



UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E SOCIOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA

**ESTIMA DE SI E RELAÇÃO CONJUGAL DE PESSOAS IDOSAS COM
DEFICIÊNCIA AUDITIVA**

(Dissertação de Mestrado em Psicologia na Especialização em Psicologia da Linguagem e Logopedia)

Marta Alexandra da Costa Gomes – N^a 20101212

ORIENTADOR: Doutora Mónica Pires
Universidade Autónoma de Lisboa

Lisboa, Dezembro de 2014

«Os problemas da surdez são mais profundos e complexos, mais importantes talvez, dos que os da cegueira. A surdez é um infortúnio muito maior. Representa a perda do estímulo mais vital – o som da voz – que veicula a linguagem, agita os pensamentos e nos mantém na companhia intelectual do homem»

Helen Keller

AGRADECIMENTOS

Este é o rematar de todo um percurso desenvolvido, com avanços, retrocessos e paragens... Agora que esta etapa está a chegar ao fim, cria-se uma certa nostalgia assente na certeza de que a perfeição não existe e que ficam sempre coisas por pensar, escrever e estudar...

Ciente de que este trabalho só foi possível graças à ajuda incondicional de algumas pessoas, umas que já faziam parte da minha vida, outras que passaram a fazer, torna-se impossível esquecer quem é parte integrante de mais um episódio.

À Professora Doutora Mónica Pires, minha orientadora, por ter aceitado o desafio de orientar este trabalho e pelo valioso apoio que tornou esta investigação possível, real, sempre com o seu lado perspicaz e capacidade de questionar e corrigir, mas também de uma exigência sem igual, que permitiu que este trabalho ganhasse forma.

Ao diretor geral da Widex Portugal, Dr. Rui Ribeiro Nunes, que me autorizou a fazer a recolha de dados na sua instituição.

Aos colegas da Widex, que me ajudaram na recolha da amostra. Nos diferentes cantos do país, reina a interajuda. Eles sabem quem são...

A todos os participantes que se voluntariaram para participar no estudo e que abdicaram do seu tempo, em prol da vontade de ajudar.

Ao meu companheiro para a vida João Ferrão, pelo apoio incondicional, motivação e pelas palavras de incentivo. Num trabalho como este em que as pausas ao longo do tempo foram várias, soubeste dar-me tempo e espaço neste trabalho muitas vezes solitário.

A todos os amigos e à família, pela amizade, pelas conversas, pela partilha de frustrações, que foram tantas, mas que nunca deixaram de acreditar... mesmo quando eu não acreditava.

A todos, muito obrigada!

RESUMO

O envelhecimento da sociedade acentua a preocupação na melhoria do bem-estar físico, psicológico e social destas pessoas. Das diversas alterações que acompanham o processo de envelhecimento, a perda de audição assume relevo pela sua elevada prevalência e pelas consequências psicossociais e emocionais que advêm de um processo comunicativo mais difícil, tais como isolamento, frustrações, tensões relacionais e familiares. Assente nestas dificuldades o objetivo do estudo centra-se em perceber como se caracteriza a estima de si e o ajustamento conjugal destas pessoas, e se o nível de *handicap* auditivo tem efeitos na estima de si e no ajustamento conjugal.

Foram utilizados como instrumentos deste estudo o questionário sociodemográfico e audiológico, a versão portuguesa da Escala *Hearing Handicap Inventory for the Elderly* (P-HHIE), a *Self-Esteem* Rogers, Tap, Hipólito & UAL (SERTHUAL) e a versão portuguesa da *Dyadic Adjustment Scale* (DAS).

A amostra do estudo é composta por 47 elementos de ambos os géneros e os resultados encontrados revelam níveis positivos de estima de si e de ajustamento conjugal. Os dados revelam igualmente que níveis mais altos de *handicap* auditivo traduzem-se em valores mais baixos de estima de si e de ajustamento conjugal.

Palavras-Chave: Perda de Audição, *Handicap* Auditivo, Estima de Si, Ajustamento Conjugal

ABSTRACT

The ageing society presents a concern in improving the physical, psychological and social well-being of these people. In the aging process, the hearing loss its a major problem due its high prevalence and the psychosocial and emotional consequences that come from a more difficult communication process, such as isolation, frustration, relational and family tensions. Based on these difficulties the aim of the study is to understand how is characterized self-esteem and marital adjustment of these people, and the level of hearing handicap has effects on self-esteem and marital adjustment.

Were used as instruments of this study the audiological and socio-demographic questionnaire, the portuguese version of the Hearing Handicap Inventory for the Elderly Scale (P-HHIE), the Self-Esteem Rogers, Tap, Hipólito & UAL (SERTHUAL) and the portuguese version of the Dyadic Adjustment Scale (DAS).

The study sample consists of 47 elements of both genders and the results showed positive levels of self-esteem and marital adjustment. The data also show that higher levels of Hearing Handicap have lower values of self-esteem and marital adjustment.

