valores do THI (Tabela 4), mostram que efectivamente se correlacionam de modo estatisticamente significativo, e que quem referiu percepção de maior intensidade dos acufenos relatou igualmente maiores valores no THI, logo menor QDV. A explicação que se pode avançar é que se a sensação é de que o som é mais intenso, tal pode levar à percepção de maior incómodo na vida diária.

Tabela 4 – *Correlações entre Qualidade de Vida e Intensidade dos Acufenos*

		<i>Subescala</i>	<i>Subescala</i>	<i>Subescala</i>	<i>Total THI</i>
		<i>Funcional</i>	<i>Catastrófica</i>	<i>Emocional</i>	
EVA da	<i>rs</i>	<b>0,367</b>	<b>0,355</b>	<b>0,272</b>	<b>0,333</b>
intensidade dos	<i>p. (2-tailed)</i>	0,005	0,006	0,039	0,011
acufenos					

Apesar de na literatura se encontrar referências a que não existem correlações entre o nível da intensidade dos acufenos, medida através da acufenometria, e os valores do THI (Cima, Crombez, & Vlayen, 2011), aqui o que se considerou foi a intensidade percebida, que é ainda mais subjectiva que a medição através da acufenometria, e que certamente corresponde a um maior grau de incómodo que estará igualmente reflectido nos valores da QDV. Será interessante num estudo futuro fazer a correlação entre estes valores e os valores da acufenometria medidos nestes pacientes.

Os indivíduos que afirmaram sentir hipersensibilidade ao som (hiperacusia/ $N=40$ ) apresentaram igualmente valores inferiores de QDV. No entanto, tal não se reflectiu em termos de significância estatística, de acordo com o teste U de *Mann-Whitney*, com  $p=0,274$  para o THI Total,  $p=0,237$  para THI Funcional,  $p=0,176$  para o THI Catastrófico e  $p=0,458$  para o THI Emocional, tendo, Oliveira e Meneses (2006) encontrado no seu estudo correlação com a vitalidade medida através do SF-36.

No entanto, quando a análise é feita através da EVA, tal permite observar que os indivíduos que sentiam maior hipersensibilidade ao som demonstraram uma QDV mais baixa, com excepção da subescala catastrófica (Tabela 5).

Tabela 5 – *Correlações entre Qualidade de Vida e incómodo da Hiperacusia*

		<i>Subescala Funcional</i>	<i>Subescala Catastrófica</i>	<i>Subescala Emocional</i>	<i>Total THI</i>
EVA do	<i>rs</i>	<b>0,362</b>	0,248	<b>0,315</b>	<b>0,356</b>
incómodo de hiperacusia	<i>p (2-tailed)</i>	0,022	0,123	0,048	0,024

Pode-se concluir que, dos indivíduos com acufenos e hiperacusia, os que se sentiam mais afectados pela presença de acufenos eram os que percepcionavam maior dificuldade pela maior sensibilidade aos sons.

Os indivíduos com queixas de vertigem, além dos acufenos, apresentaram também valores indicadores de menor QDV, o que está de acordo com o esperado e o reportado pela literatura (Oliveira & Meneses, 2009; Weidt et al., 2014), e aqui com relevância estatística, como o comprovam os dados obtidos através do teste U de *Mann-Whitney* para amostras independentes, com os seguintes valores de significância: THI Total:  $p=0,005$ ,  $p=0,047$  para THI Funcional,  $p=0,006$  para o THI Catastrófico e  $p=0,006$  para o THI Emocional.

Estes valores corroboram os dados da literatura, uma vez que é referido que os indivíduos com desequilíbrios e vertigem apresentam menor QDV (Mendel, Bergenius, & Langius, 1999; Weidt et al., 2014).

No que toca à análise referente à presença de “problemas nervosos” referidos pelos pacientes ( $N=28$ ), verificou-se igualmente que os indivíduos que referiram não os ter apresentaram melhor QDV. No entanto, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas, de acordo com o teste U de *Mann-Whitney* ( $p=0,272$  para o THI Total,  $p=0,398$  para THI Funcional,  $p=0,468$  para o THI Catastrófico e  $p=0,200$  para o THI Emocional). De acordo com a literatura (p.e. Cunningham et al., 2003; McIntyre et al., 2002), seria de esperar que existissem diferenças, uma vez que os indivíduos que reportam problemas nervosos, ou de tipo psicológico, tendem a apresentar menor QDV. Tal poderá dever-se ao reduzido número de elementos da amostra, e pelo facto de os indivíduos com patologia que reportassem dificuldades evidentes no seu dia-a-dia terem sido excluídos da amostra, restando aqueles que não referiam alterações significativas.

Foi igualmente efectuada uma análise da relação entre o nível de audição e os valores obtidos no THI, sem, no entanto, se verificarem correlações estatisticamente significativas (Teste de *Spearman*). Tal pode dever-se ao facto de a audição nesta amostra estar controlada, não existindo indivíduos com perda superior a 40 dB, logo, não existindo grande compromisso da audição no seu dia-a-dia.

No que se refere às variáveis psicossociais, encontram-se correlações estatisticamente significativas entre QDV e *coping*, no *coping* activo, suporte emocional e negação (Tabela 6).

Tabela 6 - Correlações entre Qualidade de Vida e Coping (N=58)

		Total THI	Subescala Funcional	Subescala Catastrófica	Subescala Emocional
Coping Activo	<i>rs</i>	<b>0,310</b>	0,233	<b>0,261</b>	<b>0,304</b>
	<i>p</i>	<b>0,018</b>	0,078	<b>0,048</b>	<b>0,020</b>
Suporte Emocional	<i>rs</i>	0,255	<b>0,296</b>	0,147	0,226
	<i>p</i>	0,054	<b>0,024</b>	0,270	0,089
Negação	<i>rs</i>	<b>0,265</b>	0,224	0,215	<b>0,285</b>
	<i>p</i>	<b>0,045</b>	0,091	0,104	<b>0,030</b>

He e Liu (2005) apontam o *coping* como sendo um factor que promove uma melhor QDV. Os resultados encontrados, sugerem que o mesmo se passa para os indivíduos com acufenos, concretamente no que se refere às estratégias de *coping* activo, em que o indivíduo desenvolve estratégias para melhor lidar com o problema, com valores mais elevados de THI em todas as subescalas, com excepção da funcional, logo inferior QDV, o que indica que quem utiliza mais esta estratégia apresenta maior dificuldade emocional em lidar com os acufenos e um maior número de ideias e pensamentos negativos, aspecto que deverá ser melhor avaliado em estudos futuros. Os indivíduos que apresentavam maiores dificuldades funcionais, ligadas a problemas físicos, como dificuldade em ouvir por causa dos acufenos, ou em adormecer, apresentavam maior recurso às estratégias de suporte emocional, como a compreensão de alguém que o conforte. O uso da estratégia de negação aparece relacionado de uma forma geral com a

totalidade do THI, mas particularmente na componente emocional, revelando a dificuldade do indivíduo em aceitar o problema.

Quanto às restantes estratégias de *coping* avaliadas pelo Brief COPE não se encontraram correlações estatisticamente significativas entre a QDV e a sua utilização.

Relativamente à auto-eficácia e ao optimismo, que a literatura, como supracitado, apresenta como sendo importantes para uma melhor QDV, não se encontraram correlações estatisticamente significativas na presente amostra. No que concerne a espiritualidade e a satisfação com o suporte social, para os quais não se encontraram evidências de relação com a QDV destes indivíduos, também não se verificaram correlações estatisticamente significativas. Para a depressão, que classicamente, na bibliografia consultada é referida como sendo indicador de agravamento da QDV (Landgrebbe & Langguth, 2011), não se encontraram correlações estatisticamente significativas, apesar de na subescala emocional se encontrar num valor próximo do valor de significância de 0,05 ( $p=0,057$ ).

Para a ansiedade (Tabela 7) encontraram-se valores estatisticamente significativos, que apontam que quanto maior os níveis de ansiedade maior o valor obtido no THI, logo menor QDV, confirmando os resultados de Bartels et al., (2007), mas unicamente para a escala total e subescala emocional, o que seria de esperar, pois é a que apresenta questões referentes aos problemas psicológicos e emocionais do indivíduo.

Tabela 7 - Correlações entre Qualidade de Vida e Ansiedade (N=58)

		Total THI	Subescala Funcional	Subescala Catastrófica	Subescala Emocional
Total ansiedade	<i>rs</i>	<b>0,295</b>	0,208	0,192	<b>0,352</b>
	<i>p</i>	<b>0,027</b>	0,123	0,156	<b>0,008</b>

Depois de se terem encontrado várias relações entre a QDV dos indivíduos com acufenos e variáveis biopsicossociais, com implicações práticas, pretendeu-se verificar a respectiva capacidade preditiva através do uso da análise estatística de regressão linear, complementada com a utilização dos modelos de regressão múltipla.

Da análise da Tabela 8 verifica-se que os níveis de ansiedade são o maior preditor da QDV destes indivíduos, explicando por este modelo 13,2% da variação dessa QDV, estando de acordo com os dados referidos por Bartels e colaboradores (2007).

Tabela 8 – *Preditores da Qualidade de Vida - THI Total*

	<i>N</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>R</i> <sup>2</sup> <i>a</i>	<i>F</i>	<i>β</i>	<i>t</i>	
<i>Coping</i> activo	58	0,076	0,060	4,607	0,276	2,146	**
<i>Coping</i> negação	58	0,085	0,069	5,206	0,292	2,282	**
Ansiedade	56	0,147	0,132	9,331	0,384	3,055	***
EVA intensidade dos acufenos	58	0,120	0,104	7,626	0,346	2,761	***
EVA hiperacusia	40	0,127	0,104	5,514	0,356	2,348	**

\**p* < 0,1; \*\**p* < 0,05; \*\*\**p* < 0,01

Do modelo de análise de regressão múltipla (Tabela 9), verifica-se que a associação entre a EVA da intensidade dos acufenos e a ansiedade que explica uma variação de 84,1% do total da QDV. Assim, perceber a intensidade do acufeno como muito elevada, associada a níveis de ansiedade elevados prediz uma menor QDV nestes indivíduos.

Tabela 9 – *Modelo de Regressão da Qualidade de Vida - THI Total (N=40)*

	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>R</i> <sup>2</sup> <i>a</i>	<i>F</i>	<i>β</i>	<i>t</i>
Ansiedade	0,849	0,841	106,663	0,533	4,367
EVA intensidade dos acufenos				0,422	3,458

Quanto aos aspectos da QDV associados à componente funcional (Tabela 10), é a percepção da existência de hiperacusia que se revela o melhor preditor, explicando 10,9% da variação da QDV funcional, confirmando o que Herraíz e colaboradores (2002) referem como sendo um sintoma que leva a menor QDV.

Tabela 10 – *Preditores da Qualidade de Vida- THI Funcional*

	<i>N</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>R</i> <sup>2</sup> <i>a</i>	<i>F</i>	<i>β</i>	<i>t</i>	
<i>Coping</i> suporte emocional	58	0,057	0,040	3,361	0,238	1,833	*
EVA intensidade dos acufenos	58	0,124	0,108	7,932	0,352	2,816	***
EVA hiperacusia	40	0,131	0,108	5,717	0,362	2,391	**

\**p* < 0,1; \*\**p* < 0,05; \*\*\**p* < 0,01

Através do modelo de análise de regressão múltipla (Tabela 11), são explicados 76,8% da variação da QDV funcional, através da associação entre a EVA da intensidade dos acufenos e o *coping* de suporte emocional, pelo que, como Roggerone (2010) verificou, a utilização de estratégias de *coping* é um preditor da QDV, neste caso associado à percepção de intensidade elevado dos acufenos.

Tabela 11 – Modelo de Regressão da Qualidade de Vida - THI Funcional (N=40)

	$R^2$	$R^2_a$	$F$	$\beta$	$t$
Coping Suporte emocional	0,773	0,768	133,162	0,381	1,393
EVA intensidade dos acufenos				0,149	1,260

A intensidade dos acufenos percebida pelos pacientes revela-se o melhor preditor da QDV associada à componente catastrófica, ou seja aos pensamentos negativos e à dificuldade em lidar com os acufenos, explicando a variação deste tipo de QDV em 6,9%.

Tabela 12 – Preditores da Qualidade de Vida- THI Catastrófico

	$N$	$R^2$	$R^2_a$	$F$	$\beta$	$t$
Coping activo	58	0,057	0,040	3,367	0,238	1,835 *
EVA intensidade dos acufenos	58	0,085	0,069	5,210	0,292	2,283 **

\*p < 0,1; \*\*p < 0,05; \*\*\*p < 0,01

O modelo de análise de regressão múltipla utilizado permite explicar 79,9% da variação da QDV catastrófica, pela associação da percepção da intensidade dos acufenos, que sendo elevada e associada ao uso de estratégias de *coping* activo são preditores para uma menor QDV da componente catastrófica de indivíduos com acufenos (Tabela 13).

Tabela 13 – Modelo de Regressão da Qualidade de Vida - THI Catastrófico (N=56)

	$R^2$	$R^2_a$	$F$	$\beta$	$t$
Coping activo	0,806	0,799	116,556	0,710	7,259
EVA intensidade dos acufenos				0,223	2,278

O modelo de regressão linear adoptado (Tabela 14) explica 14,3% da variação da QDV associada à componente emocional através dos níveis de ansiedade, sendo que quanto maior esses níveis mais elevados os valores obtidos no THI, o que revela níveis inferiores de QDV do indivíduo.

Tabela 14 – *Preditores da Qualidade de Vida- THI Emocional*

	<i>N</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>R</i> <sup>2</sup> <i>a</i>	<i>F</i>	<i>β</i>	<i>t</i>
<i>Coping</i> activo	58	0,093	0,077	5,736	0,305	2,395 **
<i>Coping</i> negação	58	0,077	0,061	4,703	0,278	2,169 **
Ansiedade	56	0,159	0,143	10,185	0,384	3,191 ***
EVA intensidade dos acufenos	58	0,078	0,062	4,762	0,280	2,182 **

\**p* < 0,1; \*\**p* < 0,05; \*\*\**p* < 0,01

A análise efectuada através do modelo de regressão múltipla permite verificar que se pode explicar a variância da QDV associada à componente emocional em 77,8%, sendo a ansiedade o preditor mais significativo da QDV emocional destes indivíduos (Tabela 15).

Tabela 15 – *Modelo de Regressão da Qualidade de Vida - THI Emocional (N=56)*

	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>R</i> <sup>2</sup> <i>a</i>	<i>F</i>	<i>β</i>	<i>t</i>
<i>Coping</i> activo				0,234	2,139
Ansiedade	0,806	0,799	66,292	0,388	3,114
EVA intensidade dos acufenos				0,327	2,378

### Conclusão

Um primeiro aspecto que está presente neste estudo é que os valores de THI obtidos nesta amostra estão próximos do ponto de corte, que é assumido como referência para considerar que os acufenos são perturbadores na vida diária do paciente. Uma explicação pode ser encontrada no facto de que, sendo a amostra recolhida numa consulta de ORL, eventualmente nem todos os pacientes se deslocaram à consulta tendo nos acufenos a causa principal para a mesma. Num estudo futuro, este aspecto pode ser relevante para controlar a gravidade dos acufenos.

Por outro lado, tendo dois instrumentos para avaliar os acufenos, o THI para a QDV e a EVA para a intensidade, pode acontecer que um paciente relate a intensidade dos acufenos através de um valor relativamente elevado, mas que tal não se reflecta em alterações da sua QDV, medida pelo THI. No entanto, existe uma correlação entre os dois instrumentos, uma vez que quem percepcionou a intensidade dos seus acufenos como mais elevada referiu igualmente pior QDV.

Ao se verificar que é a subescala catastrófica que apresenta valores mais elevados, correspondendo a uma incapacidade para lidar com os acufenos, e à existência de crenças e pensamentos negativos, tal vem reforçar a necessidade de trabalhar estes aspectos, o que do ponto de vista terapêutico reforça a necessidade de estratégias de aconselhamento e mesmo o uso de terapias como a terapia cognitivo-comportamental<sup>36</sup>.

A melhoria do suporte social destes indivíduos poderá ser também importante, como poderão sugerir os resultados obtidos através da comparação entre indivíduos casados e o grupo dos “outros” (solteiros, viúvos e divorciados), apesar de estatisticamente as diferenças não serem relevantes, nem tão pouco na EAEG.

A hiperacusia é igualmente um factor associado a pior QDV, uma vez que indivíduos com maior sensibilidade ao som têm pior QDV. Será igualmente importante, do ponto de vista terapêutico, intervir, preferencialmente numa abordagem comum a ambas as queixas, tentando minorar os seus efeitos.

O mesmo se passa em relação às vertigens, que estão igualmente associadas a uma diminuição da QDV dos pacientes com acufenos, e que do ponto de vista clínico exigem uma abordagem complementar, da responsabilidade do otorrinolaringologista, neurologista ou do otoneurologista (Weidt et al., 2014).

Da análise dos preditores de QDV de indivíduos com acufenos, verifica-se que a percepção da intensidade dos acufenos e as estratégias de *coping*, particularmente o *coping* activo, bem como a ansiedade são os mais frequentes, pelo que será neles que se deverá investir de forma mais consistente, no que respeita à intervenção terapêutica procurando melhorar a QDV destes indivíduos

Os valores obtidos em algumas estratégias de *coping* mostram que será uma das formas de intervir em pacientes com acufenos, treinando-os em estratégias mais eficazes para lidar com o problema. Os valores referentes à ansiedade, que confirmam os resultados da literatura (Bartels et al, 2007), mostrando que os níveis de ansiedade estando aumentados nestes pacientes, contribuem para um maior sofrimento pela presença dos acufenos, e concomitantemente uma degradação da sua QDV, sendo de considerar uma intervenção que permita gerir melhor a ansiedade destes indivíduos.

---

<sup>36</sup> Cf. Artigo 2.

Dos resultados obtidos, e das análises efectuadas, encontra-se um perfil biopsicossocial que demonstra a necessidade de intervir de uma forma transversal, no campo biológico, na relação com outros problemas físicos que possam perturbar ainda mais o paciente, no campo psicológico, intervindo na componente cognitiva, na emocional e também na comportamental, e no campo social, verificando que o suporte familiar e social pode ser uma componente importante na intervenção com estes pacientes.

Como houve um conjunto de indicadores biopsicossociais que não estavam relacionados com a QDV da amostra (ao contrário do que era esperado pela investigação prévia), tal sugere a necessidade de continuar a explorar esta linha de investigação, de modo a identificar o perfil de indivíduos Portugueses com acufenos e com pior QDV que podem beneficiar mais de intervenções a este nível.

### Referências Bibliográficas

- Bartels, H., Middel, B. L., van der Laan, B. F. A. M., Staal, M. J., & Albers, F. W. (2008). The additive effect of co-occurring anxiety and depression on health status, quality of life and coping strategies in help-seeking tinnitus sufferers. *Ear & Hearing, 29*(6), 947-959.
- Bowling, A. (2001). *Measuring disease* (2nd ed.). Buckingham: Open University Press.
- Bowling, A. (2005). *Measuring health* (3rd ed.). Maidenhead: Open University Press.
- Cima, R., F., F., Crombez, G., & Vlayen, J. W. S. (2011). Catastrophizing and fear of tinnitus predict quality of life in patients with chronic tinnitus. *Ear and Hearing, 32*(5), 634-641.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.