Keywords: Hearing Loss, Hearing Handicap, Self-esteem, Marital Adjustment

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE TABELAS.....	x
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xi
ÍNDICE DE SIGLAS.....	xii
INTRODUÇÃO	2
PARTE I – REVISÃO DA LITERATURA.....	5
1.1 Envelhecimento.....	6
1.1.1 Aspetos Biológicos	7
1.1.2 Aspetos Psicológicos	8
1.1.3 Aspetos Sociais.....	8
1.2 Deficiência Auditiva nos Idosos	9
1.2.1 Dificuldades de Comunicação e Implicações Psicossociais	12
1.3 Estima de Si	13
1.3.1 Estima de Si em Idosos com Deficiência Auditiva.....	17
1.4 Ajustamento Conjugal.....	19
1.4.1 Ajustamento Conjugal de Pessoas Idosas com Deficiência Auditiva.....	23
PARTE II – METODOLOGIA.....	27
2.1 Definição do Problema e Perspetiva de Investigação	28
2.2 Objetivos	29
2.2.1 Questões de Investigação.....	30
2.3 Delineamento do Estudo	30
2.4 Participantes	32
2.4.1 Caracterização da Amostra	34
2.5 Instrumentos.....	35
2.5.1 Questionário Sociodemográfico e Audiológico.....	36
2.5.2 Escala <i>The Hearing Handicap Inventory for the Elderly</i> HHIE	36

2.5.3. Escala Estima de Si SERTHUAL	39
2.5.4 Escala de Ajustamento Conjugal DAS	41
2.6 Procedimentos	42
2.6.1 Tratamento Estatístico	43
III PARTE - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	45
3.1 Estatística Descritiva	46
3.1.1 Handicap Auditivo	46
3.1.2 Estima de Si	47
3.1.3 Ajustamento Conjugal	49
3.2 Correlações entre Estima de Si e Ajustamento Conjugal.....	50
3.3 Variáveis de Critério e Estima de Si	52
3.3.1 Género.....	52
3.3.2 Situação Económica.....	53
3.3.3 Escolaridade.....	55
3.3.4 Agregado Familiar	56
3.3.5 Perda Auditiva (incidência bilateral ou monoaural)	58
3.4 Variáveis de Critério e Ajustamento Conjugal	59
3.4.1 Género.....	59
3.4.2 Situação Económica.....	60
3.4.3 Escolaridade.....	60
3.4.5 Anos de Casamento.....	62
3.4.6 Perda Auditiva (incidência bilateral ou monoaural)	62
3.5 Correlações entre <i>Handicap</i> Auditivo e Estima de Si.....	63
3.5.1 Regressões entre <i>Handicap</i> Auditivo e Estima de Si.....	64
3.6 Correlações entre <i>Handicap</i> Auditivo e Ajustamento Conjugal.....	67
3.6.1 Regressões entre <i>Handicap</i> Auditivo e Ajustamento Conjugal.....	68
IV PARTE – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	71

V PARTE – CONCLUSÃO.....	84
5.1 Conclusões	85
5.1.1 Limitações.....	86
5.1.2 Estudos futuros.....	88
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	90
ANEXOS	106

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Operacionalização das Variáveis
Tabela 2 - Caracterização da Amostra
Tabela 3 - Consistência Interna da P-HHIE
Tabela 4 - Consistência Interna da SERTHUAL
Tabela 5 - Consistência Interna da DAS
Tabela 6 - Escala de Desvantagem Auditiva para Idosos P-HHIE, Valores Médios e de Dispersão
Tabela 7 - Escala de Estima de Si SERTHUAL, Valores Médios e de Dispersão
Tabela 8 - Escala de Ajustamento Conjugal DAS, Valores Médios e de Dispersão
Tabela 9 – Correlações entre Estima de Si e o Ajustamento Conjugal
Tabela 10 - Relações entre a escala SERTHUAL e o Género
Tabela 11 - Relações entre a escala SERTHUAL e a Situação Económica
Tabela 12 - Relações entre a escala SERTHUAL e a Escolaridade
Tabela 13 - Relações entre a escala SERTHUAL e Agregado Familiar
Tabela 14 - Relações entre a escala SERTHUAL a Perda Auditiva (lateralidade)
Tabela 15 -Relações entre a DAS e o Género
Tabela 16 - Relações entre a DAS e a Situação Económica
Tabela 17 - Relações entre a DAS e a Escolaridade
Tabela 18 - Relações entre a DAS e Agregado Familiar
Tabela 19 - Correlação de Pearson: AC e Anos de Casamento (N=47)
Tabela 20 - Relações entre a DAS e a Lateralidade da Perda Auditiva
Tabela 21 - Correlação entre a Estima de Si e o Nível de <i>Handicap</i> Auditivo
Tabela 22 - Coeficientes das variáveis incluídas do modelo
Tabela 23 - Coeficientes das variáveis incluídas do modelo
Tabela 24 - Coeficientes das variáveis incluídas do modelo
Tabela 25 - Correlação entre o Ajustamento Conjugal e o <i>Handicap</i> Auditivo
Tabela 26 - Coeficientes das variáveis incluídas do modelo
Tabela 27 - Coeficientes das variáveis incluídas do modelo
Tabela 28 - Coeficientes das variáveis incluídas do modelo
Tabela 29 - Coeficientes das variáveis incluídas do modelo
Tabela 30 - Coeficientes das variáveis incluídas do modelo

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Modelo de Representação do Delineamento do Estudo

Figura 2: Gráfico de Médias P-HHIE

Figura 3: Gráfico de Médias Dimensões Positivas e Dimensões Negativas SERTHUAL

Figura 4: Gráfico de Médias DAS

Figura 5: Gráfico de Médias - Relações entre a escala SERTHUAL e o Género

Figura 6: Gráfico de médias - Relações entre a escala SERTHUAL e a Situação Económica

Figura 7: Gráfico de médias - Relações entre a escala SERTHUAL e a Lateralidade da Perda Auditiva

Figura 8: Gráfico de médias - Relações entre a escala DAS e a Lateralidade da Perda Auditiva

ÍNDICE DE SIGLAS

AASI: Aparelho de Amplificação Sonora Individual
AC: Ajustamento Conjugal
APTA: Associação Portuguesa de Audiologistas
ATS: Audiograma Tonal Simples
AV: Audiograma Vocal
CPHI: The Communication Profile for the Hearing Impaired
DAS: Dyadic Adjustment Scale
DN: Dimensão Negativa
DP: Dimensão Positiva
EAD: Escala de Ajustamento Diádico
FACES: Family Satisfaction Scale
HHIA: The Hearing Handicap Inventory for Adults
HHIE: The Hearing Handicap Inventory for the Elderly
HHIE-S: The Hearing Handicap Inventory for the Elderly: Screening Version
HHS: Hearing Handicap Scale
HMS: The Hearing Measurement Scale
INE: Instituto Nacional de Estatística
NHHI: The Nursing Home Hearing Handicap
OMS: Organização Mundial de Saúde
P-HHIE: Versão Portuguesa da Hearing Handicap Inventory for the Elderly
SERTHUAL: Escala de Estima de Si (Self-esteem Rogers, Tap, Hipólito & UAL)
S-K: Kolmogorov-Smirnov
WHO: World Health Organisation
S-K: Kolmogorov-Smirnov

ESTIMA DE SI E RELAÇÃO CONJUGAL DE PESSOAS IDOSAS
COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

Marta Alexandra da Costa Gomes – N^a 20101212

INTRODUÇÃO

Nenhum de nós envelhece da mesma maneira. O envelhecimento é um processo altamente personalizado, que varia em função das características pessoais físicas, genéticas e do contexto social (Gomes, 2011).

Birren (1992) defendeu que o envelhecimento seria, provavelmente, um dos assuntos mais complexos que a humanidade enfrentaria no século XXI. De facto, passadas mais de duas décadas, observa-se um aumento da longevidade, acompanhado pelo decréscimo da taxa de natalidade, tornando-se evidente que o objetivo para os próximos anos passa pela aposta na melhoria do bem-estar físico, psicológico e social da população mais idosa. Para Sousa (2004, citado por Pereira & Roncon, 2010) esta realidade reconfigura os contextos sociais atuais e coloca novos desafios no âmbito das dinâmicas familiares e no campo da saúde, como afirmam Araújo, Ribeiro, Oliveira, Pinto, & Martins (2008, citado por Pereira & Roncon, 2010). Assim, o desafio deste século não será dar tempo ao tempo, mas sim dar-lhe qualidade (Fontaine, 1999).

Em cada dia que passa ganhamos e perdemos, daí a palavra envelhecimento ser-nos tão familiar. Ao longo do tempo, vão surgindo as perdas irreversíveis inerentes a este processo natural (Carretero, Garcés, Ródenas & Sanjosé, 2009), das quais destacamos as modificações físicas, sensoriais, intelectuais e emocionais (Magni, Freiburger & Tonn, 2005). Dentre as alterações sensoriais que acompanham este processo, a deficiência auditiva é uma das mais incapacitantes (Marques, 2004), pois a audição pois é base do desenvolvimento da comunicação humana (Morettin, Cardoso, Lebrão & Duarte, 2008; Vieira, Miranda, Calais, Carvalho, Iório & Borges, 2007).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2005, cerca de 278 milhões de pessoas em todo o mundo apresentam um grau de deficiência auditiva incapacitante (WHO, 2010). Em Portugal, esta incapacidade atinge cerca de 10% da população, mas se nos centrarmos na população sénior, os números aumentam para cerca de 16,5% (Apta, 2010).

Quando a perda auditiva se instala de forma irreversível, o portador passa a ter de enfrentar uma nova situação de vida para a qual, muitas vezes, não está preparado. Podem surgir situações de stresse e dificuldades comunicacionais que se traduzem muitas vezes em alterações nos relacionamentos sociais e familiares.

Pela alta prevalência da deficiência auditiva na população sénior e pelas implicações psico-socio-emocionais que esta impõe no dia-a-dia dos seus portadores, decidimos estudar esta incapacidade, abordando não apenas a incapacidade que a surdez acarreta para o próprio, mas também a influência que terá na estima de si e no ajustamento conjugal dos mesmos.