- Guterres, M. C. M. M. R. B., & Pais-Ribeiro, J. L. (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>
- He, G., & Liu, S. (2005). Quality of Life and Coping Styles in Chinese Nasopharyngeal Cancer Patients after Hospitalization. *Cancer Nursing*, 28(3), 179-186.
- 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.
- 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.
- 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.
- Kennedy, V., Wilson, C., & Stephens, D. (2004). Quality of life and tinnitus. *Audiological Medicine*, 2, 29-40.
- Landgrebe, M., & Langguth, B. (2011). Psychologic/Psychiatric assessment. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 441-444). New York: Springer.
- 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.
- Mendel, B., Bergenius, J., & Langius, A. (1999). Dizziness symptom severity and impact on daily living as perceived by patients suffering from peripheral vestibular disorder. *Clinical Otolaryngology & Allied Sciences*, 24(4), 286-293.
- Meneses, R. F. (2005). *Promoção da Qualidade de Vida de doentes crónicos: Contributos no contexto das Epilepsias Focais*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- 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.
- Murphy, C. E. (2012). The effect of social support on the quality of life for tinnitus sufferers. *International Tinnitus Journal*, 17(2), 173-179.

- Newman, C.W., Jacobson, G.P., & Spitzer, J.B. (1996). Development of the Tinnitus Handicap Inventory. *Archives of Otolaryngology Head Neck Surgery*, 122(2): 143-8.
- Nondahl, D. M., Cruickshanks, K. J., Dalton, D. S., Klein, B. E. K., Klein, R., Schubert, C. R., et al. (2007). The Impact of Tinnitus on Quality of Life in Older Adults. *Journal of American Academy of Audiology*, 18, 257–266
- Oliveira, V., & Meneses, R. F. (2006). 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 (Coords.), *Actas da XI Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e contextos* (pp. 251-255). Braga: Psiquilíbrios.
- Oliveira, V., & Meneses, R. F. (2008a). Qualidade de vida de portugueses com zumbidos: Confronto de indicadores. In *Psicologia, Saúde & Doença, livro de resumos do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Porto, Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde.
- Oliveira, V., & Meneses, R. (2008b). Balanço da utilização da versão portuguesa do Tinnitus Handicap Inventory (THI). *Audiologia em revista*, 1(2), 101-106.
- Oliveira, V., & Meneses, R. (2009). O papel do SF-36v2 em indivíduos com queixas de zumbidos: Avaliação da qualidade de vida. In C. Sequeira, I. L. Ribeiro, J. C. Carvalho, T. Martins & T. Rodrigues (Eds.), *Saúde e Qualidade de Vida em análise* (pp. 248-257), Porto, Escola Superior de Enfermagem do Porto – Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida.
- Pais-Ribeiro, J. L. (1995) Adaptação de uma escala de avaliação da auto-eficácia geral. In: L. Almeida e I. Ribeiro (Eds.). *Avaliação Psicológica: formas e contextos* (pp.163-176). Braga: APPORT.
- Pais-Ribeiro, J. L. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(XVII): 547-558.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2005a). *O importante é a saúde; Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde – SF-36*. Fundação Merck Sharp & Dohme.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2005b). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Pais-Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In: J. P. Cruz, S. N. de Jesus, & C. Nunes (Coords.): *Bem-estar e qualidade de vida* (pp.31-49). Alcochete, Portugal: Textiverso.
- Pais-Ribeiro, J., & Pedro, L. (2006). Contribuição para a análise psicométrica e estrutural da escala revista de avaliação do optimismo (escala de orientação para a vida Revista-Lot-R) em doentes com esclerose múltipla. In I. Leal, J. L. Pais-Ribeiro e S. Neves (Eds.), *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.133-139). Faro: Universidade do Algarve.
- Pais-Ribeiro, J. L., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do Coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doença*, 5(1), 3-15.

- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology. Health & Medicine*, 12(2), 225-237.
- Panzini, R. G., Rocha, N. S., Bandeira, D. R., & Fleck, M. P. A. (2007). Qualidade de Vida e Espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 34, supl. 1; 105-115.
- Pinto, C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2007). Construção de uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde. *Arquivos de Medicina*, 21(2), 47-53.
- 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(1):45-55.
- Robinson-Smith, G., Johnston, M. V., & Allen, J. (2000). Self-Care Self-Efficacy, Quality of Life, and Depression after Stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81, 460-464.
- Roggerone, M. (2010). *Determinants of tinnitus' impact in Quality of Life in an outpatient clinic protocol*. Consultado em 18 de Maio de 2010, em Universidade Real de Groningen: [http://umcg.wewi.eldoc.ub.rug.nl/FILES/root/Rapporten/2010/tinnituspolikliniek/3\\_pag.pdf](http://umcg.wewi.eldoc.ub.rug.nl/FILES/root/Rapporten/2010/tinnituspolikliniek/3_pag.pdf)
- 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.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., & Ramos, H. (2003). Qualidade de vida e complicações crônicas da diabetes. *Análise Psicológica*, 2(21), 185-194.
- Sturm, J. W., Donnan, G. A., Dewey, H. M., Macdonell, R. A. L., Gilligan, A. K., Srikanth, V., & Thrift, A.G. (2004). Quality of Life after stroke: The North East Melbourne Stroke Incidence Study (NEMESIS). *Stroke*, 35, 2340-2345.
- Vaz-Serra, A. (2010). Qualidade de vida e saúde. In M. C. Canavarro, & A. Vaz-Serra (Eds.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 23-53). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Weidt, S., Bruehl, A. B., Straumann, D., Hegemann, S. C. A., Krautstrunk, G., & Rufer, M. (2014). Health-related quality of life and emotional distress in patients with dizziness: a cross-sectional approach to disentangle their relationship. *BMC Health Services Research*, 14:317. Acedido em Novembro de 2014 em <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/317>.
- White-Williams, C., Grady, K., Naftel, D., Myers, S., Wang, E., & Kirklin, J. (2010). Relationships among satisfaction with social support, perceived stress, and coping on quality of life and survival 5 to 10 years after heart transplantation. *Circulation*; 122, A9061. Acedido de [http://circ.ahajournals.org/cgi/content/meeting\\_abstract/122/21\\_MeetingAbstracts/A9061](http://circ.ahajournals.org/cgi/content/meeting_abstract/122/21_MeetingAbstracts/A9061) 22/05/2011) 20/11/2014.

Zeman, F., Koller, M., Schecklmann, M., Langguth, B., & Landgrebe, M. (2012). Tinnitus assessment by means of standardized self-report questionnaires: psychometric properties of the Tinnitus Questionnaire (TQ), the Tinnitus Handicap Inventory (THI), and their short versions in an international and multi-lingual sample. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10:128. In <http://www.hqlo.com/content/10/1/128>, acessado em 22 de Outubro de 2014.

## Capítulo 13

### **Artigo 12 - Biblioterapia como estratégia terapêutica para promoção da qualidade de vida em pacientes com acúfenos.**

#### **Resumo**

Existem várias abordagens para a intervenção em indivíduos com acúfenos, sendo pouco evidentes os benefícios obtidos, o que poderá dever-se à grande heterogeneidade dos acúfenos e à grande dificuldade na intervenção.

As abordagens à componente psicológica são tendencialmente realizadas através de estratégias cognitivo-comportamentais, apoiando-se por vezes em pequenos livros ou manuais, e que vários autores consideram indispensáveis para o sucesso dos procedimentos terapêuticos.

Assim, os objectivos deste estudo foram: a) desenvolver um manual com informações sobre os acúfenos e estratégias para lidar com eles e b) avaliar a sua eficácia para diminuir, a depressão e a ansiedade, e promover a auto-eficácia, o *coping*, o optimismo, a espiritualidade, a satisfação com o suporte social e a qualidade de vida (QDV) de indivíduos com queixas de acúfenos, procurando igualmente perceber a acção sobre a satisfação com o suporte social.

Para o efeito, foram constituídos dois grupos: o grupo de intervenção (GI:  $N=27$ ), ao qual, além dos cuidados habituais fornecidos no Hospital Militar Regional N°1-Porto, foi fornecido o manual previamente desenvolvido e as respectivas instruções de utilização, e o grupo de comparação ( $N=31$ ), que beneficiou apenas dos cuidados habituais. As avaliações pré e pós-intervenção foram realizadas recorrendo a questionários.

Os valores obtidos em relação à percepção de utilidade do manual ( $M=5,81$ ) são valores moderados, como os encontrados na literatura. A baixa escolaridade da amostra pode ser um dos aspectos que explicam este resultado.

Adicionalmente, os indivíduos do GI apresentaram diminuição da intensidade dos acufenos, melhoria da QDV e da auto-eficácia, bem como uma ligeira melhoria no optimismo, e alguma diminuição na ansiedade e na depressão, comparativamente aos indivíduos do GC.

Será útil efectuar mais estudos no sentido de perceber e melhorar a utilidade percebida e a eficácia destes tipos de intervenção também com outros indivíduos, por exemplo, com perda auditiva e com hiperacusia.

Palavras-Chave: acufenos, biblioterapia, intervenção cognitivo-comportamental, manual, Qualidade de Vida

### Introdução

Uma vez que não existe uma terapia farmacológica eficaz para os acufenos, nem tratamento fisiológico específico, o recurso a outras estratégias terapêuticas é muito comum nos pacientes com acufenos (Malouff, Noble, Schutte, & Bhullar, 2010).

Existem vários tipos de abordagens para a intervenção em indivíduos com acufenos<sup>37</sup>. Dos resultados apresentados em grande parte dos estudos, são pouco evidentes os benefícios obtidos, o que poderá dever-se à grande heterogeneidade dos acufenos e à grande dificuldade na intervenção (Langguth, Kreuzer, Kleinjung, & De Ridder, 2013).

Inicialmente, as abordagens à componente psicológica eram realizadas através de estratégias comportamentais (relaxamento e *biofeedback*), que posteriormente foram complementadas com a componente cognitiva [(atenção divergente, distração e imagens) (Henry & Wilson, 1996)]. Algumas apoiam-se em materiais físicos como pequenos livros ou manuais, que o paciente pode consultar em casa e que vários autores consideram indispensáveis para o sucesso dos procedimentos terapêuticos dos acufenos (Searchfield, Magnusson, Shakes, Biesinger, & Kong, 2011). Rief et al. (2005), p. e., avaliaram um programa de intervenção que incluía uma abordagem psicofisiológica, complementada por estratégias cognitivo-comportamentais, onde se incluía o uso de folhetos com informações sobre o sistema auditivo, os acufenos, a reactividade muscular, a atenção selectiva, bem como outras estratégias relativas aos acufenos. Os

---

<sup>37</sup> Como foi abordado no artigo 2 da tese.

aspectos fisiológicos envolvidos eram a actividade muscular da cabeça e ombros e a actividade electrodérmica. Encontraram uma melhoria significativa nos pacientes do grupo experimental, o que demonstrou que uma intervenção, mesmo simples, como a que foi realizada, poderá levar a bons resultados.

Existem também vários exemplos de estreita colaboração entre a equipa de otorrinolaringologia (ORL) e a psicoterapia, como a que existe no Hospital Universitário de Genebra (Degives & Kos, 2006). Os pacientes que não aceitam a sua disfunção auditiva, ou que se encontram muito focados no desconforto causado pelos acufenos, são enviados para uma consulta conjunta com um médico ORL e com um psicólogo. Esta consulta aborda os aspectos sociais, psicológicos, e cognitivos, procurando consciencializar o paciente para perceber a relação entre a presença dos acufenos e alguns dos aspectos perturbados na sua vida diária actual.

Descreveu-se um exemplo de como o aconselhamento é uma parte importante na intervenção nos acufenos. A partilha de informação, e de conselhos, permite ao paciente lidar melhor com perturbações emocionais, problemas de sono, de concentração, de atenção e dificuldades na sua vida pessoal, profissional e social (Langguth et al., 2013). A possibilidade de fornecer estas informações através de um suporte físico, que possibilite ao paciente o seu acesso sempre que tal seja necessário, poderá ser uma mais-valia terapêutica, que remete para a biblioterapia.

A biblioterapia é usada de várias formas no contexto da intervenção terapêutica. A literatura e a poesia são usadas como forma de promover a auto-estima e o autoconhecimento do paciente (Hinckley, 2008). O uso de livros que possam transmitir mensagens positivas é também um aspecto a explorar.

A biblioterapia é igualmente entendida como a utilização de recursos, como livros, manuais, panfletos específicos para actuar em patologias físicas e psicológicas, e mesmo em alterações associadas ao envelhecimento, podendo ser em determinadas circunstâncias usado material genérico (Feltham & Dryden, 2006; Hinckley, 2008).

Através da biblioterapia, é possível actuar na componente emocional do indivíduo, intervindo a nível cognitivo, promovendo alterações do comportamento e mesmo promovendo alterações emocionais, como é o caso da depressão, onde se encontram resultados, através de meta-análise, elevados (Hinckley, 2008; Malouff & Rooke, 2007).

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), utilizada frequentemente em indivíduos com acufenos, e com resultados positivos, representa, para o paciente, várias deslocações para as sessões, o que se poderá tornar, em termos económicos, “pesado” e desmotivador para alguns dos pacientes (Andersson, 2002; Rief et al., 2005). Adicionalmente, ainda que o número de sessões possa fazer diferença em termos da eficácia da intervenção, essa relação nem sempre é linear (Kröner-Herwig, Frenzel, Fritsche, Schilkowsky, & Esser, 2003). Por vezes, o aconselhamento poderá ser suficiente para que o paciente altere os seus pensamentos e comportamentos relativamente aos acufenos e, para tal, é importante que se acompanhe de algum material em papel que possa usar em casa (Searchfield et al., 2011). O uso de livros ou manuais de apoio será uma forma de reduzir os custos da terapia e diminuir o número de contactos com o terapeuta (Andersson & Kaldo, 2006).

Assim, é comum na psicoterapia fornecer aos pacientes livros de auto-ajuda, que no contexto da terapia são descritos como biblioterapia (Green & Malouff, 2007). De facto, Malouff e Rooke (2007) verificaram a existência de centenas de livros de auto-ajuda, particularmente para problemas psicológicos, e que grande parte deles apresentava estratégias cognitivo-comportamentais direccionadas a um problema específico.

Ao focar as duas abordagens separadamente, são apresentadas na literatura algumas vantagens do uso da biblioterapia (ou de livros de auto-ajuda) sobre o tratamento profissional para os problemas psicológicos, que são: ser menos onerosos; de acesso mais rápido e de fácil utilização; estarem disponíveis 24 horas, sete dias por semana; e de maior privacidade e não perturbarem mais ninguém (Green & Malouff, 2007; Rohde, Stice, Shaw, & Brière, 2014). Green e Malouff (2007), por seu turno, contrapõem algumas vantagens da terapia individual, que começa precisamente por ser de avaliação do problema individual, tratamento desenhado para aquele caso particular, e promover suporte social individualizado.

Henry e Wilson (1996) efectuaram um estudo em que compararam indivíduos a quem eram dadas informações sobre o problema e algumas estratégias comportamentais, com outro grupo a quem era dado treino cognitivo para melhorar as estratégias de *coping*. Verificaram que inicialmente o grupo a quem era dado o treino tinha melhores resultados, mas que, 12 meses após o treino, os resultados obtidos pelos dois grupos eram semelhantes. Estes dados permitem assumir que, se a componente de

informação/educação for bem explorada, os resultados obtidos poderão ser melhores e mais duradouros. No entanto, sabe-se que o material de auto-ajuda, por si só, é ineficaz (Andersson & Kaldø, 2006), pelo que qualquer tipo de apoio ou orientação, por mínimo que seja, será sempre necessário (Green & Malouff, 2007), apesar de alguns estudos mostrarem resultados e efeitos semelhantes quando se comparam os efeitos da biblioterapia com os da psicoterapia individual (Malouff & Rooke, 2007).

Rohde e colaboradores (2014) verificaram que após seis meses do fim de uma intervenção cognitivo-comportamental em indivíduos adolescentes com depressão *major*, os resultados obtidos com o recurso a biblioterapia eram semelhantes aos do grupo de intervenção cognitivo-comportamental, apesar de este apresentar resultados superiores na avaliação efectuada imediatamente após a intervenção. Verificaram igualmente que o grupo que tinha maior contacto com o *staff* de treino apresentou melhores resultados.

Será também importante envolver o paciente com algum “trabalho de casa”, dando-lhe tarefas e material para que complemente a intervenção terapêutica que está a desenvolver. Feltham e Dryden (2006) referem que tal pode ser efectuada com o recurso à leitura, escrita, questionários, monitorização e tarefas comportamentais ou de imaginação. Ou seja, a biblioterapia pode ter aqui um papel interessante.

Num trabalho efectuada por Green e Malouff (2007), os sujeitos do estudo referiram que a biblioterapia os ajudou moderadamente, confirmando estudos anteriores.

De um ponto de vista (mais) prático, existem ainda alguns centros especializados na terapia dos acufenos que fornecem material impresso aos pacientes, para que estes obtenham informação mais precisa sobre o seu problema. Na *Tinnitus Retraining Therapy*, as sessões de aconselhamento são um importante instrumento terapêutico quer para os acufenos quer para a hiperacusia (Jastreboff & Hazell, 2004). No final de cada uma das sessões, por norma, o paciente leva um conjunto de notas informativas e de esquemas que deverá ler em casa e que fazem parte dos mecanismos de reforço da terapia.

Cada vez mais, é possível encontrar livros de auto-ajuda para os acufenos, usados por conselho do terapeuta, ou pelo interesse do próprio paciente (Andersson & Kaldø, 2006). Porém, na literatura pesquisada, são poucos os estudos que avaliam a

utilidade/eficácia deste tipo de intervenção, ou que identificam quais os aspectos psicológicos que seriam de maior utilidade abordar na terapia, sendo este um dos objectivos do presente trabalho. Khaldou, Cars, Rahnert, Larsen e Andersson (2007) utilizaram um material de apoio de biblioterapia com o suporte de um terapeuta, através de contactos telefónicos semanais, verificando uma redução no desconforto provocado pelos acufenos, e nos níveis de depressão e ansiedade, avaliados após a terapia. Malouff et al. (2010) efectuaram um estudo semelhante, mas em que usaram somente o suporte bibliográfico, sem o apoio do terapeuta. Verificaram que os resultados obtidos iam de encontro aos de Khaldou et al (2007), mesmo sem o suporte dos telefonemas do terapeuta. Referiram, no entanto, que os pacientes do estudo podem enviesar os resultados do mesmo, sabendo que o objectivo é avaliar a utilidade do manual, tendo igualmente havido uma elevada taxa de abandono do estudo.