As perturbações comunicacionais são uma das linhas de estudo e interesses da Psicologia da Linguagem e Logopedia na UAL. Um dos objetivos desta área de estudo é direcionar a intervenção psicológica a pessoas com perturbações da linguagem e/ou comunicacionais. Podemos dizer que a linguagem é capacidade comunicativa que o ser humano expressa através de palavras, envolvendo troca e partilha de informação.

A dificuldade de comunicar causada pela surdez é a que mais isola o portador do convívio social, gerando um processo de desvalorização e de diminuição da estima de si (Vieira, et al., 2007). A relação familiar torna-se conflituosa, com falhas comunicacionais, levando a um distanciamento social (Lombardi & Freire, 2011).

Ao longo deste trabalho vamo-nos concentrar nos aspetos emocionais e relacionais que uma perda auditiva pode acarretar na idade mais avançada, e perceber como a desvantagem auditiva se relaciona com o nível de estima de si e com o nível de ajustamento conjugal destas pessoas. A determinação do *handicap* é avaliação individual do impacto emocional, social/situacional que a surdez tem no portador (Hands, 2000, citado por Pinzan-Faria & Iorio, 2004), algo que não pode ser medido pela avaliação clínica do grau e tipo de deficiência auditiva.

O estudo divide-se em duas partes. Na primeira é realizado um levantamento teórico sobre os diferentes subtemas que se cruzam na temática: o envelhecimento, a deficiência auditiva, a estima de si e por último a relação conjugal. Na segunda parte expomos a metodologia utilizada, através da descrição dos objetivos da investigação, que se centram em perceber e caracterizar a relação que existe entre estima de si, ajustamento conjugal e *handicap* auditivo. A amostra do estudo é composta por 47 elementos, aos quais foi aplicado um questionário sociodemográfico e audiológico, a versão portuguesa da Escala *Hearing Handicap Inventory for the Elderly* (P-HHIE), a *Self-Esteem* Rogers, Tap, Hipólito & UAL (SERTHUAL) e a versão portuguesa da *Dyadic Adjustment Scale* (DAS). Os resultados assentam em relações estatisticamente significativas entre *handicap* auditivo e estima de si e entre *handicap* auditivo e ajustamento conjugal. Verificou-se também que

a amostra, em termos gerais, apresenta bons índices de estima de si e de ajustamento conjugal, com correlações entre si.

A última parte do trabalho assenta nas conclusões gerais do estudo, suas limitações e possíveis perspetivas de aplicação de alguns dados na prática clínica.

PARTE I – REVISÃO DA LITERATURA

1.1 Envelhecimento

O crescimento da população idosa é um dos traços mais visíveis da sociedade atual, pela combinação de um triângulo tripartido de fatores, no qual a mortalidade e natalidade infantil diminuíram a par de uma esperança média de vida cada vez maior (Gomes, 2011). Para uma população mundial que atingiu em 2009 os 6,8 mil milhões de pessoas, a esperança média de vida situa-se nos 75 anos e espera-se que em 2045-2050 atinja os 76 anos (Oliveira, 2010; Sacoto, 2010).

Desta forma, as questões relacionadas com o envelhecimento têm assumido um peso crescente em todas as esferas, nas quais as pessoas idosas e as suas vivências adquiriram um valor com crescente importância e significado (Gomes, 2011).

Em Portugal, este grupo populacional corresponde a cerca de 18 % do total da população e, em 2050 Portugal será uma nação mais envelhecida do que nunca, com 32% da população nesta faixa etária, segundo projeções avançadas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) (Gonçalves & Carrilho, 2007; Gomes, 2011).

No que se refere à caracterização socioeconómica, as investigações evidenciam baixos níveis de rendimento, consequentes pensões de reforma e níveis de instrução exíguos; baixos níveis de participação social, nomeadamente participação em organizações, instituições, clubes desportivos, recreativos, entre outros, refletindo-se numa solidão (Gomes, 2011). Estes números fazem-nos refletir sobre quem são afinal as pessoas idosas, quais as suas necessidades, princípios e realizações.

Se por um lado a longevidade da população é um dos maiores triunfos da humanidade por outro, é certamente um dos maiores desafios para as sociedades atuais, pois tem um forte impacto nas diferentes estruturas: familiares, sociais, económicas, culturais, entre outras. São necessárias novas respostas e modelos de intervenção, que agreguem melhores índices de qualidade de vida e uma melhor participação social em contextos informais e laborais (Gomes, 2011).

Ser-se idoso não é apenas ter-se mais de 60 ou 65 anos. O envelhecimento é um processo multidimensional nas diferentes esferas – social, biológica e psicológica (Fialho, 2001, citado por Scheffer, Fialho & Scholze, 2009; Guimarães, 2006). Philibert (1984, citado por Pimentel em 2005) definiu a pessoa idosa como alguém que tem uma

experiência de vida e uma memória mais longa, alguém que tem consciência de que o tempo que lhe resta para viver é cada vez mais curto.

Outras definições são propostas, tais como a de Binet e Bouliere (1998, citado por Fernandes, 2002) que referem que o envelhecimento diz respeito ao conjunto das alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que surgem naturalmente com o avançar do tempo. São precisamente essas modificações que vamos explicar de seguida.

1.1.1 Aspetos Biológicos

Os investigadores continuam a dividir-se quanto à explicação e caracterização do envelhecimento. Por um lado encontramos defensores das teorias deterministas que, de uma forma geral, consideram o envelhecimento uma consequência direta de um programa genético, sendo o genograma como um “relógio molecular” genético; por outro temos os defensores das teorias estocásticas onde o envelhecimento não é mais do que a consequência de sucessivas lesões que vão conduzindo ao desgaste e à disfunção até à morte celular (Pinto, 2009).

Dado que nenhuma teoria do envelhecimento biológico foi cabalmente comprovada, será mais correto considerar o envelhecimento como um processo multifatorial que reflete a complexa interação entre os genes e o meio e a exposição a fatores intrínsecos e extrínsecos (Saraiva, 2011). Independentemente das causas subjacentes é evidente que a passagem do tempo vai provocando limitações e incapacidades funcionais, com ritmos e sequências que diferem de pessoa para pessoa (Paúl, 2005). Mas o que é mais observável são as típicas alterações na aparência; pele enrugada, cabelo branco alterações na estatura, diminuição muscular, insegurança no andar, diminuição da acuidade dos órgãos dos sentidos (Freund & Riedinger, 2003).

Para Kelly e Millward (s.d., citado por Rocha, 2007) o lidar com uma doença crónica imprevisível é talvez das situações mais dramáticas que o ser humano pode enfrentar. No início é necessário aprender a lidar com a doença, aceitar as incapacidades físicas e funcionais e adaptar-se à nova perspetiva (Rocha, 2007). Como consequência, podem surgir oito medos: perda de controlo, perda de auto-estima, dependência, estigma, abandono, raiva, isolamento e morte (Royer, 1998, citado por Rocha, 2007).

Helgeson & Mickelson (2000, citado por Paúl & Fonseca, 2001) referem que a perda de estima de si é mais evidente quanto mais cedo o diagnóstico é realizado, isto é, em idades jovens o peso de uma doença pode ser maior do que em idades mais maduras, visto que as pessoas idosas atribuem muitos dos seus problemas ao próprio envelhecimento.

1.1.2 Aspetos Psicológicos

A especificidade do envelhecimento psicológico não está perfeitamente estabelecida e os fatores psicológicos cruzam-se, quer com os culturais, quer com os sociais e quer com os biológicos, que interagindo entre si acabam por influenciar a forma como cada pessoa vive e envelhece (Fonseca, 2005).

Para Maria Eugénia Silva (1998), o envelhecimento envolve momentos de estabilidade, crescimento e de declínio. O sentimento das mudanças ocorridas pode ser positivo implicando ganhos, negativo implicando perdas ou ter um carácter mais neutro sendo simplesmente diferente do que era antes. Outros autores enumeram características presentes nesta franja populacional, como maior controlo emocional, maior riqueza afetiva (Rocha, 2007), por outro lado revelam também dificuldades acrescidas na adaptação a novos papéis; falta de motivação e dificuldade em planear o futuro; necessidade de trabalhar as perdas orgânicas, afetivas e sociais; dificuldade em se adaptar às mudanças rápidas; depressão, somatização, diminuição da autoimagem e da estima de si (Chambel, 2003).

A perda dos diferentes papéis, tal como o de pai, (pois deixam de ter responsabilidades para com os filhos, nem moral, nem económica) ou o papel profissional e de cônjuge, acentuam o vazio social e afetivo (Levet 1995, citado por Guerreiro 2008).

Neste estudo importa estarmos conscientes de que o facto de estudarmos pessoas com idades mais avançadas, conduz-nos a uma amostra composta por pessoas que já viveram bastante e que essas mesmas vivências poderão condicionar a forma como lidam com as suas incapacidades.

1.1.3 Aspetos Sociais

Apesar de tipicamente as relações sociais tenderem a diminuir com o avançar da idade, o número de relações mais próximas e a quantidade de apoio emocional mantém-se relativamente estável até uma idade muito avançada. A maioria das pessoas idosas está

bem integrada no seio das suas famílias e amigos, que assumem um papel fundamental no suporte, afetividade e socialização (Antonucci, 2001). Mas Paúl (1991 citado por Pereira & Roncon, 2010) também nos alerta no sentido oposto, para as situações onde nem sempre essa disponibilidade existe e, socialmente podem-se encontrar situações deficitárias nas relações familiares, levando a um isolamento dos idosos (Lage, 2005).