O uso de textos com informação relevante para o paciente passa por texto ao qual ele pode ter acesso, e que faz parte das estratégias cognitivas e comportamentais, e que ajuda o paciente a acelerar o processo de aconselhamento, diminuindo o número de sessões necessárias para melhorar o seu problema (Feltham & Dryden, 2006). Existem, na literatura, várias referências a livros ou manuais de auto-ajuda para uma grande variedade de problemas psicológicos, como para a depressão, a ansiedade, a baixa auto-estima, perturbações do sono e mesmo para os acufenos, que são especificamente desenvolvidos para que o paciente os possa utilizar quando está sem o apoio do terapeuta (Andersson & Kaldou, 2006; Feltham & Dryden, 2006; Malouff et al., 2009). Este tipo de material pode ser utilizado por profissionais menos especializados no problema, como médicos de clínica geral, enfermeiros, psicólogos ou outros que, mesmo não estando tão directamente envolvidos no problema, podem dar apoio ao paciente. A sua utilização revela valores de eficácia de tratamento muito semelhantes aos encontrados com outros tipos de terapias da área da Psicologia (Malouff et al., 2010).

Uma visão negativa do problema, e auto-instruções negativas, ajudam a perpetuar o impacto da doença, pelo que é importante que o doente perceba que terá de ser parte activa na mudança, promovendo auto-instruções positivas que o ajudem a lidar melhor com a situação (Vollmann, Kalkouskaya, Langguth, & Scharloo, 2012). Para tal, o uso

de um suporte de biblioterapia com as informações relevantes, e que o paciente pode utilizar sempre que necessita poderá ser-lhe particularmente útil.

O uso de material de apoio através da *internet* começa a ser cada vez mais comum, pela sua facilidade de acesso e pela disponibilidade de informação espalhada por todo o mundo (Andersson & Kaldø, 2006; Malouff et al., 2010). No entanto, este grande aumento de quantidade de material sobre aspectos ligados à saúde precisa de ser filtrado, sendo um dos aspectos em que o profissional de saúde deverá ser tido em conta (Andersson & Kaldø, 2006). Verifica-se que os resultados da auto-ajuda via *internet* mostram menos eficácia que o modelo tradicional através de biblioterapia (Malouff et al., 2010). Andersson e Kaldø (2006) propõem um protocolo para o uso de material de auto-ajuda através da *internet*, o qual assenta em vários passos que o doente terá de percorrer, sempre com o apoio à distância do terapeuta. Seja como for, considera-se que não estão ainda reunidas actualmente as condições necessárias para uma utilização óptima de material via *internet* por parte de uma percentagem considerável da população Portuguesa (principalmente com mais idade, menor escolaridade e menor capacidade económica).

É ainda de sublinhar que é necessário perceber a receptividade do paciente, pois indivíduos com menor escolaridade, ou que na sua actividade já estejam assoberbados com material escrito (p.e., estudantes), poderão não aceitar tão bem a ideia (Feltham & Dryden, 2006). Será igualmente importante negociar o tempo em que o paciente deve estar envolvido na tarefa (p.e., leitura), e quais os objectivos que devem ser atingidos (Feltham & Dryden, 2006).

Em face do que foi referido até ao momento e do descrito na literatura sobre as características/necessidades de intervenção de indivíduos com acufenos, torna-se pertinente desenvolver estratégias terapêuticas, nomeadamente no âmbito da biblioterapia, eficazes na promoção da auto-eficácia, conforme o que sugerem Oliveira, Meneses e Trigueiros-Cunha (2015)<sup>38</sup>, e que confirmam o descrito por Delb, D'Amelio, Schonecke, e Iro (1999), optimismo (Vollmann et al., 2014) e *coping* de indivíduos com acufenos (p.e., Oliveira, Meneses & Trigueiros-Cunha<sup>39</sup> e Heinecke, Weise, Schwarz, &

---

<sup>38</sup> Estudo apresentado como comunicação livre no 12º Congresso da Federação Europeia das sociedades de Audiologia (EFAS). Corresponde ao Artigo 8 desta tese.

<sup>39</sup> Artigo 7 desta tese.

Rief, 2008), procurando igualmente reduzir a sintomatologia ansiosa/depressiva (Oliveira, Meneses & Trigueiros-Cunha<sup>40</sup>; Andersson, Svalastog, Kaldo, & Sarkohi, 2007; Falkenberg & Wie, 2012; Landgrebe & Langguth, 2011; Udupi, Uppunda, Mohan, Alex, & Mahendra, 2013) e, em última instância, promover a sua Qualidade de Vida (QDV)(Oliveira, Meneses & Trigueiros-Cunha<sup>41</sup>).

Na realidade, em indivíduos com acufenos, a investigação sugere que focar apenas uma única variável psicossocial pode ser insuficiente para a eficácia da intervenção, por oposição a uma estratégia de intervenção multimodal (cf. Sullivan, Katon, Russo, Dobie, & Sakai, 1994). Todavia, a literatura analisada não apresenta dados (robustos) sobre o papel (positivo) da espiritualidade e da satisfação com o suporte social ao nível da promoção da QDV destes indivíduos. Para além disso, tanto a espiritualidade como a satisfação com o suporte social afiguram-se como variáveis particularmente desafiantes no âmbito da biblioterapia.

Porém, considerou-se que o uso de um pequeno manual com informação relevante sobre os acufenos e com dicas práticas (estratégias biopsicossociais) poderá ser uma forma eficaz de melhorar a forma de lidar com a sintomatologia (presença dos acufenos), melhorando os indicadores psicossociais referidos, com uma boa relação custo-benefício. Este manual pode ser útil para permitir que o sujeito se sinta mais preparado e com mais apoio para lidar com os acufenos do que o que é fornecido nas abordagens até agora utilizadas (pelo menos, rotineiramente). Uma vez que Malouff e Rooke (2007) referem não existirem estudos sobre a eficácia de livros ou manuais de auto-ajuda, tendo Malouff e colaboradores (2009) efectuado um estudo sem assistência de um terapeuta ou profissional de saúde, será igualmente um aspecto a explorar a eficácia deste tipo de material mas com algum tipo de apoio terapêutico.

Assim, os objectivos deste estudo foram: a) desenvolver um manual com informações sobre os acufenos e estratégias para lidar com eles e b) avaliar a sua eficácia para diminuir a depressão e a ansiedade, e promover a auto-eficácia, o *coping*, o optimismo, a espiritualidade, a satisfação com o suporte social e a QDV de indivíduos com queixas de acufenos.

---

<sup>40</sup> Artigo 11 desta tese.

<sup>41</sup> Artigos 3 e 12 desta tese.

## Método<sup>42</sup>

### Participantes

A amostra é constituída por 58 indivíduos, utentes da Consulta de ORL do Hospital das Forças Armadas – Pólo do Porto, que apresentam uma média de idades de 56,6 anos (27-66; DP=9,09), 37 homens (63,8%), com audição média de 26,1 dB (11,9-40,0 dB; DP=7,16) e com queixa de acufenos em média há 4,96 anos (0,5-40,0; DP=7,37).

Destes foram constituídos dois grupos: o grupo de comparação (GC –  $N=31$ ), a quem não era introduzido o manual e que era reavaliado após, pelo menos, seis meses da primeira avaliação, variando em função do tempo que mediava até à consulta seguinte, evitando assim que o paciente tivesse de se deslocar de propósito para esta reavaliação, e a quem eram dadas unicamente de forma verbal, numa sessão única, as informações relativas ao seu problema, bem como algumas estratégias básicas para melhor lidar com ele, procedimento utilizado no protocolo do serviço. O outro grupo era o de intervenção (GI –  $N=27$ ), a quem, adicionalmente era fornecido o manual<sup>43</sup>, sendo-lhe dadas as informações e explicações sobre o seu conteúdo, os seus objectivos e forma de utilização. De realçar que era o mesmo profissional (o primeiro autor) o responsável por ambas as fases, quer a sessão que corresponde à abordagem habitual do serviço, e que era efectuada em ambos os grupos, quer a fase do fornecimento e explicação do manual, aqui unicamente ao GI<sup>44</sup>.

A comparação entre os grupos em termos sociodemográficos e clínicos mostra que, aquando da primeira avaliação, o GC era constituído por 18 homens (58,1%) e o GI por 19 (70,4%), mas que através do teste de chi quadrado se conclui que a distribuição entre os grupos pode ser simétrica para o género. Para a idade, não existindo o pressuposto da normalidade, foi utilizado o teste U de Mann-Whitney ( $p=0,956$ ), tendo-se concluído que se está perante grupo com distribuição por idades igualmente simétrica, o mesmo se verificando para a escala visual analógica (EVA) da intensidade dos acufenos e o THI,

---

<sup>42</sup> Os dados referentes ao método geral encontram-se no capítulo 4.

Serão incluídos no artigo a publicar o procedimento e material específicos relativos à biblioterapia, particularmente o manual.

<sup>43</sup> O manual utilizado foi descrito quanto às fases da sua elaboração e ao seu conteúdo no capítulo 4 – Método Geral.

<sup>44</sup> Ver Método Geral – Capítulo 4 para esclarecimento dos procedimentos adoptados.

que respeitando a distribuição normal permitiram a utilização do teste t para comparação de médias. A medição da hiperacusia através de EVA não respeita os pressupostos da distribuição normal, pelo que foi avaliada a simetria da distribuição nos grupos através do teste U de Mann-Whitney, revelando que os dois grupos eram simétricos, tendo-se encontrado semelhante conclusão para os valores do questionário de hiperacusia, medidos através do teste de t para comparação de médias, uma vez que respeita a normalidade. Estes dados estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização dos elementos da amostra

	GC (N=31)	GI (N=27)	p
Masculino	18 (58,1%)	19 (70,4%)	0,331
Feminino	13 (41,9%)	8 (29,6%)	
Idade	57,0 (27-66; DP=8,57)	56,15 (28-66; DP=9,84)	0,956
Intensidade dos acufenos (EVA)	5,84 (3-10; DP=1,92)	5,56 (3-10; DP=1,85)	0,543
THI	32,32 (10-60; DP=14,69)	40,59 (4-94; DP=23,59)	0,218
Hiperacusia (EVA)	6,45 (3-8; DP=2,44) (N=20)	6,39 (3-10; DP=2,12) (N=16)	0,967
Questionário de hiperacusia	12,67 (3-21; DP=4,63) (N=20)	14,0 (3-31; DP=7,70) (N=16)	0,262

Nota: a comparação dos grupos no momento 1 é apresentada quando forem apresentados os resultados de ambas as avaliações.

## Resultados

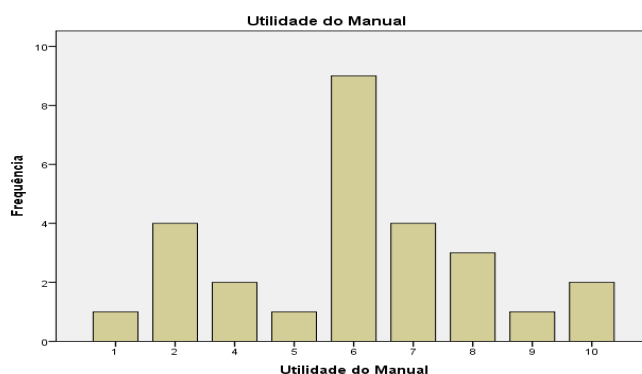
Antes de se iniciar a análise dos indicadores de eficácia da intervenção desenvolvida, serão analisados alguns dados sociodemográficos e clínicos recolhidos após a intervenção.

No início do segundo momento de avaliação, era preenchido o questionário sócio-demográfico (versão reduzida da versão usada no primeiro momento de avaliação), tendo-se verificado que 77,4% dos indivíduos do GC faziam medicação para os acufenos, enquanto no GI eram 44,4%, diferença que se verifica ser estatisticamente significativa ( $p=0,043$ ; Teste U de Mann Whitney). Na questão relativa à existência de alguma alteração significativa na vida do paciente nos últimos seis meses, a resposta foi positiva em 22,6% dos indivíduos do GC e em 22,2% dos indivíduos do GI, não se verificando diferença estatisticamente significativa ( $p=0,223$ ; Teste U Mann-Whitney). Relativamente à questão sobre a percepção de algum “problema nervoso”, no GC 58,1% da amostra refere essa percepção (64,5% no momento 1), e 25,9% dos indivíduos do GI (29,6% no momento 1). Neste aspecto, verifica-se uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos, em ambos os momentos ( $p=0,031$  / 1º momento;  $p=0,050$ ).

Existia uma questão sobre a percepção de alguma modificação nos acufenos, tendo 11 (35,5%) dos indivíduos do GC respondido que sim, e destes 8 (21,6%) sentiam que o acufeno estava pior, tendo 3 (9,7%) respondido que estava menos intenso. Do GI, 14 (51,9%) responderam que sentiram modificação dos seus acufenos, 5 (18,5%) para pior, e 9 (33,3%) sentiam menos incómodo ou menor intensidade dos acufenos. Estamos perante uma questão aberta, pelo que as respostas tanto se focavam na intensidade como no incómodo, dependendo do paciente.

Na questão sobre a utilidade do manual, o resultado médio obtido foi de 5,81 (1-10;  $dp=2,43$ ). Abaixo de seis encontraram-se 8 indivíduos (29,6%) e 19 acima com seis ou mais (70,4%).

Tabela 2 – Distribuição da frequência das respostas sobre a utilidade do Manual



Através do THI (instrumento para avaliação da QDV nos acufenos) pretendeu-se avaliar as alterações que cada um dos grupos apresentou na medição efectuada do primeiro para o segundo momento, procurando avaliar a eficácia da intervenção, tendo para tal sido usado o teste de Wilcoxon.

Na EVA da intensidade dos acufenos (Tabela 3), após a comparação dos resultados obtidos por ambos os grupos nos dois momentos, verificou-se que o valor médio obtido diminuiu da primeira para a segunda avaliação tanto no GC como no GI, ou seja, os participantes consideraram que os acufenos estão menos intensos, no entanto, só no GI tal diferença é estatisticamente significativa.

Tabela 3 – Comparação da intensidade dos acufenos nos dois momentos de avaliação

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>p</i>
Total EVA intensidade dos acufenos GC – Avaliação 1	31	3	10	5,84	1,92	0,117
Total EVA intensidade dos acufenos GC – Avaliação 2	31	1	9	5,23	2,23	
Total EVA intensidade dos acufenos GI – Avaliação 1	27	3	10	5,56	1,85	<b>0,030</b>
Total EVA intensidade dos acufenos GI – Avaliação 2	27	1	8	4,59	2,13	

Todavia, após a utilização do teste U de Mann-Whitney, verificou-se que as diferenças entre os dois grupos, quer no primeiro, quer no segundo momento, não são estatisticamente significativas, com  $p=0,543$  e  $p=0,230$  respectivamente.

Na avaliação da QDV, a comparação dos resultados dos dois grupos nos dois momentos não revelou diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,218$  / momento 1;  $p=0,165$  / momento 2), tendo-se verificado que a média do THI aumentou do primeiro para o segundo momento no caso do GC, o que significa pior QDV. No entanto, para o GI o resultado obtido foi o oposto, com resultados estatisticamente significativos a indicarem que existiu melhoria da QDV (Tabela 4) para este grupo.

Tabela 4 – Comparação do THI (QDV) nos dois momentos de avaliação

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>p</i>
Total THI GC – Avaliação 1	31	10	60	32,32	14,69	
Total THI GC – Avaliação 2	31	0	84	39,94	23,23	0,119
Total THI GI – Avaliação 1	27	4	94	40,59	23,59	<b>0,022</b>
Total THI GI – Avaliação 2	27	2	84	32,37	22,33	

Foram avaliados outros indicadores psicossociais, no sentido de perceber se a acção da proposta terapêutica sobre cada um deles foi eficaz.

A avaliação do *coping* destes indivíduos, no caso concreto as várias estratégias que são avaliadas no Brief COPE (Tabela 5), mostrou que o *Coping* activo foi referido como sendo mais utilizado no segundo momento de avaliação, com resultados estatisticamente significativos no GI e próximo destes no GC, o mesmo se passando quanto à estratégia Planear, mas aqui com diferença estatisticamente significativa apenas no GC. Também em relação à estratégia Religião existem diferenças estatisticamente significativas no GI, tendo diminuído do primeiro para o segundo momento, o mesmo se passando na Auto-culpabilização e na Negação, apesar de nesta última ter aumentado ligeiramente no GC. No que se refere às restantes estratégias, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Na Auto-culpabilização encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre os resultados dos dois grupos em ambos os momentos ( $p=0,034$  / 1º momento;  $p=0,005$  / 2º momento), não sendo possível atribuir a diferença do uso da estratégia unicamente ao uso do manual. Nas estratégias Religião ( $p=0,041$ ), Negação ( $p=0,012$ ) e Humor ( $p=0,01$ ) foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos no segundo momento, reflectindo o menor uso dessas estratégias por parte do GI. Em todas as outras estratégias de *coping* existiram pequenas diferenças que não foram estatisticamente significativas.

Tabela 5 – Comparação do Coping (BriefCOPE) nos dois momentos de avaliação

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>P</i>
<i>Coping</i> activo GC – Avaliação 1	31	0	6	2,38	1,76	0,054
<i>Coping</i> activo GC – Avaliação 2	31	1	6	2,84	1,89	
<i>Coping</i> activo GI – Avaliação 1	27	0	5	2,44	1,65	<b>0,015</b>
<i>Coping</i> activo GI – Avaliação 2	27	0	5	2,89	1,45	
Planear GC – Avaliação 1	31	0	6	2,45	1,77	<b>0,046</b>
Planear GC – Avaliação 2	31	0	6	3,06	1,37	
Planear GI – Avaliação 1	27	0	6	2,37	1,57	0,176
Planear GI – Avaliação 2	27	0	6	2,74	1,75	
Suporte instrumental GC – Avaliação 1	31	0	6	1,97	1,72	0,846
Suporte instrumental GC – Avaliação 2	31	0	6	1,71	1,68	
Suporte instrumental GI – Avaliação 1	27	0	4	1,48	1,45	0,244
Suporte instrumental GI – Avaliação 2	27	0	5	1,26	1,38	
Suporte emocional GC – Avaliação 1	31	0	5	1,45	1,36	0,475
Suporte emocional GC – Avaliação 2	31	0	4	1,58	1,41	
Suporte emocional GI – Avaliação 1	27	0	6	1,59	2,08	0,439
Suporte emocional GI – Avaliação 2	27	0	6	1,37	1,42	
Religião GC – Avaliação 1	31	0	6	2,10	1,96	
Religião GC – Avaliação 2	31	0	6	1,94	2,02	0,657
Religião GI – Avaliação 1	27	0	6	1,30	1,59	<b>0,024</b>
Religião GI – Avaliação 2	27	0	6	0,96	1,40	
Reinterpretação positiva GC – Avaliação 1	31	0	6	2,29	1,55	0,108
Reinterpretação positiva GC – Avaliação 2	31	0	6	2,77	1,59	
Reinterpretação positiva GI – Avaliação 1	27	0	5	2,19	1,47	0,859

Acufenos: Caracterização biopsicossocial, desenvolvimento e avaliação da eficácia de uma intervenção psicológica

Reinterpretação positiva GI – Avaliação 2	27	0	4	2,26	1,13	
Auto-culpabilização GC – Avaliação 1	31	0	5	1,35	1,48	0,148
Auto-culpabilização GC – Avaliação 2	31	0	4	0,97	1,22	
Auto-culpabilização GI – Avaliação 1	27	0	3	0,59	0,89	<b>0,031</b>
Auto-culpabilização GI – Avaliação 2	27	0	2	0,22	0,51	
Aceitação GC – Avaliação 1	31	0	6	2,71	1,88	
Aceitação GC – Avaliação 2	31	1	6	3,26	1,41	0,098
Aceitação GI – Avaliação 1	27	0	6	3,11	1,76	0,309
Aceitação GI – Avaliação 2	27	0	6	2,74	1,75	
Expressão de sentimentos GC – Avaliação 1	31	0	4	1,81	1,40	0,829
Expressão de sentimentos GC – Avaliação 2	31	0	5	1,87	1,52	
Expressão de sentimentos GI – Avaliação 1	27	0	5	1,81	1,15	0,631
Expressão de sentimentos GI – Avaliação 2	27	0	4	1,70	1,27	
Negação GC – Avaliação 1	31	0	6	1,40	1,50	
Negação GC – Avaliação 2	31	0	6	1,48	1,59	0,564
Negação GI – Avaliação 1	27	0	4	1,22	1,42	<b>0,011</b>
Negação GI – Avaliação 2	27	0	4	0,59	1,05	
Auto-distracção GC – Avaliação 1	31	0	6	1,81	1,87	
Auto-distracção GC – Avaliação 2	31	0	6	1,68	1,68	0,671
Auto-distracção GI – Avaliação 1	27	0	5	1,74	1,43	0,410
Auto-distracção GI – Avaliação 2	27	0	4	1,48	1,31	
Desinvestimento comportamental GC – Avaliação 1	31	0	4	1,00	1,07	0,592
Desinvestimento comportamental GC – Avaliação 2	31	0	4	0,98	1,08	
Desinvestimento comportamental GI – Avaliação 1	27	0	4	1,00	1,33	0,314

Acufenos: Caracterização biopsicossocial, desenvolvimento e avaliação da eficácia de uma intervenção psicológica

Desinvestimento comportamental	27	0	4	0,85	1,26	
GI – Avaliação 2						
Uso de substâncias GC –						
Avaliação 1	31	0	2	0,26	0,68	0,680
Uso de substâncias GC –	31	0	3	0,19	0,75	
Avaliação 2						
Uso de substâncias GI – Avaliação						
1	27	0	5	0,30	1,03	0,593
Uso de substâncias GI – Avaliação						
2	27	0	2	0,22	0,64	
Humor GC – Avaliação 1	31	0	6	1,58	1,69	
Humor GC – Avaliação 2	31	0	6	1,05	1,53	1,000
Humor GI – Avaliação 1	27	0	6	1,19	1,55	0,002
Humor GI – Avaliação 2	27	0	3	0,37	0,79	

A satisfação com o suporte social foi igualmente avaliada (Tabela 6). Os resultados obtidos em ambos os momentos de avaliação foram muito semelhantes entre o GC e o GI, sem diferença estatística, o mesmo se passando para a diferença encontrado do primeiro para o segundo momento em cada um dos grupos.