Para Rodriguez (2000) e Castelblanquee Cuñat (2002) (citados por Teixeira, 2004), em termos sociais, o envelhecimento comporta cinco dimensões básicas: a reforma, a perda de trabalho, a necessidade de ocupar o tempo, o recurso a cuidados de saúde, a busca de produtos e recursos relacionados com o bem-estar e a gestão da dinâmica familiar alterada pela nova etapa do ciclo vital. A readaptação com sucesso nestas dimensões dependem da possibilidade de implicação social, da tendência que o indivíduo tem para o isolamento, a dependência e, por fim, as capacidades económicas que lhe permitem ou não a reintegração num papel social mais ativo. Condições socioeconómicas favoráveis associam-se a uma maior autoestima, maior satisfação e felicidade (Liang, et al., 2001, citado por Teixeira, 2004).

O envelhecimento é pois um período de grande mudança e a solidão e o isolamento são as grandes problemáticas do processo de envelhecimento. As inúmeras perdas pelas quais o idoso passa, conduzem-no a um estado progressivo de isolamento, deixando de estabelecer relações com a sociedade, com aqueles que o rodeiam, deixando de se interessar pelo mundo e acabando por pensar que já nada tem para fazer (Chambel, 2003). Estas relações humanas passam a ter ainda mais importância quando falamos em pessoas com deficiência auditiva, pois para além do desafio de se adaptar à velhice e de todos os impactos na esfera biopsicossocial, o idoso com perda de audição ainda tem acrescido a dificuldade em comunicar com os outros, comprometendo o seu relacionamento com familiares e amigos (Silva et al., 2007).

1.2 Deficiência Auditiva nos Idosos

Os primeiros estudos encontrados na área da audiolgia, sobre a audição do idoso e a sua relação com aspetos biopsicossociais, surgiram nos anos 80, e desta forma os trabalhos desenvolvidos nesta área são relativamente recentes (Russo, 2004).

Como vimos no capítulo anterior, o aumento do contingente de idosos na população mundial fez com que a velhice passasse a ser vista como uma etapa da vida na qual se pode e deve viver com prazer, satisfação e realização pessoal (Russo, 2004).

Dibner (1975, citado por Almeida & Russo, 1996) divide o processo de envelhecimento em três áreas que explanámos anteriormente: envelhecimento biológico, psicológico e sociológico. Ao analisarmos estas três áreas podemos observar a sua relação entre a deficiência auditiva e suas consequências. A perda auditiva na terceira idade é resultado de um envelhecimento biológico, pois acarreta mudanças físicas no organismo e suas funções. A nível psicológico verificam-se mudanças no comportamento, sentimentos, frustrações e o isolamento (Russo et al., 2003) em resultado da dificuldade de uma comunicação eficaz. A nível social, o indivíduo acaba por se distanciar da sociedade, isolando-se do meio em que vive, o que gradativamente dificulta o convívio social em decorrência do comprometimento auditivo e consequente dificuldade em manter uma conversação em níveis normais de audição.

Vários estudos, tais como os de Morreli em 1996, Kacker em 1997, Cruickshanks em 1998, Hands em 2000 e Espmark em 2002, defendem que os distúrbios ou incapacidades auditivas são os problemas mais comuns que comprometem a qualidade de vida dos idosos (Vieira et al., 2007). São problemas tão comuns que a perda auditiva no idoso ocupa o terceiro lugar no que diz respeito às condições crónicas mais prevalentes (Bess, Hedley-Williams & Lichtenstein, 2001; Miranda, Andrade, Gil & Iório, 2007). A deficiência auditiva assume um dos mais incapacitantes distúrbios comunicacionais (Russo, 2004), provocando não somente a privação sensorial de ouvir, mas também uma dificuldade de compreensão da fala daqueles que o cercam, dificultando a plena comunicação e convívio com o outro (Sousa, 2007).

Então como poderemos definir uma deficiência auditiva? Descrevemos a definição proposta por Cardoso, Rodrigues e Bachion (2005) que definem a deficiência auditiva (congénita ou adquirida) como um tipo de privação sensorial, cujo sintoma comum é uma reação anormal diante do estímulo sonoro. Assim é considerado surdo o indivíduo cuja audição não é funcional na vida comum.

A avaliação da audição é realizada por meio de exames audiológicos, como o Audiograma Tonal Simples (ATS), Audiograma Vocal (AV), testes de intolerância, entre outros. É com base numa bateria de exames completa que se descreve clinicamente a

hipoacusia, isto é, o grau e tipo de surdez e configurações da deficiência auditiva. Em relação ao grau de hipoacusia, esta é classificada, de acordo com Davis & Silverman, (1970, citados por Costa, Sampaio & Oliveira, 2007) e Lichtig (2001, citado por Silva, 2008) de acordo com o critério da função da média aritmética das frequências de 500, 1000, 2000 e 4000 Hz. Podemos obter seis níveis: audição normal, hipoacusia ligeira, moderada, severa, profunda e cofose ou perda auditiva total. Salientamos ainda que a perda auditiva pode estar presente apenas num ouvido – hipoacusia monoaural ou unilateral – ou em ambos os ouvidos – hipoacusia binaural ou bilateral.

Um dos testes imprescindíveis a uma correta avaliação auditiva é o AV. Através dele conseguimos medir o grau de discriminação verbal de cada ouvido, permitindo integrar os valores obtidos com os do ATS (Marinho, 2011). Quando estamos na presença de uma perda auditiva com má discriminação, sabemos à partida que as dificuldades em perceber uma conversação são indiscutivelmente acrescidas (Marinho, 2011).

Embora a avaliação audiológica objetiva que descrevemos seja importante e imprescindível ela deve ainda contemplar a percepção do paciente idoso em relação a sua perda auditiva, no aspeto funcional, ou seja, nas suas atividades sociais, familiares e diárias (Caporali & Silva, 2004; Lima et al., 2011; Paiva, Cesar, Alves, Barros, Carandina & Goldbaum, 2011). Os estudos internacionais mostram concordâncias elevadas entre os resultados de testes audiométricos e questionários de autoavaliação para percepção da deficiência auditiva (Paiva et al., 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) utiliza, desde 1980, um modelo biopsicossocial para redefinir os conceitos de “incapacidade” e *handicap*. A limitação de atividade (incapacidade) é caracterizada como as consequências da deficiência no rendimento funcional, ou seja, na execução de uma tarefa ou ação. Já a restrição de participação (*handicap*) diz respeito ao envolvimento nas situações de vida e reflete a adaptação do indivíduo ao meio ambiente como resultado da perda de audição e da incapacidade (Lima et al., 2011). Para Russo e Almeida (1995, citado por Marques, Kozlowski & Marques, 2004) o *handicap* representa manifestações sociais e emocionais resultantes da deficiência e da incapacidade auditiva, podendo afetar a pessoa com deficiência auditiva e a sua família e amigos (Helvik, Jacobsen, Wennberg, Arnesen, Ringdah & Hallberg, 2006; Hernández, Castro, Belda & De Prat, 2006). Esse *handicap* é altamente individualizado, pois idosos com o mesmo quadro auditivo podem sentir diferentes limitações e percepções

de incapacidade (Pinzan-Faria & Iório, 2004). Os estudos comprovam isso mesmo, dado que a auto-percepção do *handicap* auditivo sentido pelo portador é independente do sexo, faixa etária ou grau de surdez (Wieselberg, 1997). Pinzan-Faria e Iório (2004), em 112 idosos com a mesma perda auditiva encontraram diferentes graus de auto-percepção de *handicap*, que se traduzem em diferentes dificuldades comunicativas, sociais, emocionais e no nível geral qualidade de vida (Hallberg, Hallberg & Kramer, 2008; Helvik et al., 2006).

Estudos epidemiológicos internacionais apontam para uma elevada prevalência de deficiência auditiva nos idosos. Na população Americana, cerca de 30% das pessoas com mais de 65 anos admitem ter perda auditiva (Cruz Filho, Breuel & Campilongo, 2003) e em Framingham, uma vila localizada em Massachusetts, em 2293 pessoas entre os 57 e os 89 anos, 47% afirmaram o mesmo (Moscicki, 1985, citado por Marinho, 2011).

Ainda nos dias de hoje, enquanto não existirem tratamentos para a correção biológica das alterações que ocorrem no sistema auditivo com o envelhecimento, as próteses auditivas ou aparelhos de amplificação sonora individual (AASI), continuam a ser o tratamento mais utilizado para a reabilitação auditiva no idoso (Gates & Mills, 2005).

Se a audição é um dos sentidos fundamentais para se estabelecer comunicação humana, uma pessoa com este sentido comprometido, pode desenvolver sentimentos de insegurança, medo, frustração, isolamento, além tensão no ambiente familiar, devido à falta de atenção do portador de deficiência auditiva, ou mesmo indiferença no processo comunicativo (Magni et al., 2005).

1.2.1 Dificuldades de Comunicação e Implicações Psicossociais

A privação do sentido de audição provoca consequências biológicas, psicológicas e sociais (Almeida & Iório, 1996; Betlejewski, 2006; Gates & Mills, 2005).

Para Russo (1997, pág. 31) a “comunicação corresponde à necessidade vital do ser humano na busca de novas experiências e conhecimentos, sendo um ato social fundamental em nossas vidas”. A autora reforça ainda, que a comunicação se dá por meio da linguagem e que esta diz respeito à representação abstrata de conteúdos que representam a simbolização do pensamento, constituindo assim, o veículo essencial da comunicação.

Existem dois modos de comunicação, a digital e a analógica. O homem é o único organismo que utiliza os dois modos, pois se por um lado partilha informações, conhecimentos de forma verbal ou escrita (comunicação digital), por outro interage com

movimentos, vocalizações, expressões faciais ou humor, correspondendo a uma comunicação não-verbal (comunicação analógica). Se toda a comunicação tem um conteúdo e uma relação, pode-se concluir que estes dois modos comunicacionais complementam-se em todas as mensagens e que, o conteúdo normalmente é transmitido de forma digital, ao passo que o aspeto relacional será predominantemente analógico na sua natureza (Watzlawick, Beavin & Jackson, 2007).