Tabela 6 – Comparação da satisfação com o suporte social (ESSS) nos dois momentos de avaliação

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>P</i>
Total ESSS GC – Avaliação 1	31	29	68	54,97	10,54	0,811
Total ESSS GC – Avaliação 2	31	23	75	54,74	12,58	
Total ESSS GI – Avaliação 1	27	22	70	54,19	12,78	0,957
Total ESSS GI – Avaliação 2	27	18	74	54,96	13,34	

A auto-eficácia foi outra variável avaliada, verificando-se através dos resultados obtidos que no GC a percepção da auto-eficácia diminui do primeiro para o segundo momento, no entanto sem valores estatisticamente significativos. No GI, verificou-se um aumento da percepção da auto-eficácia estatisticamente significativo (Tabela 7). Contudo, o uso do teste U de Mann-Whitney revela que não existiram diferenças estatisticamente significativas entre os resultados dos dois grupos em ambos os momentos.

Tabela 7 – Comparação da auto-eficácia geral (EAEG) nos dois momentos de avaliação

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>p</i>
Total EAEG GC – Avaliação 1	30	28	89	61,20	15,18	0,516
Total EAEG GC – Avaliação 2	30	37	84	59,83	14,69	
Total EAEG GI – Avaliação 1	27	21	90	60,48	18,06	<b>0,047</b>
Total EAEG GI – Avaliação 2	27	21	86	63,41	17,39	

No que se refere ao optimismo, os resultados obtidos (Tabela 8) mostram que no GC o optimismo diminuiu do primeiro para o segundo momento, com valores estatisticamente significativos, não existindo diferenças estatisticamente significativas no GI. Quanto à comparação entre os dois grupos, verificou-se que não existiam diferenças significativas no primeiro momento ( $p=0,779$ ), mas que estas se tornaram significativas no segundo momento ( $p=0,050$ ), pelo agravamento do optimismo no GC.

Tabela 8 – Comparação do optimismo (LOT-R) nos dois momentos de avaliação

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>P</i>
Total LOT-R GC – Avaliação 1	30	9	22	16,27	3,30	<b>0,014</b>
Total LOT-R GC – Avaliação 2	30	5	22	14,27	3,81	
Total LOT-R GI – Avaliação 1	27	4	24	16,00	5,41	0,582
Total LOT-R GI – Avaliação 2	27	7	23	16,56	4,05	

A ansiedade e depressão foram igualmente avaliadas, através de um instrumento único, a HADS (Tabela 9 e 10), Os resultados obtidos para a ansiedade mostram que a ansiedade aumentou no GC, tendo diminuído para o GI. No entanto, estes valores não são estatisticamente significativos, nem tão pouco o são para a comparação entre os grupos no primeiro momento (com  $p=0,327$ ), mas que são significativamente diferentes no segundo momento (com  $p=0,011$ ).

Tabela 9 – Comparação da ansiedade (HADS) nos dois momentos de avaliação

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>p</i>
Total ansiedade GC – Avaliação 1	29	1	19	9,21	4,55	0,082
Total ansiedade GC – Avaliação 2	29	3	17	10,28	4,06	
Total ansiedade GI – Avaliação 1	27	0	21	8,19	4,94	0,163
Total ansiedade GI – Avaliação 2	27	0	20	7,37	5,39	

Para a outra componente avaliada pela HADS, a depressão, os resultados obtidos do primeiro para o segundo momento no GC aumentaram, indicando maior nível de depressão, e com significância estatística, tendo diminuído do primeiro para o segundo momento no GI, sem atingir a significância estatística (Tabela 8). No primeiro momento os resultados não diferiam estatisticamente ( $p=0,786$ ) e no segundo momento encontrou-se um valor próximo da significância estatística ( $p=0,055$ ).

Tabela 10 – Comparação da depressão (HADS) nos dois momentos de avaliação

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>p</i>
Total depressão GC – Avaliação 1	29	0	14	5,31	3,63	<b>0,039</b>
Total depressão GC – Avaliação 2	29	0	19	6,93	3,94	
Total depressão GI – Avaliação 1	27	4	24	5,67	5,22	0,151
Total depressão GI – Avaliação 2	27	0	17	4,96	4,35	

De seguida, são apresentados os resultados obtidos em relação à hiperacusia, através da EVA e do Questionário de hiperacusia de Khalfá. Os resultados obtidos com a EVA (Tabela 11) indicam uma ligeira diminuição entre os dois momentos para ambos os grupos, no entanto, sem significância estatística (Tabela 11), não se encontrando diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Tabela 11 – Comparação da percepção da hiperacusia (EVA) nos dois momentos de avaliação

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>p</i>
Total EVA hiperacusia GC – Avaliação 1	22	3	10	6,45	2,44	
Total EVA hiperacusia GC – Avaliação 2	22	3	10	6,27	2,49	0,944
Total EVA hiperacusia GI – Avaliação 1	18	3	10	6,39	2,12	0,346
Total EVA hiperacusia GI – Avaliação 2	18	2	9	6,07	2,02	

Quanto ao Questionário de hiperacusia (Tabela 12), os resultados mostram que o desconforto associado à hiperacusia aumenta no GC do primeiro para o segundo momento, não havendo alteração da média no GI, não existindo no entanto diferenças significativas, o que acontece igualmente na análise de comparação entre os grupos.

Tabela 12 – Comparação da Hiperacusia (Questionário) nos dois momentos de avaliação

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>P</i>
Total hiperacusia GC – Avaliação 1	22	3	21	12,67	4,63	0,166
Total hiperacusia GC – Avaliação 2	22	5	34	15,86	8,79	
Total hiperacusia GI – Avaliação 1	15	3	31	14,0	7,70	0,074
Total hiperacusia GI – Avaliação 2	15	5	33	14,0	8,14	

## Discussão

Começando por fazer a comparação dos dois grupos em termos sociodemográficos e clínicos, é possível verificar que não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre eles nas variáveis estudadas (Tabela 1).

No que se refere aos dados sociodemográficos e clínicos relativos à segunda avaliação, verificou-se que no GI o uso de medicação foi substancialmente menor do que no GC. Tal poderá ter-se devido ao facto de, por um lado, os clínicos do Serviço terem verificado que o uso da medicação não se reflectia na melhoria dos pacientes, o que poderá ser confirmado pelas respostas dadas pelos pacientes no segundo questionário sócio-demográfico, por outro lado, pela expectativa de que o processo terapêutico instituído e investigado neste estudo pudesse ter efeito positivo nos pacientes, diminuindo assim a possibilidade de existirem efeitos secundários à medicação.

Quanto à existência de alterações significativas na vida dos pacientes, as respostas obtidas situam-se nos 22% em ambos os grupos, reflectindo um agravamento de algum aspecto da sua vida, uma vez que as respostas foram sempre nesse sentido e não numa eventual melhoria. Pode-se considerar que tal aspecto não é responsável pela diferença nos indicadores de eficácia encontrados, uma vez que estamos perante resultados semelhantes em ambos os grupos.

A percepção da existência de “problemas nervosos” mostra alguma discrepância entre os grupos, e que não se alterou do primeiro para o segundo momento de avaliação. No entanto, apesar do GC apresentar uma margem de melhoria significativamente maior, verificou-se uma tendência igual em ambos os grupos, ou seja, em ambos houve uma ligeira diminuição nos resultados obtidos, sugerindo adaptação à situação clínica. Fica no entanto a percepção de que os elementos do GC teriam maior necessidade de intervenção que o GI, face aos resultados das respostas a esta questão. Lembra-se que

estes indivíduos não foram excluídos porque o critério de exclusão era que o “problema nervoso” afectasse de forma a perturbar as actividades diárias do paciente, sendo a decisão de excluir o paciente efectuada de acordo com o que estava reportado na ficha clínica do mesmo. O ideal, todavia, seria que os grupos fossem completamente comparáveis em relação a esta variável.

Das respostas à questão sobre a percepção de modificação nos acufenos, verifica-se que subjectivamente os indivíduos do GI sentiram melhoria em relação ao incómodo ou à intensidade dos acufenos, contrariamente aos do GC que, dos que responderam positivamente à questão, na sua maioria sentiram agravamento do incómodo ou da intensidade dos acufenos. Estes resultados podem ser interpretados como uma evidência indirecta da eficácia da intervenção.

Os valores obtidos em relação à utilidade do manual ( $M=5,81$ ), não são tão positivos (70,4% refere avaliação positiva) como o expectável, no entanto, são valores moderados como os encontrados por Green e Malouff (2007). Será de procurar justificação para tal, se terá sido a estrutura do manual, se a forma como foi utilizado pelos pacientes ou a própria explicação para o seu uso, ou se eventualmente se poderá encontrar justificação na própria amostra, por exemplo, na sua baixa escolaridade ( $M=6,9$  anos), algo que poderá condicionar a adesão ao uso do manual como referem Feltham e Dryden (2006). Em estudos futuros será de considerar o uso de amostras com outras características.

No primeiro momento de avaliação, não se verificava uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos na EVA da intensidade dos acufenos, e que se manteve no segundo momento, mas o GI apresentava uma média no THI total mais elevada que o GC, o que poderá pressupor que apresentava maiores dificuldades em lidar com os acufenos que o GC. Quando se compararam estes valores com os obtidos no segundo momento de avaliação, verificou-se que ambos os grupos apresentaram uma diminuição dos valores referentes à percepção da intensidade dos acufenos, mas que essa diferença era consideravelmente maior para o GI, que passou de uma média de 5,56 para 4,59, enquanto o GC passou de uma média de 5,84 para 5,23, o que está de acordo com as respostas dadas sobre as alterações relativas aos acufenos, e que permitiram concluir que subjectivamente os indivíduos do GI sentiam que os acufenos apresentavam menor intensidade. Utilizando o teste de Wilcoxon, verificou-se ausência de diferença

estatisticamente significativa no GC, e no GI uma melhoria da percepção da intensidade dos acufenos estatisticamente significativa (Tabela 3).

Os resultados do THI, interpretados como indicador da QDV destes indivíduos, permitem verificar que no GC os resultados pioraram, ainda que de modo não estatisticamente significativo, e no GI melhoraram e significativamente. Pode-se pois assumir que a utilização do manual permitiu aos indivíduos do GI lidar melhor com os acufenos, sentindo menos incómodo, desconforto e gravidade do que no início do processo terapêutico, e mesmo do que o GC que inicialmente estava com valores de QDV melhores (Tabela 4).

Em relação às estratégias de *coping*, os resultados mostram que o *Coping* activo foi referido como sendo mais utilizado no segundo momento de avaliação, particularmente no GI, o que poderá indiciar que os indivíduos passaram a ponderar o recurso a estratégias mais eficazes para lidar com o problema dos acufenos. O mesmo se passou quanto à estratégia Planear, aqui mais evidente no GC, não se podendo explicar através da intervenção o maior uso desta estratégia. Em relação às estratégias Religião, Auto-culpabilização e Negação, o GI apresenta valores diminuídos do primeiro para o segundo momento, sendo de concluir que o uso de estratégias activas levam a que o indivíduo passe a utilizar menos estas estratégias, que são mais emocionais e por ventura menos eficazes para lidar com o problema (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, & Gruen, 1986). No que concerne todas as outras estratégias de *coping* existiram pequenas diferenças que não foram estatisticamente significativas.

Face aos resultados obtidos no THI, seria de esperar que os indivíduos do GI utilizassem com maior frequência algumas estratégias retiradas da utilização do manual, no entanto, pode ser que o instrumento utilizado não fosse o mais adequado para essa avaliação, podendo o *Tinnitus Coping Style Questionnaire* ser mais adequado para o efeito, uma vez que é um instrumento específico para o *coping* com os acufenos, procurando avaliar o *coping* eficaz e o *coping* mal-adaptado.

Para os valores da satisfação com o suporte social, uma análise dos mesmos revela uma grande uniformidade (Tabela 6). Estes valores permitem supor que a intervenção através do manual não alterou a satisfação que o indivíduo tinha em relação ao seu suporte

social, levando a pensar que deverá ser utilizada outra abordagem para esse efeito, ou eventualmente implicar os familiares e amigos do paciente no uso do manual.

A auto-eficácia geral foi avaliada através da EAEG, pelo que quanto mais elevado for o resultado obtido maior a auto-eficácia percebida. Dos resultados obtidos (Tabela 7) verificou-se que do primeiro para o segundo momento os valores para o GC diminuíram, logo os pacientes parecem reportar maior percepção de dificuldade em lidar com o problema, logo menor eficácia na relação com os acufenos, mas sem que tal se revele com significância estatística. Contrariamente, para o GI, os valores obtidos foram mais elevados no segundo momento de avaliação do que no momento inicial, o que leva a supor que os indivíduos se sentiram mais confiantes para lidar com os acufenos, com maior eficácia, possivelmente porque o manual poderá ter reforçado a componente da experiência vicariante, com exemplos bem-sucedidos, por outro lado, funcionando como persuasão verbal, aumentando a sua motivação para lidar com o problema, uma vez que possuíam mais estratégias para tal, e igualmente porque a componente emocional, particularmente a gestão do *stress*, será mais eficaz, ajudando-os a gerir melhor as situações que lhes eram mais perturbadoras, o que é reforçado com os resultados obtidos quanto à ansiedade (Bandura, 1977; Bandura & Adams, 1977). Resumindo, a percepção de auto-eficácia poderá estar ligada ao uso de estratégias que foram apresentadas pelo manual. E, neste caso, com resultados estatisticamente significativos.

O optimismo permite analisar a forma como o indivíduo perspectiva o seu futuro (Carver, Scheier, & Segerstrom, 2010), e os resultados obtidos (Tabela 8) mostram que no GC o optimismo era (estatisticamente) inferior no segundo momento de avaliação, o que poderá fazer pensar que os pacientes com acufenos, tendo dificuldade em lidar com as situações desafiantes que eles lhes trazem, perspectivam um futuro menos positivo. Os indivíduos do GI, a quem foi fornecido o manual, apresentaram resultados ligeiramente superiores na segunda avaliação, o que pode ser interpretado pela utilização do manual, que permite aos pacientes ter sempre à sua disposição informações sobre o que poderá ocorrer e estratégias a utilizar quando estão numa fase pior no que diz respeito ao desconforto sentido pela presença dos acufenos, apesar do instrumento utilizado (LOT-r) avaliar o optimismo disposicional, teoricamente menos susceptível à variação (Scheier & Craver, 1985).

Quanto à ansiedade, avaliada através da HADS (Tabela 9), verificaram-se resultados que, não sendo estatisticamente significativos, não deixam de ser indicadores de que a intervenção com o manual poderá ter alguma utilidade a este nível. Assim, no GC a média aumentou, deixando perceber um aumento da ansiedade da primeira para a segunda avaliação, enquanto no GI constatou-se o efeito contrário, reflectindo alguma diminuição da ansiedade dos indivíduos.

A HADS permite igualmente uma avaliação dos níveis de depressão destes pacientes. Os resultados obtidos (Tabela 10) permitiram perceber também que o manual poderá ter utilidade para de alguma forma melhorar esses níveis, uma vez que no GC se verificou um agravamento da sintomatologia, sendo esse agravamento estatisticamente significativo, deixando perceber que se nada for feito o paciente com acufenos terá tendência a ficar mais deprimido. No GI encontraram-se valores em sentido oposto, uma vez que os valores da depressão diminuíram no segundo momento, sugerindo um efeito positivo do manual ao nível da depressão, mesmo que os resultados não sejam estatisticamente significativos.

Para se perceber a utilidade do manual nas queixas de hiperacusia dos pacientes com acufenos foram analisados os resultados obtidos através da EVA e do Questionário de hiperacusia. No que diz respeito à EVA, os resultados (Tabela 11) baixaram ligeiramente do primeiro para o segundo momento em ambos os grupos, sem que tal fosse estatisticamente significativo. Relativamente ao Questionário de hiperacusia (Tabela 12), no GC os resultados aumentaram do primeiro para o segundo momento, enquanto no GI se mantiveram inalterados. Não sendo resultados conclusivos, justificam um estudo mais dirigido para a problemática da hiperacusia, eventualmente com outro tipo de amostra, eventualmente só com hiperacusia, ou em que a hiperacusia seja a causa principal da consulta. Poderá igualmente ser de considerar a reformulação do manual, podendo incluir uma abordagem dirigida à hiperacusia, complementando a informação relativa aos acufenos, algo que se justifica pelo facto de acufenos e hiperacusia estarem frequentemente associados e fortemente correlacionados (Bläsing et al., 2010).

## Conclusão

Foi evidenciado, na literatura consultada, que o uso de material de apoio bibliográfico é importante para melhorar a relação com o paciente, sem que este seja obrigado a deslocar-se com frequência aos serviços de saúde (Rohde et al., 2014).

O uso de material informativo e de auto-ajuda nos pacientes com acufenos é bastante citado na literatura, no entanto, tanto quanto foi possível apurar, a sua utilidade e resultados são pouco estudados.

Para tal, foi desenvolvido um manual com informação e sugestões comportamentais para fornecer aos pacientes com acufenos, que foi fornecido a alguns pacientes que foram reavaliados após, no mínimo seis meses, para aferir da sua utilidade e eficácia em relação a um conjunto alargado de indicadores psicossociais, em comparação com a avaliação inicial e com um grupo de indivíduos que não tiveram acesso ao manual, tendo apenas recebido as informações habituais no protocolo do serviço.

No sentido de poder aferir da utilidade/eficácia do material terapêutico proposto no estudo, neste caso um manual com informações e estratégias relativas à presença dos acufenos, foram efectuadas avaliações relativas à QDV dos elementos da amostra, que se encontravam distribuídos por dois grupos, em que a um era fornecido o manual (GI) e outro só tinha acesso ao manual após a segunda avaliação (GC). Foram igualmente avaliados alguns indicadores psicossociais relevantes para os indivíduos com acufenos, de acordo com a literatura, sendo que os resultados obtidos sugerem que esta estratégia terapêutica permitiu melhorar a QDV destes indivíduos, tendo actuado na melhoria da sua auto-eficácia, evitando que o optimismo diminuísse, ajudando a controlar igualmente a ansiedade e a depressão, o que vai de encontro aos resultados de Malouff et al. (2010).

Será útil, num estudo futuro, perceber que alterações deverão ser feitas no manual para que os utilizadores o possam perceber como tendo maior utilidade, e igualmente conhecer quais os seus pontos fortes e fracos, na óptica do utilizador.

Num estudo futuro, poderá ser igualmente útil avaliar os resultados do uso do manual (biblioterapia) com outras intervenções, como será o caso de procedimentos de

relaxamento, o uso de próteses auditivas ou mascaradores, ou mesmo outras intervenções terapêuticas.

Podem ser propostos alguns estudos para confirmar ou complementar os resultados obtidos, como por exemplo avaliar o uso do manual em amostras específicas, como por exemplo, indivíduos com perda auditiva, sugerindo-se igualmente a utilização de um material semelhante, mas dirigido especificamente à hiperacusia, muito comum em pacientes com acufenos (Bläsing, Goebel, Flötzinger, Berthold, & Kröner-Herwig, 2010; Jastreboff & Hazell, 2004), podendo o recurso à internet ser um aspecto interessante a explorar (Andersson & Kald, 2006), sendo igualmente de considerar o uso deste material com sessões de aconselhamento mais estruturadas, tentando perceber a mais-valia que tal poderia trazer para o controlo dos acufenos por parte dos pacientes.

### Referências bibliográficas

- Andersson, G. (2002). Psychological aspects of tinnitus and the application of cognitive-behavioral therapy. *Clinical Psychological Review*, 22, 977-990.
- Andersson, G. & Kald, V. (2006). Internet-based self-help treatment of tinnitus. In R. S. Tyler (Ed.) *Tinnitus treatment: Clinical protocols* (pp. 29-40). New York: Thieme.
- Andersson, G., Svalastog, O. K., Kald, V. & Sarkohi, A. (2007). Future thinking in tinnitus patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 191-194.
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A., & Adams, A. E. (1977). Analysis of Self-Efficacy Theory of Behavioral Change. *Cognitive Therapy and Research*, 1 (4), 287-310.
- Bläsing, L., Goebel, G., Flötzinger, U., Berthold, A., & Kröner-Herwig, B. (2010). Hypersensitivity to sound in tinnitus patients: An analysis of a construct based on questionnaire and audiological data. *International Journal of Audiology*, 49 (7), 518-526.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30, 879-889.
- Degives, C., & Kos, M-I. (2006). Joint medico-psychological consultation for patients suffering from tinnitus. *Journal of Oto-Rhino-Laryngology, Head and Neck Surgery*, 68, 38-42.

- Delb, W., D'Amelio, R., Schonecke, O. W., & Iro, H. (1999). Are there psychological or audiological parameters determining tinnitus impact? Em J. W. P. Hazell (Ed.) *Proceedings of Sixth International Tinnitus Seminar*. Cambridge.
- Falkenberg, E-S., & Wie, O. B. (2012). Anxiety and Depression in Tinnitus Patients: 5-Year Follow-Up. *International Journal of Otolaryngology*. Article ID 375460, 7 pages. Acedido em Março de 2014 de <http://dx.doi.org/10.1155/2012/375460>
- Feltham, C. & Dryden, W. (2006). *Brief Counselling: A practical, integrative approach (2<sup>nd</sup> Ed.)*. Maidenhead: Open University Press.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50 (5), 992-1003.
- Green, F. L., & Malouff, J. L. (2007). A preliminary investigation of processes involved in improvement associated with reading self-help books for psychological problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 6 (1), 1-6. Acedido a 16 de Fevereiro de 2015 em [www.auseinet.com/journal/vol6iss1/green.pdf](http://www.auseinet.com/journal/vol6iss1/green.pdf).
- Heinecke, K., Weise, C., Schwarz, K., & Rief, W. (2008). Physiological and psychological stress reactivity in chronic tinnitus. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 179-88.
- Henry, J. L. & Wilson, P. H. (1996). The psychological management of tinnitus: comparison of a combined cognitive educational program, education alone and a waiting-list control. *International Tinnitus Journal*, 2, 9-20.
- Hinckley, J. J. (2008). *Narrative-based practice in speech-language pathology: Stories of a clinical life*. San Diego: Plural Publishing.
- Jastreboff, P. J. & Hazell, J. W. P. (2004). *Tinnitus Retraining Therapy: Implementing the Neurophysiological Model*. Cambridge University Press.
- Khaldo, V., Cars, S., Rahnert, M., Larsen, H. S. & Andersson G. (2007). Use of a self-help book with weekly therapist contact to reduce tinnitus distress: A randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 195-202.
- Kröner-Herwig, B., Frenzel, A., Fritsche, G., Schilkowsky, G. & Esser, G. (2003). The management of chronic tinnitus: Comparison of an outpatient cognitive-behavioral group training to minimal-contact interventions. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 4, 381-389.
- Landgrebe, M., & Langguth, B. (2011). Psychologic/Psychiatric assessment. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 441-444). New York: Springer.
- Langguth, B., Kreuzer, P. M., Kleinjung, T., De Ridder, D. (2013). Tinnitus: Causes and clinical management. *Lancet Neurology*, 12, 920-930.

- Malouff, J. M., Noble, W., Schutte, N. S. & Bhullar, N. (2010). The effectiveness of bibliotherapy in alleviating tinnitus-related distress. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 245-251.
- Malouff, J. M., & Rooke, S. E. (2007). Empirically supported self-help books. *The Behaviour Therapist*, 30, 129-131.
- Oliveira, A. V., Meneses, R. F., & Trigueiros-Cunha, N. (2015). Self-efficacy in tinnitus patients. *The Journal of Advanced Otology, Abstract book of 12<sup>th</sup> European Federation of Audiology Societies (EFAS)*, 11(Supl. 1), 21-22.
- Rief, W., Weise, C., Klein, N., & Martin, A. (2005). Psychophysiologic treatment of chronic tinnitus: A randomised clinical trial. *Psychosomatic Medicine*, 67, 833-838.
- Rohde, P., Stice, E., Shaw, H., & Briere, F. N. (2014). Indicated cognitive behavioral group depression prevention compared to bibliotherapy and brochure control: Acute effects of an effectiveness trial with adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82 (1), 65-74.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Searchfield, G. D., Magnusson, J., Shakes, G., Biesinger, E. & Kong, O. (2011). Counselling and psycho-education for tinnitus management. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 535-556). New York: Springer.
- Sullivan, M., Katon, W., Russo, J., Dobie, R. & Sakai, C. (1994). Coping and marital support as correlates of tinnitus disability. *General Hospital Psychiatry*, 16, 4, 259-266.
- Udupi, V. A., Uppunda, A. K., Mohan, K. M., Alex, J., & Mahendra, M. H. (2013). The relationship of perceived severity of tinnitus with depression, anxiety, hearing status, age and gender in individuals with tinnitus. *International tinnitus Journal*, 18 (1), 29-34.
- Vollmann, M., Kalkouskaya, N., Langguth, B. & Scharloo, M. (2012). When the ringing in the ears gets unbearable: *Illness representations, self-instructions and adjustment to tinnitus*. 73, 108-111.



## CONCLUSÃO

Os dados epidemiológicos presentes na bibliografia consultada referem que cerca de 2% da população se sente seriamente afectada na sua vida diária pela presença dos acufenos, o que extrapolando para a população portuguesa, significa que aproximadamente 200.000 indivíduos portugueses sofrerão com este problema.

Sendo a abordagem terapêutica habitual, de uma forma geral, relativamente pouco eficaz e assente em processos morosos e até onerosos para o paciente, pretendeu-se encontrar uma intervenção terapêutica complementar que pudesse ser prática para o paciente e à qual pudesse recorrer mesmo na ausência do terapeuta.

Assim, no que diz respeito à parte empírica da investigação, verifica-se que dos 338 indivíduos com acufenos contactados, só foi possível enquadrar na amostra 58, o que deixa transparecer as múltiplas comorbilidades existentes, e uma eventual menor disponibilidade destes indivíduos para novas abordagens.

Sendo o primeiro objectivo da investigação, perceber qual o perfil biopsicossocial de indivíduos com acufenos, verificou-se que a idade média se encontrava nos 55,6 anos, o que está de acordo com os dados da literatura, enquadrando-se no facto da faixa etária da amostra estar limitada aos 66 anos (Sindhusake et al., 2011). A localização dos acufenos está igualmente de acordo com o que é referido na literatura, não existindo grande diferença entre os acufenos em um só ouvido ou em ambos (Araújo & Escada; 2003; Meikle & Greist, 1989; Sandlin & Olsson, 2000). A enorme prevalência de hiperacusia nestes pacientes, em que 69% da amostra referiu menor tolerância ao som está igualmente de acordo com os dados da literatura, como por exemplo os obtidos por Herràiz, Calvin, Plaza, Toledano e de los Santos, (2003) que se situaram em 63%.

O facto de não ter existido diferença significativa relativamente ao sexo, contrariando o que foi verificado na análise da literatura que refere que são as mulheres que têm valores mais baixos, pode dever-se ao facto da amostra apresentar cerca de 2/3 de indivíduos do sexo masculino (Oliveira & Meneses, 2008). Também não existiram diferenças significativas no que respeita à idade, o que pode estar relacionado com o facto de se ter limitado a amostra aos 66 anos, e porque até aos 50 anos se encontravam

cerca de 22% da amostra, o mesmo se passando com a escolaridade, onde também não existiram diferenças significativas, quando seria de esperar que os indivíduos com maior escolaridade tivessem melhor QDV (Ferreira & Santana, 2003). No entanto, a amostra apresentou baixa escolaridade, tendo cerca de 80% da amostra escolaridade até ao 9º ano.

O facto de se ter usado duas formas de medição dos acúfenos, o THI para a QDV e a EVA para a percepção da intensidade, permitiu verificar correlação entre elas, o que pode indicar que o uso da EVA será uma forma simples e rápida de rastreio da gravidade percebida dos acúfenos.

A literatura (Cima, Vlaeyen, Maes, Joore, & Antenuis, 2011) mostra que existe uma maior gravidade dos acúfenos quando associados a vertigens ou desequilíbrios, algo que é corroborado pelos resultados obtidos, o que indica a necessidade de abordar os acúfenos na abordagem da vertigem, inclusivamente através de intervenção terapêutica como a proposta.

Relativamente ao estudo do PAC, as relações verificadas entre a duração da queixa dos acúfenos e os valores obtidos no teste monótono levam a prever que quem apresenta acúfenos há mais tempo poderá apresentar maior dificuldade em discriminar as palavras no ruído, o que deverá ser confirmado em estudos futuros.

Foi igualmente possível confirmar a relação entre os valores do incómodo associado aos acúfenos, medidos pelo THI e as queixas de hiperacusia, bem como entre estas e o limiar de desconforto. Foram encontradas correlações entre hiperacusia e algumas estratégias de *coping* sendo de ponderar o uso de uma intervenção terapêutica em pacientes com hiperacusia próxima da que foi utilizada na presente amostra, podendo ser alvo de um estudo futuro.

Das variáveis psicossociais abordadas, verificou-se que as estratégias de *coping* activo eram utilizadas com alguma frequência, encontrando-se a aceitação e o planejar entre as mais utilizadas.

A Satisfação com o Suporte Social medida nesta amostra apresentou valores que são muito positivos, estando a amostra francamente acima do valor médio do instrumento de avaliação utilizado, o que se poderá explicar pelo facto da amostra incluir 82,8% dos

indivíduos casados, o que leva, pelo menos no suporte familiar, a prever que existe algum apoio percebido por parte do paciente. No entanto, excluindo o sexo, em que as mulheres apresentam menor satisfação como suporte social, não se identificou um perfil sociodemográfico e/ou clínico associado a menor satisfação com o suporte social.

Os valores obtidos para o optimismo são positivos, não se tendo encontrado relações estatisticamente significativas no que se refere às variáveis estudadas, e a espiritualidade parece ser um dos aspectos a reforçar, tendo-se encontrado correlações com a idade e a escolaridade, apresentando os indivíduos mais velhos e com menor escolaridade valores mais elevados de espiritualidade.

Andersson e Vretblad (2000) já anteriormente tinham verificado uma significativa correlação entre a ansiedade do sujeito e o grau de gravidade dos acúfenos, verificando igualmente que era mais evidente nas mulheres, tendo Zöger, Svedlung e Holgers (2001), confirmado estes resultados, e verificado o mesmo para a depressão. Na amostra desta investigação, os valores são mais elevados para a ansiedade que para a depressão, particularmente nas mulheres, e a QDV destes indivíduos é tanto pior quanto maior for o nível da ansiedade e da depressão reportados, entrando-se já na resposta ao terceiro objectivo do estudo.

Os valores referentes à QDV dos elementos da amostra estavam próximos do valor de corte proposto na bibliografia consultada, o que leva a pensar que para alguns dos pacientes os acúfenos não seriam a causa principal da ida à consulta.

Existiram correlações entre o *coping* e a QDV dos indivíduos com acúfenos, particularmente no *coping* activo, na negação e no suporte emocional. Quanto à auto-eficácia, a iniciação e persistência apresentaram correlação com a QDV de indivíduos com acúfenos, o que leva a admitir a necessidade de trabalhar também esta componente psicológica, levando o paciente a perceber que melhorando a eficácia com que lida com os acúfenos, melhor os controlará, sendo de relembrar que para Rocha, Queiróz, Aguiar e Marques (2008) o efeito da auto-eficácia na promoção do *coping* e no funcionamento psicossocial é um factor importante na reabilitação emocional e psicológica/psiquiátrica.

Verificando-se através dos resultados obtidos que houve um conjunto de indicadores biopsicossociais que não estavam relacionados com a QDV da amostra (ao contrário do que era esperado pela investigação prévia), tais dados demonstraram a necessidade de

continuar a explorar esta linha de investigação, de modo a identificar o perfil de indivíduos Portugueses com acufenos e pior QDV, que poderão ser alvo e beneficiar mais de intervenções a este nível.

Foram no entanto encontrados alguns preditores da QDV de indivíduos com queixas de acufenos, como foi o caso da ansiedade que se revelou como o maior preditor da QDV destes indivíduos, bem como a intensidade dos acufenos (medida através da EVA) e igualmente a hiperacusia (medida também através da EVA). Algumas das estratégias de *coping* também se revelaram preditores da QDV dos indivíduos com acufenos, caso do *coping* activo e da negação.

Respondendo ao quarto objectivo, verificou-se que da utilização do manual desenvolvido para o estudo, foi possível concluir que a QDV dos indivíduos a quem foi dado o manual (GI) melhorou significativamente após o uso do mesmo, tendo actuado na melhoria da auto-eficácia destes pacientes, evitando que o optimismo piorasse, controlando igualmente a ansiedade e a depressão. Nos indivíduos do GC verificou-se uma diminuição dos valores da QDV.

Apesar dos resultados positivos encontrados, será importante delinear novos estudos que possam apontar novos caminhos na avaliação e intervenção com estes pacientes.

O desenvolvimento de instrumentos específicos para a avaliação da auto-eficácia dos indivíduos com acufenos, como sugerem Smith e Fagelson (2011), bem como a tradução e adaptação para o português europeu do TCSQ para avaliação do *coping* poderão ser uma mais-valia para através da utilização de instrumentos específicos, se aferir de forma mais correcta a importância destas duas componentes psicológicas em pacientes com acufenos.

Será também importante estruturar uma intervenção dirigida a pacientes com hiperacusia, independentemente de terem ou não acufenos, e a utilização de um instrumento semelhante poderá ser igualmente uma forma de intervir num problema que se afigura igualmente de difícil abordagem (Herràiz et al., 2003).

A utilização deste manual em contextos diferentes, por exemplo em consultas de clínica geral, em centros de saúde, como primeira abordagem do problema, poderá ser igualmente alvo de estudo, bem como a sua divulgação através de novas formas de

comunicação e contacto com os pacientes como é o caso da internet ou mesmo das redes sociais.

Os resultados positivos obtidos permitem, à luz de uma abordagem multidisciplinar promover uma melhoria da QDV dos pacientes com acufenos, promovendo, sempre que necessário a intervenção específica nas áreas biopsicossociais que foram estudadas.

A amostra é pequena para permitir generalizações, e é desequilibrada face ao número superior de homens, e de as mulheres apresentarem um número significativo de domésticas, que poderá ser responsável pelo enviesamento de alguns dos resultados obtidos.

A literatura (Kennedy, Wilson & Stephens, 2004; Oliveira & Meneses, 2008; Ware, & Kosinski, 2001) reporta que o SF-36 será uma boa medida genérica de avaliação de QDV em indivíduos com acufenos, uma vez que apresenta grande sensibilidade a pequenos níveis de morbilidade, o que se torna importante na avaliação da eficácia das intervenções utilizadas, não tendo sido utilizada neste estudo devido à extensão do protocolo, mas poderá ser de considerar a sua utilização num estudo futuro, para permitir avaliar a QDV nestes indivíduos, e confirmar os resultados da intervenção terapêutica utilizada

Num estudo futuro, será igualmente de ponderar a avaliação do uso desta intervenção terapêutica (manual) em variáveis como as dificuldades de concentração, “sensação” de depressão e a percepção de atitudes negativas, que são tidas pela literatura como preditores da QDV destes indivíduos (Erlandsson & Hallberg, 2000)

### Referências Bibliográficas<sup>45</sup>

- Andersson, G., & Vretlab, P. (2000). Anxiety sensitivity in patients with chronic tinnitus. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 29(2), 57-64.
- Araújo, P. E. S., & Escada, P. (2003). Acufenos. In J. L. Reis (Ed.), *Surdez: Diagnóstico e Reabilitação*. Lisboa: Servier Portugal
- Cima, R.F.F., Vlaeyen, J.W.S., Maes, I., Joore, M. A., & Anteunis, L. J. C. (2011b).

---

<sup>45</sup> Apesar de não ser habitual apresentar as referências bibliográficas da conclusão, face ao modo como a tese se encontra estruturada, considerou-se que seria o mais adequado.

- Tinnitus interferes with daily life activities: a psychometric examination of the Tinnitus Disability Index. *Ear and Hearing*, 32(5), 623-633.
- 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.
- 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.
- Herráiz, C., Calvin, J. H., Plaza, G., Toledano, A., & de los Santos, G. (2003). Estudio de la hiperacusia en una unidad de acúfenos. *Acta Otorrinolaringologica Española*, 54(9), 617-22.
- Kennedy, V., Wilson, C., & Stephens, D. (2004). Quality of life and tinnitus. *Audiological Medicine*, 2, 29-40.
- 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.
- Oliveira, V., & Meneses, R. F. (2008). *Qualidade de vida de portugueses com zumbidos: Confronto de indicadores*. In Psicologia, Saúde & Doença, livro de resumos do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Porto, Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde.
- Rocha, N., Queirós, C., Aguiar, S., & Marques, A. (2008). Implicações da Neurocognição e da Auto-Eficácia na predição de factores do funcionamento psicossocial de pessoas com esquizofrenia. *Análise Psicológica*, 4, 587-600.
- 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.
- 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.
- Smith, S. L., & Fagelson, M. (2011). Development of the self-efficacy for tinnitus management questionnaire. *Journal of American Academy of Audiology*, 22 (7); 424-440.
- 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.
- Ware, J. E., & Kosinski, M. (2001). Interpreting SF-36 summary health measures: A response. *Quality of Life Research*, 10, 405-413.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS – GERAL

- Aksoy, S., Firat, Y., & Alpar, R. (2006). The Tinnitus Handicap Inventory: A study of validity and reliability. In *Program & Abstracts of XVIIIth International Congress of Audiology* (pp. 63-64). Innsbruck: International Society of Audiology.
- Ambrosetti, U., & Del Bo, L. (2011). Audiologic Clinical Assessment. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 409-416). New York: Springer.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder : DSM-5 / American Psychiatric Association*. Arlington : American Psychiatric Association.
- American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). (2005). *(Central) Auditory Processing Disorders – The role of the Audiologist. Working Group on Auditory Processing Disorders*. Consultado em 26/02/2013 em [www.asha.org/policy/PS2005-00114.htm](http://www.asha.org/policy/PS2005-00114.htm)
- Anari, M., Axelsson, A., Eliasson, A., & Magnusson, L. (1999). Hypersensitivity to sound: Questionnaire data, audiometry and classification. *Scandinavian Audiology*, 28, 219-30.
- Andersson, G. (1996). The role of optimism in patients with tinnitus and in patients with hearing impairment. *Psychology and Health*, 11, 697-707.
- Andersson, G. (2002). Psychological aspects of tinnitus and the application of cognitive-behavioral therapy. *Clinical Psychological Review*, 22, 977-990.
- Andersson, G. (2002). 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. (2009). Contributions from Psychology to the understanding of hearing loss and tinnitus. *ENTnews*, 18 (1), 40-41.
- Andersson, G., Baguley, D. M., McKenna, L., & McFerran, D. (2005). *Tinnitus: A multidisciplinary approach*. London: Whurr Publishers.
- Andersson, G., & Kaldo, V. (2006). Cognitive-Behavioral Therapy with applied relaxation. In R. S. Tyler (Ed.), *Tinnitus Treatments: Clinical Protocols* (pp. 96-115). New York: Thieme.
- Andersson, G., & Kaldo, V. (2006). Internet-based Self-Help treatment of tinnitus. In R. S. Tyler (Ed.), *Tinnitus Treatments: Clinical Protocols* (pp. 29-40). New York: Thieme.

- 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., Lindvall, N., Hursti, T., & Carlbring, P. (2002). Hypersensitivity to sound (hyperacusis): a prevalence study conducted via the Internet and post. *International Journal of Audiology*, 41 (8), 545-554.
- 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 behavior therapy. *International Journal of Audiology*, 44 (11), 671-675.
- Andersson, G., Svalastog, O. K., Kaldo, V., & Sarkohi, A. (2007). Future thinking in tinnitus patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 191-194.
- 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.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3 (2), 273-294.
- Araújo, P. E. S., & Escada, P. (2003). Acufenos. In J. L. Reis (Ed.), *Surdez: Diagnóstico e Reabilitação*. Lisboa: Servier Portugal
- Axelsson, A. & Ringdahl, A. (1989). Tinnitus – a study of its prevalence and characteristics. *British Journal of Audiology*, 23, 53-62.
- Baguley, D. M. (2003). Hyperacusis. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96, 582-585.
- Baguley, D. M., & Andersson, G. (2007). *Hyperacusis: Mechanisms, Diagnosis, and Therapies*. San Diego: Plural Publishing,
- Baguley, D. M., & McFerran, D. J. (2011). Hyperacusis and disorders of loudness perception. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, D. de Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 13-23). New York: Springer.
- Baguley, D., McFerran, D., & Hall, D. (2013). Tinnitus. *The Lancet* (versão electrónica), 382, 1600-1607. Consultado em 4 de Novembro de 2014 em <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2813%2960142-7/abstract>

- Ballester, M., & Geoffray, B. (2001). Un peu d'Histoire..... In B. Meyer (Ed.), *Acouphènes et hiperacousie* (pp. 9-33). Paris: Société Française d'Oto-rhinolaryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou.
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-Efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bandura, A. (1988). Self-Efficacy conception of anxiety. *Anxiety Research*, 1, 77-98.
- Bandura, A., & Adams, A. E. (1977). Analysis of Self-Efficacy Theory of Behavioral Change. *Cognitive Therapy and Research*, 1 (4), 287-310.
- Baran, J. A., & Musiek, F. E. (2001). Avaliação comportamental do Sistema Nervoso Auditivo Central. In F. E. Musiek e W. F. Rintelmann (Eds.) *Perspectivas atuais em avaliação auditiva*, pp. 371-409. Manole : São Paulo.
- Barbosa, A. (2010). Espiritualidade. In A. Barbosa e I. G. Neto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos* (595-659). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Bartels, H., Middel, B. L., van der Laan, B. F. A. M., Staal, M. J. & Albers, F. W. (2008). The additive effect of co-occurring anxiety and depression on health status, quality of life and coping strategies in help-seeking tinnitus sufferers. *Ear & Hearing*, 29 (6), 947-959.
- Bartnik, G. M., & Skarżyński, H. (2005). Tinnitus Retraining Therapy. In R. S. Tyler (Ed.), *Tinnitus Treatments: Clinical Protocols* (pp. 133-145). New York: Thieme.
- 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.
- Bastianello, M. R., Pacico, J. C., & Hutz, C. S. (2014). Optimism, self-esteem and personality: adaptation and validation of the Brazilian Version Of The Revised Life Orientation Test (LOT-R). *Psico-USF*, 19 (3), 523-531.
- Bennett, O. (2015). *Cultures of optimism: The institutional promotion of hope*. Londres: Palgrave Macmillan.
- Bennett, P. (2002). *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 2010 :[http://www.biap.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5%3Aarco](http://www.biap.org/index.php?option=com_content&view=article&id=5%3Aarco)

mmandation-biap-021-bis&catid=65%3Act-2-classification-des-surdites&Itemid=19&lang=fr

- Biesinger, E., & Mazzoli, M. (2011). Middle ear implantable devices in tinnitus treatment. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 613-618). New York: Springer.
- Bizaguet, E., Ohresser, M., & Boschoff, H. (2000). La prise en charge prothétique du patient acouphénique. *Oto-Rhino-Laryngologia Nova*, *10*, 32-35.
- Bläsing, L., Goebel, G., Flötzinger, U., Berthold, A., & Kröner-Herwig, B. (2010). Hypersensitivity to sound in tinnitus patients: An analysis of a construct based on questionnaire and audiological data. *International Journal of Audiology*, *49* (7), 518-526.
- Blaesing, L. & Kroener-Herwig, B. (2012). Self-reported and behavioral sound avoidance in tinnitus and hyperacusis subjects, and association with anxiety ratings. *International Journal of Audiology*, *51*, 611-617
- Bonfils, P., Lemoine, P., Londero, A., & Truy, E. (2001). Les traitements : Les médicaments. In B. Meyer (Ed.), *Acouphènes et hiperacusie* (pp. 275-292). Paris ; Société Française d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou.
- Bowling, A. (2001). *Measuring disease* (2nd ed.). Buckingham: Open University Press.
- Bowling, A. (2005). *Measuring health* (3rd ed.). Maidenhead: Open University Press.
- Bradley, M. P., & Lang, P. J. (2000). Affective reactions to acoustic stimuli. *Psychophysiology*, *37*, 204-215.
- 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.
- Bureau International d'Audiophonologie (BIAP). (1997). Classification audiométrique des déficiences auditives. *Recommandation biap 02/1 bis*. Consultado em 20/09/2010 em [http://www.biap.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5%3Arecom-mmandation-biap-021-bis&catid=65%3Act-2-classification-des-surdites&Itemid=19&lang=fr](http://www.biap.org/index.php?option=com_content&view=article&id=5%3Arecom-mmandation-biap-021-bis&catid=65%3Act-2-classification-des-surdites&Itemid=19&lang=fr)
- Caffier, P. P., Haupt, H., Scherer, H., & Mazurek, B. (2006). Outcomes of long-term outpatient tinnitus-coping therapy: psychometric changes and value of tinnitus-control instruments. *Ear Hear*, *27* (6):619-27.
- Canavarro, M. C. (2010). Qualidade de vida: Significados e níveis de análise. In M. C. Canavarro, & A. Vaz Serra (Eds.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 3-21). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Carona, C. (2005). Missão: Qualidade de Vida. *Revista Bipolar*, 27, 6-7.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30, 879–889.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267-283.
- Cassar, S., & Shinebourne, P. (2012) What does spirituality mean to you? An interpretative phenomenological analysis to the experience of spirituality. *Existential Analysis: Journal Of The Society For Existential Analysis*, 23 (1), 133-148.
- Cima, R., F., F., Crombez, G., & Vlayen, J. W. S. (2011a). Catastrophizing and fear of tinnitus predict quality of life in patients with chronic tinnitus. *Ear and Hearing*, 32 (5), 634-641.
- Cima, R.F.F., Vlaeyen, J.W.S., Maes, I., Joore, M. A., & Anteunis, L. J. C. (2011b). Tinnitus interferes with daily life activities: a psychometric examination of the Tinnitus Disability Index. *Ear and Hearing*, 32 (5), 623-633.
- Coelho, M., & Ribeiro, J. (2000). Influência do Suporte Social e do Coping sobre a Percepção Subjectiva de Bem-estar em mulheres submetidas a Cirurgia Cardíaca. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1 (1), 79-87.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98 (2), 310-357.
- Collet, L., Moussu, M. F., Disant, F., Ahami T., & Morgon, A. (1990). Minnesota Multiphasic Personality Inventory in tinnitus disorders. *Audiology*, 29, 101-106.
- Comissão Independente População e Qualidade de Vida (CIPQV). (1998). *Cuidar o futuro: Um programa radical para viver melhor*. Lisboa: Trinova Editora.
- 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, A. J., Lockwood, G. A., & Cunningham, J. A. (1991). A relationship between perceived self-efficacy and quality of life in cancer patients. *Patient Education and Counseling*, 17 (1), 71-78.
- 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.
- Cuny, C. (2002). *Processus cognitifs et perennisation de l'acouphène*. Tese de Doutorado, Universidade Lumière Lyon 2, Lyon, França.
- Dall-Igna, C., Schmidt, L. P., Smith, M., Zannete, V., & Bisol, L. (2004). Impact of depression in the quality of life of patients with tinnitus. *Otolaryngology – Head*

- and Neck Surgery*, 131, 2, pp. 273 - Annual Meeting of the American Academy of Otolaryngology - Head and Neck Surgery Foundation, Inc. 2004 Official Program
- 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.
- Dauman, R., & Bouscau-Faure, F. (2005). Assessment and amelioration of hyperacusis in tinnitus patients. *Acta Otolaryngologica*, 125(5), 503-509.
- 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.
- Degive, C., & Kos, M-I. (2006). Joint medico-psychological consultation for patients suffering from tinnitus. *Journal of Oto-Rhino-Laryngology, Head and Neck Surgery*, 68, 38-42.
- 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.
- Del-Bo, L., Baracca, G., Forti, S., & Norena, A. (2011). Sound Stimulation. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 597-604). New York: Springer.
- Delb, W., D'Amelio, R., Schonecke, O. W., & Iro, H. (1999). Are there psychological or audiological parameters determining tinnitus impact? Em J. W. P. Hazell (Ed.) *Proceedings of Sixth International Tinnitus Seminar*. Cambridge.
- Dineen, R., Doyle, J. & Bench, J. (1997). Audiological and Psychological Characteristics of a Group of Tinnitus Sufferers, Prior to Tinnitus Management Training. *British Journal of Audiology*, 31 (1), 27-38.
- 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. (2007). Pathophysiology of tinnitus. *Progressive Brain Research*, 166, 19-35.
- Eggermont, J. J., & Roberts, L. E. (2004). The neuroscience of tinnitus. *Neuroscience*, 27 (11), 676-682.
- Elgoyhen, A. B., & Langguth, B. (2011). Pharmacological Approaches to Tinnitus Treatment. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 625-637). New York: Springer.

- El Refaie, 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.
- Engel, G. L. (1980). The Clinical Application of the Biopsychosocial Model. *The American Journal of Psychiatry*, 137 (5), 535-544.
- 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.
- Erlandsson, S.I., Hallberg, L.R. & Axelsson, A. (1992). Psychological and Audiological correlates of perceived tinnitus severity. *International Journal of Audiology*, 31 (3), 168-179.
- Falkenberg, E-S., & Wie, O. B. (2012). Anxiety and Depression in Tinnitus Patients: 5-Year Follow-Up. *International Journal of Otolaryngology*. Volume 2012, Article ID 375460, 7 pages. Acedido em Março de 2014. <http://dx.doi.org/10.1155/2012/375460>
- Feldmann, H. (1991). History of tinnitus research. In A. Shulman (Ed.), *Tinnitus: Diagnosis/Treatment* (3-37). Philadelphia: Lea & Febiger.
- Feltham, C., & Dryden, W. (2006). *Brief Counselling: A practical, integrative approach* (2<sup>nd</sup> Ed.). Maidenhead: Open University Press.
- Ferreira, P. L. (2000). Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36: Parte I - Adaptação Cultural e Linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-63.
- 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., & 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. (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.
- Fleck, M. P. A., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., et al. (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., & Skevington, S. (2007). Explaining the meaning of the WHOQOL-SRPB. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34 (Supl. 1), 146-149. Consultado em 10 de Fevereiro de 2015, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832007000700018&lng=en&tIng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700018&lng=en&tIng=en).
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R.J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50 (5), 992-1003..
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Positive Affect and the Other Side of Coping. *American Psychologist*, 55 (6), 647-654.
- Folmer, R. L. (2002). Long-term reduction in tinnitus severity. *BMC Ear, Nose and Throat Disorders*, consultado em 21 de Novembro de 2005, em: <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. (2002). 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., Martin, W. H., Shi, Y., & Edlefsen, L. L. (2005). Lifestyle changes for tinnitus self-management. In R. S. Tyler (Ed.) *Tinnitus treatment: Clinical protocols* (pp. 51-64). New York: Thieme.
- 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, M. A., & Martins, A. (2006). Adaptação à população portuguesa de uma Escala de Estilos de Coping (CISS): Estudo preliminar. *Actas da XI Conferência Internacional - Avaliação Psicológica: Formas e contexto*, 1061-1067. Data Editora
- Frachet, B., (2001). Évaluation des acouphènes: Éléments pour la discussion des résultats des thérapeutiques. In B. Meyer (Ed.), *Acouphènes et hiperacousie* (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 hiperacousie* (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 hiperacousie* (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 hiperacousie* (pp. 227-247). Paris: Société Française d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou.
- Frasca, M. F. S. S. (2005). *Processamento auditivo em teste e reteste: Confiabilidade da avaliação*. Dissertação para a defesa de tese de grau de Mestrado: Universidade de São Paulo: Brasil.
- Frota, S., & Pereira, L. D. (2010). Processamento auditivo: Estudo em crianças com distúrbio da leitura e da escrita. *Revista de Psicopedagogia*, 27 (83), 214-222.
- Gameiro, S., Carona, C., Pereira, M., Canavarro, M. C., Simões, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., Paredes, T. & Vaz-Serra, A. (2008). Sintomatologia depressiva e Qualidade de Vida na população geral. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (1), 103-112.
- Geffner, D., & Ross-Swain, D. (2007). *Auditory Processing Disorders: Assessment, management and treatment*. San Diego: Plural Publishing.
- Gilhooly, M. & McDonach, E. (2006). An average old age: Associations between ageing, health and behavior. In Kennedy e Llewelyn (Eds.), *The essentials of Clinical Health Psychology* (pp. 287 – 304). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Glaesmer, H., Rief, W., Martin, A., Mewes, R., Brähler, E., Zenger, M., & Hinz, A. (2012). Psychometric properties and population-based norms of the Life Orientation Test Revised (LOT-R). *British Journal of Health Psychology*, 17, 432-445.
- Goldstein, B. (1991). Psychophysical and psychoacoustic correlates of tinnitus. In A. Shulman (Ed.), *Tinnitus: Diagnosis/Treatment* (99-115). Philadelphia; Lea & Febiger.
- Gomaa, M. A., Elmagd, M.H., Elbadry, M. M., & Kader, R. M. (2014). Depression, anxiety and Stress Scale in patients with tinnitus and hearing loss. *European Archives of Otorhinolaryngology*, 271 (8), 2177-2184.
- González, M. A. L. & Fernández, R. L. (2004). *Tratamiento integral del acufeno: Terapia Sonora Secuencial: Un paso más allá dela TRT*. Barcelona: Amplifon.
- Goodey, R. (2011). Introduction to management of tinnitus. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth & D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 523-525). New York: Springer.

- Granqvist, P., Lantto, S., Ortiz, L., & Andersson, G. (2001). Adult attachment, tinnitus-related problems, and perceived family support among clinical tinnitus patients. *Psychology and Health, 16*, 357-366.
- Graziani, P. (2005). *Ansiedade e perturbações de ansiedade*. Lisboa: Climepsi.
- Green, F. L., & Malouff, J. L. (2007). A preliminary investigation of processes involved in improvement associated with reading self-help books for psychological problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 6* (1), 1-6. Acedido a 16 de Fevereiro de 2015 em [www.auseinet.com/journal/vol6iss1/green.pdf](http://www.auseinet.com/journal/vol6iss1/green.pdf).
- Greimel, K. V., & Kröner-Herwig, B. (2011). Cognitive Behavioural Treatment (CBT). In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, & D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 557-561). New York: Springer.
- 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.
- Griffiths, T. D. (2002a). Central auditory pathologies. *British Medical Bulletin, 63*, 107-120.
- Griffiths, T. D. (2002b). Central auditory processing disorders. *Current Opinion in Neurology, 15*, 31-33.
- Guterres, M. C. M. M. R. B., & Pais-Ribeiro, J. L. (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. (2005). Tinnitus Habituation Therapy. In: R. S. Tyler (Ed.). *Tinnitus Treatment: Clinical Protocols*. New York: Thieme.
- Hallam, R. S., McKenna, L., & Shurlock, L. (2004). Tinnitus impairs cognitive efficiency. *International Journal of Audiology, 43*, 218-226.
- Hallstrom, C., & McClure, N. (2000). *Ansiedade e depressão: Perguntas e respostas*. Lisboa: Climepsi.
- 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.
- Hareli, S., & Hess, U. (2012). The social signal value of emotions. *Cognition and emotion, 26* (3), 385-389.
- 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.

- Hartmann, T., Lorenz, I., & Weisz, N. (2011). Neurobiofeedback. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, & D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 691-696). New York: Springer.
- 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.
- He, G., & Liu, S. (2005). Quality of Life and Coping Styles in Chinese Nasopharyngeal Cancer Patients After Hospitalization. *Cancer Nursing*, 28 (3), 179-186.
- Hedge, B. (2006). Psychological management for sexual health and HIV. In Kennedy e Llewelyn (Eds.), *The essentials of Clinical Health Psychology* (pp. 253 – 285). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Heinecke, K., Weise, C., Schwarz, K., & Rief, W. (2008). Physiological and psychological stress reactivity in chronic tinnitus. *Journal of Behavioural Medicine*, 31, 179-88.
- 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. A., Galvez, G., Turbin, M. B., Thielman, E. J., McMillan, G. P., & Istvan, J. A. (2012). Pilot study to evaluate ecological momentary assessment of tinnitus. *Ear Hear*, 32 (2), 179-209.
- 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.
- Henry, J. L., & Wilson, P. H. (1996). The psychological management of tinnitus: comparison of a combined cognitive educational program, education alone and a waiting-list control. *International Tinnitus Journal*, 2, 9-20.
- Herráiz, C. (2011). Clinical otoneurological examination. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, & D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 417-421). New York: Springer.
- Herráiz, C., Calvin, J. H., Plaza, G., Toledano, A. & de los Santos, G. (2003). Estudio de la hiperacusia en una unidad de acúfenos. *Acta Otorrinolaringologica Española*, 54 (9), 617-22.
- 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.
- Herráiz, 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., Santos, G., Diges, I., Diés, R., & Aparício, J. M. (2006). Evaluación de la hiperacusia: test de hipersensibilidad al sonido. *Acta Otorrinolaringologica Española*, 57 (7), 303-306.
- Hiller, W., & Goebel, G. (2004). Rapid assessment of tinnitus-related psychological distress using the Mini-TQ. *International Journal of Audiology*, 43, 600-604.
- Hinckley, J. J. (2008). *Narrative-based practice in speech-language pathology: Stories of a clinical life*. San Diego: Plural Publishing.
- Holgers, K-M. (2003). Mechanisms and classification of tinnitus: a discussion paper. *Audiological Medicine*, 1, 238-241.
- 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 Nacional de Estatística (2010). *Classificação Portuguesa de Profissões*. [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2), consultado em 20 de Setembro de 2014.
- 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.
- Jastreboff, P. J. (2011). Tinnitus Retraining Therapy. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, & D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 575-596). New York: Springer.
- 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.
- Jastreboff, P. J., & Jastreboff, M. M. (2006). Tinnitus Retraining Therapy: a different view on tinnitus. *ORL*, 68, 23-29
- 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.
- Joyce-Moniz, L., & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde: Desenvolvimento e intervenção*. Porto: Edições Asa.
- Juris, L. (2013). *Hyperacusis: Clinical Studies and Effect of Cognitive Behaviour Therapy*. Tese de Doutorado Faculdade de Medicina – Universidade de Uppsala.
- Jüris, L., Andersson, G., Larsen, H. C., & Ekselius, L. (2013). Psychiatric comorbidity and personality traits in patients with hyperacusis. *International Journal of Audiology*, 52 (4), 230-235.
- 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.
- Kaldo, V., Cars, S., Rahnert, M., Larsen, H. S., & Andersson G. (2007). Use of a self-help book with weekly therapist contact to reduce tinnitus distress: A randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 195-202.
- Kam, A.C., Cheung, A.P., Chan, P.Y., Leung, E.K., Wong, T.K., van Hasselt, C.A., et al. (2009 ). Psychometric properties of the Chinese (Cantonese) Tinnitus Handicap Inventory. *Clinical Otolaryngology*, 34 (4), pp.309-315.
- Katz, J., & Ivey, G. (1999). Testes Centrais: Procedimentos utilizando espondeus. In J. Katz (Ed.), *Tratado de Audiologia Clínica* (4ª Ed.; pp. 237-253). São Paulo: Manole.
- Katz, J., & Wilde, L. (1999). Desordens do processamento auditivo. In J. Katz (Ed.), *Tratado de Audiologia Clínica* (4ª Ed.; pp. 486-498). São Paulo: Manole.
- Keedwell, P., & Snaith, R. P. (1996). What do anxiety scales measure? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 177-180.
- 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.
- Kennedy, P. & Llewelyn, S. (2006). The person's experience of health care. In Kennedy e Llewelyn (Eds.), *The essentials of Clinical Health Psychology* (pp.19 – 38). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Kennedy, V., Wilson, C., & Stephens, D. (2004). Quality of life and tinnitus. *Audiological Medicine*, 2, 29-40.

- Khalifa, S., Dubal, S., Veuillet, E., Perez-Diaz, F., Jouvent, R., & Collet L. (2002). Psychometric normalization of a hyperacusis questionnaire. *ORL*, 64, 6, pp.436-442.
- Kilbourn, K. M., & Durning, P. E. (2006). Oncology and Psycho-oncology. In Kennedy e Llewelyn (Eds.), *The essentials of Clinical Health Psychology* (pp. 79 – 109). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Kim, J. H., Lee, S. Y., Kim, C. H., Lim, S. L., Shin, J. L., Chung, W. H., et al. (2002). Reliability and validity of a Korean adaptation of the Tinnitus Handicap Inventory. *Korean Journal of Otholaryngology*, 45, pp.328-34.
- King, K., & Stephens, D. (1992). Auditory and Psychological Factors in ‘Auditory Disability with Normal Hearing’. *Scandinavian Audiology*, 21 (2): 109–114.
- Kleinjung, T. (2011a). Clinical otological assessment. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, & D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 405-407). New York: Springer.
- Kleinjung, T. (2011b). Surgical treatments: Introduction. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, & D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 661-662). New York: Springer.
- Kleinjung, T. (2011c). Low-level laser therapy. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, & D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 749-752). New York: Springer.
- Kleinjung, T., Langguth, B., & Khedr, E. (2011). Transcranial Magnetic Stimulation. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, & D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 697-709). New York: Springer.
- Koenig, H. G. (2007). Religião, espiritualidade e psiquiatria: um anova era na atenção à saúde mental – Prefácio. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34, supl. 1, 5-7.
- Koenig, H. G. (2004). Religion, Spirituality, and Medicine: Research findings and implications for clinical practice. *Southern Medical Journal*, 97, 12, 1194-1200.
- Kröner-Herwig, B., Frenzel, A., Fritsche, G., Schilkowsky, G., & Esser, G. (2003). The management of chronic tinnitus: Comparison of an outpatient cognitive-behavioral group training to minimal-contact interventions. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 4, 381-389.
- Landgrebe, M., & Langguth, B. (2011). Psychologic/Psychiatric assessment. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, & D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 441-444). New York: Springer.
- Landgrebe, M., & Langguth, B. (2011a). Tinnitus and anxiety. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 499-503). New York: Springer.
- Langeland, E., Wahl, A. K., Kristoffersen, K., & Hanestad, B. R. (2007). Promoting coping: Salutogenesis among people with mental health problems. *Issues in Mental Health Nursing*. 28 (3), 275-295.

- 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.
- Langguth, B., Biesinger, E., Del Bo, L., De Ridder, D., Goodey, R., Herraiz, C., et al. (2011a). Algorithm for the Diagnostic and Therapeutic Management of Tinnitus. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, & D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 381-385). New York: Springer.
- Langguth, B., & De Ridder, D. (2011). Objective signs of tinnitus in humans. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, & D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 145-147). New York: Springer.
- Langguth, B., Kreuzer, P. M., Kleinjung, T., & De Ridder, D. (2013). Tinnitus: causes and clinical management. *Lancet Neurology*, 12 (9), 920–930.
- Langguth, B., & Landgrebe, M. (2011). Tinnitus and depression. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp.493- 498). New York: Springer.
- Langguth, B., Searchfield, G. D., Biesinger, E., & Greimel, K. V. (2011). History and Questionnaires. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, & D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 387-404). New York: Springer.
- Laranjeira, C. A. (2008). Tradução e validação portuguesa do revised life orientation test (LOT-R). *Universitas Psychologica*, 7 (2), 469-476.
- Latchford, G. (2006). Accidente and trauma. In Kennedy e Llewelyn (Eds.), *The essentials of Clinical Health Psychology* (pp. 233 – 251). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Legent, F., Bordure, P., Calais, C., & Ferri-Launay, M-L. (1998). *Manuel Pratique des Tests de l'Audition*. Paris: Masson.
- Lemma, A. (1996). *Introduction to Psychopathology*. London: Sage Publications Ltd.
- Levine, R. A. (2013). Tinnitus: Diagnostic approach leading to treatment. *Seminars in Neurology*, 33 (3):256-69.
- 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.
- Mahmoudiana, S., Farhadi, M., Najafi-Koopae, M., Darestani-Farahani, E., Mohebbi, M., Dengler, R., et al. (2013). Central Auditory Processing during chronic tinnitus as indexed by topographical maps of the mismatch negativity obtained with the multi-feature paradigm. *Brain Research*, 1527, 161-173.
- Maes, I. H. L., Joore, M. A., Cima, R. F. F., Vlaeyen, J. W., & Anteunis, L. J. C. (2011). Assessment of health state in patients with tinnitus: a comparison of the EQ-5D and HUI mark III. *Ear and Hearing*, 32 (4), 428-435.

- Malouff, J. M., Noble, W., Schutte, N. S., & Bhullar, N. (2010). The effectiveness of bibliotherapy in alleviating tinnitus-related distress. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 245-251.
- Malouff, J. M., & Rooke, S. E. (2007). Empirically supported self-help books. *The Behaviour Therapist*, 30, 129-131.
- Malouff, J.M., Schutte, N. S., & Zucker, L. A. (2011). Tinnitus-related distress: A review of recent findings. *Current Psychiatry Reports* 13, 31–36.
- Marciano, E., Carrabba, L., Giannini, P., Sementina, C., Verde, P., Bruno, C., Di Pietro, G., & Ponsillo, N.G. (2003). Psychiatric comorbidity in a population of outpatients affected by tinnitus. *International Journal of Audiology*, 42, 4-9
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística – com utilização do SPSS* (3º Ed.). Lisboa: Ed. Sílabo.
- Martins, E. M. (2008). *Criação de um conjunto de Testes para a Avaliação do Processamento Auditivo*. Dissertação de Mestrado: Universidade de Aveiro.
- Martins, J. H. (2007). *Testes de avaliação do Processamento Auditivo Central – SSW em Português Europeu*. Dissertação de Mestrado: Universidade de Aveiro.
- Marujo, H. A., Neto, L. M., Caetano, A., & Rivero, C. (2007). Revolução positiva: Psicologia positiva e práticas apreciativas em contextos organizacionais. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 13 (1), 115-136
- Mathews, A., & MacLeod, C. (2002). Induced processing biases have causal effects on anxiety. *Cognition and Emotions*, 16 (3), 331-354.
- 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
- McFerran, D. J., & Baguley, D. M. (2008). The efficacy of treatments for depression used in the management of tinnitus. *Audiological Medicine*, 6, 40-47.
- McIntyre, T., Barroso, R., & Lourenço, M. (2002). Impacto da depressão na qualidade de vida dos doentes. *Saúde Mental*, IV (5), 13-24.
- McKenna, L., & Daniel, H. C. (2005). Tinnitus-related insomnia treatment. In R. S. Tyler (Ed.), *Tinnitus Treatments: Clinical Protocols* (pp. 81-95). New York: Thieme.
- Medrano, C. R., & Medrano, R. R. (2003). *Neurootofisiología y Audiología clínica*. México: McGraw-Hill.
- Meeus, O. M., Spaepen, M., De Ridder, D., & Van de Heyning, P. H. (2010). Correlation between hyperacusis measurements in daily ENT practice. *International Journal of Audiology*, 49(1), 7-13.
- 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.
- Mendel, B., Bergenius, J., & Langius, A. (1999). Dizziness symptom severity and impact on daily living as perceived by patients suffering from peripheral vestibular disorder. *Clinical Otolaryngology & Allied Sciences*, 24 (4), 286–293.
- Meneses, R. F. (2005). *Promoção da Qualidade de Vida de doentes crónicos: Contributos no contexto das Epilepsias Focais*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Meneses, R. F. (2006). Espiritualidade na óptica da Psicologia da Saúde. In I. Leal (Coord.), *Perspectivas em Psicologia da Saúde* (pp. 203-230). Coimbra: Quarteto.
- Meyer, B. (2001). 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. (2001). 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.
- Milerová, J., Anders, M., Dvořák, T., Sand, P. G., Königer, S., & Langguth, B. (2013). The influence of psychological factors on tinnitus severity. *General Hospital Psychiatry*, 35 (4):412-416
- Miller, S. L., Delaney, T. V., & Tallal, P. (1995). Speech and other central auditory processes: insights from cognitive neuroscience. *Current Opinion in Neurobiology*, 5, 198-204.
- 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.
- Mohr, A-M., & Hedelund, U. (2006). Tinnitus person-centered therapy. In R. S. Tyler (Ed.), *Tinnitus Treatments: Clinical Protocols* (pp. 198-216). New York: Thieme.
- Møller, 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.
- Møller, A. R. (2011a). Instruction. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 3-7). New York: Springer.

- Møller, A. R. (2011b). Epidemiology of tinnitus in adults. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 29-37). New York: Springer.
- Møller, A. R. (2011c). The role of neural plasticity in tinnitus. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 99-102). New York: Springer.
- Møller, A., R. (2011). Misophonia, phonophobia and “exploding head” syndrome. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 25-27). New York: Springer.
- Møller, A. R., Langguth, B., De Ridder, D. & Kleinjung, T. (2011). Preface. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. xi-xiv). New York: Springer.
- Morgenstern, L. B., Sánchez, B. N., Skolarus, L. E., Garcia, N., Risser, J. M. H., Wing, J. J., ... Lisabeth, L. D. (2011). Fatalism, optimism, spirituality, depressive symptoms and stroke outcome: A population-based analysis. *Stroke; a Journal of Cerebral Circulation*, 42 (12), 3518–3523.
- 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.
- Murphy, C. E. (2012). The effect of social support on the quality of life for tinnitus sufferers. *International tinnitus Journal*, 17 (2), 173-179.
- Musiek, F. E., Baran, J. A., & Pinheiro, M. L. (1990). Duration pattern recognition in normal subjects and patients with cerebral and cochlear lesions. *Audiology*, 29, 304-313.
- Näätänen, R., Kujala, T., Escera, C., Baldeweg, T., Kreegipuu, K., Carlson, S., & Ponton, C. (2012). The mismatch negativity (MMN) – A unique window to disturbed central auditory processing in ageing and different clinical conditions. *Clinical Neurophysiology*, 123, 424–458.
- Nagurney, A. J., Bagwell, B., & Forrest, K. (2009). The effects of social support and social control on cardiovascular reactivity during problem disclosure. *North American Journal of Psychology*, 11 (3). Acedido em <http://www.freepatentsonline.com/article/North-American-Journal-Psychology/213084809.html>, 20/11/2014.
- Narayanasamy, A. (1996). Spiritual care of chronically ill patients. *British Journal of Nursing*, 5, (7), pp.411-416
- Neijenhuis, K. (2003). *Auditory Processing Disorders: Development and evaluation of a test battery*. Dissertação de Doutorado: Universidade Católica de Nijmegen, Holanda.
- Nelting, M., Rienhoff, N.K., Hesse, G., & Lamparter, U. (2002). The assessment of subjective distress related to hyperacusis with a self-rating questionnaire on hypersensitivity to sound. *Laryngorhinootologie*, 81, 32–34.

- 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.
- Newman, C.W., Sandridge, S.A., Bea, S.M., Cherian, K., Cherian, N., Kahn, K.M., & Kaltenbach, J. (2011). Tinnitus: patients do not have to 'just live with it'. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 78 (5), 312-320.
- Nogueira, C., & Mesquita, A. P. (1992). Auto-eficácia e ansiedade: Aplicações na consulta psicológica. *Jornal de Psicologia*, 10 (3), 16-22.
- Nondahl, D. M., Cruickshanks, K. J., Dalton, D. S., Klein, B. E. K., Klein, R., Schubert, et al. (2007). The Impact of Tinnitus on Quality of Life in Older Adults. *Journal of American Academy of Audiology*, 18, 257-266
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa : Climepsi.
- Ohresser, M. (2001). *Docteur, dites-moi, les acouphènes...* Paris : Beaufour Ipsen.
- 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.
- Oishi, N. (2013). Khalifa's hyperacusis questionnaires: Japanese version. *Abstract book 1st International Conference on Hyperacusis*, PP.8. Birkbeck College, University of London.
- Oliveira, A. V. (2007). *Qualidade de vida em indivíduos com queixas de acufenos: Comparação com a percepção dos acompanhantes*. Tese de Mestrado Apresentado em Maio de 2007 na FCHS – UFP. <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/471/1/AntonioVascoAntunesNevesOliveita.pdf>
- Oliveira, V., & Meneses, R. (2006). 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. (2006). 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. F. (2008). Qualidade de vida de portugueses com zumbidos: Confronto de indicadores. In *Psicologia, Saúde & Doença, livro de resumos do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Porto, Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde.
- Oliveira, V., & Meneses, R. (2008). Balanço da Utilização da Versão Portuguesa do Tinnitus Handicap Inventory (THI). *Audiologia em revista*, 1 (2), 101-106.

- Oliveira, V., & Meneses, R. F. (2009). Correlatos clínicos da qualidade de vida de indivíduos com acufenos. In A. Maia, S. Silva, & Pires, T (Orgs), *Desafios de Saúde e comportamento. Actas do 1º Congresso de Saúde e Comportamentos dos Países de Língua Portuguesa* (pp. 23-30). Braga, CIPSI.
- Oliveira, V., & Meneses, R. (2009). O papel do SF-36v2 em indivíduos com queixas de zumbidos: Avaliação da qualidade de vida. In C. Sequeira, I. L. Ribeiro, J. C. Carvalho, T. Martins & T. Rodrigues (Eds.), *Saúde e Qualidade de Vida em análise* (pp. 248-257), Porto, Escola Superior de Enfermagem do Porto – Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida.
- Oliveira, V., Meneses, R., & Trigueiros-Cunha, N. (2014). Characteristics of Hyperacusis complaints in tinnitus patients. *Conference programme and abstract book of British Academy of Audiology Conference 2014* (p. 65). Bournemouth, Reino Unido.
- Oliveira, V., Meneses, R., & Trigueiros-Cunha, N. (2014). Correlates of Coping in individuals with tinnitus. *World Academy of Science, Engineering and Technology (WASET)*, 8 (1), 134-136.
- Oliveira, V., Meneses, R., & Trigueiros, N. (2014). Efeitos da auto-eficácia na qualidade de vida de indivíduos com acufenos. In J.Pais Ribeiro, I. Silva, R. Meneses, e I.Leal (Eds.) *Psicologia, Saúde & Doença, livro de resumos do 10º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (p. 103-104). Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Oliveira, A. V., Meneses, R. F., & Trigueiros-Cunha, N. (2015). Self-efficacy in tinnitus patients. *The Journal of Advanced Otology, Abstract book of 12<sup>th</sup> European Federation of Audiology Societies (EFAS), 11(Supl. 1)*, 21-22.
- Oliveira, A. V., & Trigueiros-Cunha, N. (2002). Avaliação Psicológica de doentes com acufenos: Resultados de uma população de doentes de uma consulta de O.R.L.. *Revista Portuguesa de ORL*, 40 (3), 219-236.
- Oliveira, V., & Trigueiros-Cunha, N. (2013). Khalifa's Hyperacusis Questionnaire: Portuguese Version. *Abstract book, 1st International Conference on Hyperacusis pp.9-10*. Birkbeck College, University of London.
- Pais-Ribeiro, J. L. (1995). Adaptação de uma escala de avaliação da auto-eficácia geral. In: L. Almeida e I. Ribeiro (Eds.). *Avaliação Psicológica: formas e contextos* (pp.163-176). Braga: APPORT.
- Pais-Ribeiro, J. L. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (XVII): 547-558.
- Pais-Ribeiro, J. L. (1999b). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2005b). *O importante é a saúde; Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde – SF-36*. Fundação Merck Sharp & Dohme.

- Pais-Ribeiro, J. L. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Pais-Ribeiro; J. L. (2008). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Livpsic.
- Pais-Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In: J. P. Cruz, S. N. de Jesus, & C. Nunes (Coords.), *Bem-estar e qualidade de vida* (pp.31-49). Alcochete, Portugal: Textiverso.
- Pais Ribeiro, J. (2009). *Coping: estratégias para redução do stress*. *Executive Health and Wellness*, 1 (9), 28-29
- Pais-Ribeiro, J., & Pedro, L. (2006). Contribuição para a análise psicométrica e estrutural da escala revista de avaliação do optimismo (escala de orientação para a vida Revista-Lot-R) em doentes com esclerose múltipla. In I. Leal, J. L. Pais-Ribeiro e S. Neves (Eds.), *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.133-139). Faro: Universidade do Algarve.
- Pais-Ribeiro, J. L., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do *Coping*: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doença*, 5 (1), 3-15.
- Pais-Ribeiro, J., & Rodrigues, A. (2009). Quando a avaliação do *coping* precisa de ser breve: estudo de uma versão ainda mais reduzida do *brief cope*. In S. N. Jesus, I. Leal & M. Rezende (Edts.). *Actas do I Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde* (pp. 473-481). Faro: CUIP.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12 (2), 225-237.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2008). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde* (2ª Ed.). Porto: Livpsic.
- Pais-Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In: J.P.Cruz, S.N. de Jesus, & C Nunes (Coords.), *Bem-Estar e Qualidade de Vida* (pp.31-49). Alcochete: Textiverso.
- Pais-Ribeiro, J. L., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do *Coping*: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doença*, 5 (1), 3-15.
- Panzini, R. G., Rocha, N. S., Bandeira, D. R., & Fleck, M. P. A. (2007). Qualidade de Vida e Espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 34, supl 1; 105-115.
- Pargament, K. I. (1997). *The Psychology of religion and coping*. New York: Guilford Press.
- 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.
- Pedro, L. M. R. (2010). *Implicações do optimismo, esperança e funcionalidade na Qualidade de Vida em indivíduos com esclerose múltipla*. Ed. Colibri: Lisboa.

- Peignard, P. (2001). Les traitements: Les thérapies cognitives et comportementales. In B. Meyer (Ed.), *Acouphènes et hyperacousie* (pp. 309-318). Paris ; Société Française d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou.
- Pereira, M. G., & Figueiredo, A.P. (2008). Depressão, ansiedade e stress pós-traumático em doentes com cancro colo-rectal - Validação do Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) e Impact of Events Scale (IES) numa amostra de doentes oncológicos. *Oncology News*, 5, 11-19.
- 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*. Lisboa: Ed. Sílabo.
- Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. *British Journal of Psychiatry*, 177, 486-492.
- 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 Hyperacusis Centre.
- Pinto, C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2007). Construção de uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde. *Arquivos de Medicina*, 21 (2), 47-53.
- 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.
- Prestes, R., & Gil, D. (2009). Impact of Tinnitus on Quality of Life, Loudness and Pitch Match, and High-Frequency Audiometry. *International Tinnitus Journal*, 15 (2), 134-138.
- Pujol, R. & Trigueiros-Cunha, N. (2015). Viagem ao mundo da audição. Consultado em 9 de Dezembro de 2015, em <http://www.cochlea.eu/po/surdez/acufenos>.
- Punte, A. K., Meeus, O., & Van de Heyning, P. (2011). Cochlear implants and tinnitus. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, & D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 619-624). New York: Springer.
- Rief, W., Weise, C., Klein, N., & Martin, A. (2005). Psychophysiologic treatment of chronic tinnitus: A randomised clinical trial. *Psychosomatic Medicine*, 67, 833-838.
- 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 (1), 45-55.

- Roberts, L. E. (2011). Neural synchrony and neural plasticity in tinnitus. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 103-112). New York: Springer.
- Roberts, L. E., & Bosnyak, D. J. (2011). Auditory training in tinnitus. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, & D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 563-573). New York: Springer.
- Roberts, L. E., Martins, W. H., & Bosnyak, D. J. (2011). The prevention of tinnitus and noise-induced hearing loss. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, & D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 527-534). New York: Springer.
- Robinson-Smith, G., Johnston, M. V., & Allen, J. (2000). Self-Care Self-Efficacy, Quality of Life, and Depression after Stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81, 460-464.
- Rocha, N., Queirós, C., Aguiar, S., & Marques, A. (2008). Implicações da Neurocognição e da Auto-Eficácia na predição de factores do funcionamento psicossocial de pessoas com esquizofrenia. *Análise Psicológica*, 4, 587-600.
- Rodrigues, V. B., & Madeira, M. (2009). Suporte social e saúde mental: revisão da literatura. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde – UFP*, 6, 390-399.
- 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.
- Roggerone, M. (2010). *Determinants of tinnitus' impact in Quality of Life in an outpatient clinic protocol*. Consultado em 18 de Maio de 2010, em Universidade Real de Groningen: <http://umcg.wewi.eldoc.ub.rug.nl/FILES/root/Rapporten/2010/tinnituspolikliniek/3.pag.pdf>
- Rohde, P., Stice, E., Shaw, H., & Briere, F. N. (2014). Indicated cognitive behavioral group depression prevention compared to bibliotherapy and brochure control: Acute effects of an effectiveness trial with adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82 (1), 65-74.
- Rosmarin, D. H., Auerbach, R. P., Björgvinsson, T., Levensky, P. G., & Bigda-Peyton, J. S. (2011). Integrating spirituality into cognitive behavioral therapy in an acute psychiatric setting: A pilot study. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25 (4), 1-17.
- 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.
- Sáez-Jiménez, R., & Herráiz-Puchol, C. (2006). Acúfenos: Guia clínica en atención primaria. *Archivos en Medicina Familiar*, 8 (3), 190-196.
- Salviati, M., Macrì, F., Terlizzi, S., Melcore, C., Provenzano, A., Capparelli, E., et al. (2013). The Tinnitus Handicap Inventory as a screening test for psychiatric comorbidity in patients with tinnitus. *Psychosomatics*, 54, pp. 248-256.

- Sand, P. G. (2011). Genetic risk factors in chronic tinnitus. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 47-50). New York: Springer.
- 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.
- Santos, C. B., Pais-Ribeiro, J., & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4 (2), 185-204.
- Santos, M. F. C., Ziliotto, K. N., Monteiro, V. G., Hirata, C. H. W., Pereira, L. D., & Weckx, L. L. M. (2001). Avaliação do processamento auditivo central em crianças com e sem antecedentes de otite média. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 67, 448-454.
- Sawatzky, R., Ratner, P. A., & Chiu, L. (2005). A meta-analysis of the relationship between Spirituality and Quality of Life. *Social Indicators Research*, 72, 153-188.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- 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., Magnusson, J., Shakes, G., Biesinger, E., & Kong, O. (2011). Counseling and psycho-education for tinnitus management. In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, & D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 535-556). New York: Springer.
- 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.
- Shabana, M. I., Selim, M. H., El Refaie, A., El Dessouky, T. M., & Soliman R. Y. (2011). Assessment of Hyperacusis in Egyptian patients: Evaluation of the Arabic version of the Khalfa questionnaire. *Audiological Medicine*, 9 (4), pp.127-134.

- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The Self-Efficacy Scale: Construction and validation. *Psychological Reports, 51*, 663-671.
- Shulman, A. (1991a). Tinnitus evaluation. In A. Shulman (Ed.), *Tinnitus: Diagnosis/Treatment* (pp. 293-318). Philadelphia; Lea & Febiger.
- Shulman, A. (1991b). Clinical types of tinnitus. In A. Shulman (Ed.), *Tinnitus: Diagnosis/Treatment* (pp. 323-341). Philadelphia; Lea & Febiger.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., & Ramos, H. (2003). Qualidade de vida e complicações crônicas da diabetes. *Análise Psicológica, 2* (21), 185-194.
- Silva, M. C. S., & Lautert, L. (2010). O senso de auto-eficácia na manutenção de comportamentos promotores de saúde de idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 44*, 61-67.
- 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.
- Sirois, F. M., Davis, C. G., & Morgan, M. (2006). "Learning to live with what you can't rise above": Control beliefs, symptom control, and adjustment to tinnitus. *Health Psychology, 25*, 119-123.
- Sizer, D. I., & Coles, R. R. A. (2005). Tinnitus self-treatment. In R. S. Tyler (Ed.), *Tinnitus Treatments: Clinical Protocols* (pp. 1-22). New York: Thieme.
- Smith, S. L., & Fagelson, M. (2011). Development of the self-efficacy for tinnitus management questionnaire. *Journal of American Academy of Audiology, 22* (7); 424-440.
- Smith, S. L., & West, R. L. (2006). The application of Self-Efficacy principles to Audiologic Rehabilitation: A Tutorial. *American Journal of Audiology, 15*, 46-56.
- Snaith, R. P., & Protheroe, D. N. (1995). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Hospital Update, 5*, 240-242.
- Snaith, R. P., & Zigmond, A. S. (1994). *The Hospital Anxiety and Depression Scale with The Irritability-Depression-Anxiety Scale and The Leeds Situational Anxiety Scale Manual*. Berkshire: Nfer-Nelson.
- Snaith, P. (1993). What do depression rating scales measure? *British Journal of Psychiatry, 163*, 293-298.
- Soares, M. A., Rosa, J., Moura, M. J., & Baptista, A. (2000). Ajustamento emocional, estratégias de *coping* e percepção da doença em pais de crianças com doença do foro oncológico. *Psicologia, Saúde & Doenças, 1* (1), 61-68
- Song, J-J., De Ridder, D., Weisz, N., Schlee, W., Van de Heyning, P., & Vanneste, S. (2014). Hyperacusis-associated pathological resting-state brain oscillations in the tinnitus brain: a hyperresponsiveness network with paradoxically inactive auditory cortex. *Brain Structure and Function, 219* (3):pp-1113-28

- Spitzer, R.L., Kroenke, K., Linzer, M., Hahn, S. R., Williams, J. B. W., deGruy III, F. V., et al. (1995). Health-Related Quality of Life in Primary Care Patients With Mental Disorders: Results From the PRIME-MD 1000 Study. *The Journal of the American Medical Association*, 274 (19):1511-1517.
- Stach B. A. (2000). Diagnosing Central Auditory Processing Disorders in adults. In R. J. Roeser, M. Valente e H. Hosford-Dunn (Eds.), *Audiology: Diagnosis* (pp. 355-379). New York: Thieme.
- 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.
- 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.
- Stenklev, N. C., & Laukli, E. (2004). Presbycusis – Hearing thresholds and the ISO 7029. *International Journal of Audiology*, 43, 295-306.
- 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.
- Sturm, J. W., Donnan, G. A., Dewey, H. M., Macdonell, R. A. L., Gilligan, A. K., Srikanth, V., & Thrift, A.G. (2004). Quality of Life after stroke: The North East Melbourne Stroke Incidence Study (NEMESIS). *Stroke*, 35, 2340-2345.
- Sullivan, M., Katon, W., Russo, J., Dobie, R., & Sakai, C. (1994). Coping and marital support as correlates of tinnitus disability. *General Hospital Psychiatry*, 16 ( 4), 259-266.
- 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.
- Syka, J. (2002). Plastic changes in the Central Auditory System after hearing loss, restoration of function, and during learning. *Physiological Reviews*, 82, 601–636.
- Tomé, D., Marques-Teixeira J., & Barbosa, F. (2012). Temporal Lobe Epilepsy in Childhood – A Study Model of Auditory Processing. *Journal of Neurology & Neurophysiology*, 3, 123. In [http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/3336/1/ART\\_DavidTome\\_2012.pdf](http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/3336/1/ART_DavidTome_2012.pdf), consultado em 15 de Julho de 2014.
- Tonndorf, J. (1991). The origin of tinnitus. In A. Shulman (Ed.), *Tinnitus: Diagnosis/Treatment* (pp. 41-49). Philadelphia; Lea & Febiger.

- Trigueiros-Cunha, N. (2009). Neurotoxicidade da Cocaína na Ontogenia do rato. Dissertação de Doutoramento apresentada Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Trigueiros-Cunha, N. (2011). *Acufenos: Fisiopatologia e aplicação clínica*. Resumo de comunicações da III Reunião de Inverno da APO. Lisboa: APO.
- 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.
- Tunkel, D. E., Bauer, C. A., Sun, G. H., Rosenfeld, R. M., Chandrasekhar, S. C., Cunningham Jr, E. R., et al. (2014). Clinical Practice Guideline: Tinnitus. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 151, S1-S40.
- Turk, D. C., & Monarch, E. S. (2006). Chronic pain. In Kennedy e Llewelyn (Eds.), *The essentials of Clinical Health Psychology* (pp. 111 – 134). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Tyler, R. S. (2006). Neurophysiological models, psychological, and treatments for tinnitus. In R. S. Tyler (Ed.), *Tinnitus treatment: Clinical protocols* (pp.1-22). New York: Thieme.
- Udupi, V. A., Uppunda, A. K., Mohan, K. M., Alex, J., & Mahendra, M. H. (2013). The relationship of perceived severity of tinnitus with depression, anxiety, hearing status, age and gender in individuals with tinnitus. *International tinnitus Journal*, 18 (1), 29-34.
- Valle, C. H. C., & Mateos, P. M. (2008). Dispositional pessimism, defensive pessimism and optimism: The effect of induced mood on prefactual and counterfactual thinking and performance. *Cognition and Emotion*, 22 (8), 1600-1612.
- 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.
- van der Velden P. G., Kleber R. J., Fournier M., Grievink L., Drogendijk A., & Gersons B. P. (2007). The association between dispositional optimism and mental health problems among disaster victims and a comparison group: a prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 102 (1-3), 35-45.
- Vanneste, S., & De Ridder, D. (2011). Transcranial Direct Current Stimulation (tDCS): A New Tool for the Treatment of Tinnitus? In A. R. Møller, T. Kleinjung, B. Langguth, & D. Ridder (Eds.), *Textbook of Tinnitus* (pp. 711-715). New York: Springer.
- Vaz-Serra, A. (2010). Qualidade de vida e saúde. In M. C. Canavarro, & A. Vaz-Serra (Eds.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 23-53). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vernon, J. A. (1987). Pathophysiology of tinnitus: A special case – hyperacusis and a proposed treatment. *American Journal of Otolaryngology*, 8, 201-202.

- Vernon, J. (1989). Tinnitus: 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 América*, 36 (2), 307-320.
- Vollmann, M., Kalkouskaya, N., Langguth, B., & Scharloo, M. (2012). When the ringing in the ears gets unbearable: *Illness representations, self-instructions and adjustment to tinnitus*. 73, 108-111.
- Vollmann, M., Scharloo, M., Langguth, B., Kalkouskaya, N., & Salewski, C. (2014). Illness representations as mediators of the relationship between dispositional optimism and depression in patients with chronic tinnitus: A cross-sectional study. *Psychology & Health*, 29, 81-93.
- 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. (2001). Interpreting SF-36 summary health measures: A response. *Quality of Life Research*, 10, 405-413.
- Ware, J. E., Kosinski, M., & Dewey, J. E. (2000). *How to Score Version 2 of the SF-36 Health Survey*. Lincoln; QualityMetric Incorporated.
- Weidt, S., Bruehl, A. B., Straumann, D., Hegemann, S. C. A., Krautstrunk, G., & Rufer, M. (2014). Health-related quality of life and emotional distress in patients with dizziness: a cross-sectional approach to disentangle their relationship. *BMC Health Services Research*, 14, 317. Acedido em Novembro de 2014 em <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/317>.
- Weinstein B.E. (1999). Presbiacusia. In J. Katz (Ed.), *Tratado de audiologia clínica* (4ª Edição), pp. 562-576. São Paulo: Manole.
- White-Williams, C., Grady, K., Naftel, D., Myers, S., Wang, E., & Kirklin, J. (2010). Relationships Among Satisfaction with Social Support, Perceived Stress, and Coping on Quality of Life and Survival 5 to 10 Years after Heart Transplantation. *Circulation*;122: A9061 [http://circ.ahajournals.org/cgi/content/meeting\\_abstract/122/21\\_MeetingAbstracts/A9061\\_22/05/2011](http://circ.ahajournals.org/cgi/content/meeting_abstract/122/21_MeetingAbstracts/A9061_22/05/2011)
- 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.
- Yalçinkaya, F., & Keith, R. (2008). Understanding auditory processing disorders. *Turkish Journal of Pediatrics*, 50, 101-105.
- Yantis, P. A. (1999). Avaliação dos Limiares 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.
- Zeman, F., Koller, M., Langguth, B., & Landgrebe, M. (2014). Which tinnitus-related aspects are relevant for quality of life and depression: results from a large international multicentre sample. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12: 7. In <http://www.hqlo.com/content/12/1/7>, acessado em 22 de Outubro de 2014.
- Zeman, F., Koller, M., Schecklmann, M., Langguth, B., & Landgrebe, M. (2012). Tinnitus assessment by means of standardized self-report questionnaires: psychometric properties of the Tinnitus Questionnaire (TQ), the Tinnitus Handicap Inventory (THI), and their short versions in an international and multi-lingual. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10: 128. In <http://www.hqlo.com/content/10/1/128>, acessado em 22 de Outubro de 2014.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.
- 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.
- Zöger, S., Svedlund, J., & Holgers, K-M. (2006). Relationship between tinnitus severity and psychiatric disorders. *Psychosomatics*, 47, 282-288.