Zamperlini, Kyrillos e Santos (1997, citados por Sousa, 2007) definem que é através da comunicação que o indivíduo mantém as possíveis trocas nas suas relações sociais. Os sentidos da audição e visão normalmente estão alterados nas pessoas idosas tornando o processo comunicativo mais difícil, podendo causar um efeito negativo na qualidade de vida e no bem-estar social e emocional destas pessoas. Essas dificuldades comunicativas refletem-se no ambiente familiar e social e podem implicar o aparecimento de sintomatologia depressiva e ansiedade (Almeida & Iório, 1996; Costa & Iório, 2006; Ferreira & Signori, 2006; Magni et al., 2005, Mazelová, Popelar & Syka, 2003; Miranda et al., 2008; Pinheiro, 2004; Scheffer et al., 2009, Teixeira, Fernandes, Augusto, Silva, Neto & Silva, 2008).

Erikson (1991, citado por Kieling, 1999) observou que a perda de audição adquirida requer do portador um constante esforço em situações comunicativas, causando irritação e impaciência e níveis de angústia psicológica e somática acima da média e que o medo de viajar, sensação de inquietude em grandes grupos, a tendência a evitar certos lugares e o sentimento de solidão se associava à perda auditiva dos idosos, sinais estes que expressam o medo em se perder o controlo da situação.

A incapacidade auditiva é sentida de forma única pelo seu portador devido às situações que cada um experiencia, resultando em diferentes impactos na esfera social, relacional e psicológica, que por sua vez podem comprometer a sua autoconfiança, os seus sentimentos de competência e de valor pessoal. Sentimentos dos quais a estima de si é composta (Branden, 1995).

1.3 Estima de Si

A tarefa de se apresentar uma definição inteiramente satisfatória da estima de si (ou autoestima) é complexa, por isso ao longo das décadas foram surgindo vários significados,

isto porque muitos investigadores constroem os seus próprios instrumentos, tornando-se difícil a generalização dos dados recolhidos (Formosinho e Pinto 1986, citados por Gouveia, 2003).

Assim, a estima de si e os aspetos a ela relacionados, são uma das preocupações atuais da psicologia, pois tem uma influência determinante no comportamento e desenvolvimento dos indivíduos. Neste sentido, Berger e McInman (1993, citados por Lima, 2002) as investigações realizadas sobre este conceito indicam a estima de si como um possível e forte preditor dos estados subjetivos e de bem-estar da pessoa.

Este constructo tem sido abordado ao longo da história da psicologia sobre diversas perspetivas e cada uma delas contribuiu para a compreensão do conceito de si mesmo e para a definição da estima de si como o aspeto valorativo e afetivo da pessoa.

A autoestima, assim como o autoconceito e a autoimagem, encontram as suas raízes históricas na psicologia do *Self*. Foi William James, em 1890, que estabeleceu os princípios nos quais assentam algumas teorias modernas do *Self*. O *Self* é visto como algo real, como o constructo ou ideia que utilizamos para a explicação da essência humana (Mruk, 1998).

James (1890, citado por Lima, 2002) definiu a estima de si como uma medida global do sucesso dos indivíduos, sendo o resultado da relação entre, por um lado os objetivos pessoais concretizados e os objetivos pessoais pretendidos nos domínios emocional, social ou material. Nesta perspetiva, os indivíduos não valorizam as suas ações ou atributos de igual forma, dão prioridade aos domínios onde têm aspirações de ser bem-sucedidos. Desta forma, se um indivíduo se percebe como competente, nos domínios onde tem aspirações a ser bem-sucedido, terá uma autoestima elevada; pelo contrário se não é bem-sucedido em diversos domínios onde quereria ser competente, isso irá acarretar consequências negativas, traduzindo-se por uma baixa estima de si. Esta definição de estima de si como avaliação global afetiva de si mesmo e respetiva distinção face ao auto-conceito está presente nos trabalhos de Susan Harter nas décadas de 80 e 90 nos seus trabalhos com crianças e adolescentes (Bergh & Marcoen, 1999).

Nos anos 50, Rogers, principal representante da psicologia humanista, fala-nos em duas perspetivas distintas, no processo de formação do autoconhecimento e da autoestima: a perspetiva social e a perspetiva individualista. A perspetiva social valoriza a dimensão social do *self*, e a relação entre o indivíduo e a sociedade; a perspetiva individualista,

considera a percepção individual como a base da construção do *self*. Segundo Rogers (1951, p. 56) o *self* é percebido e definido pelo autor como “uma configuração conceptual, organizada, fluida mas consistente das características do eu que estão disponíveis à consciência”. Na visão de Rogers (1954, citado por Rafael, 2006) a discrepância entre a “posição” em que coloca determinada característica descritiva de si – “*self*” – e a posição em que a coloca quando pensa nessa característica em função do que considera como desejável para si próprio – “*self ideal*” – dá uma indicação da sua estima. Para o autor, isto indicará não só a maneira como o indivíduo se percebe a si próprio em relação a determinado aspeto, mas igualmente a importância que ele tem para si. Desta forma uma autoestima elevada surge relacionada com uma maior valorização pessoal, com uma satisfação com os aspetos mais positivos do “*Eu*”, ou seja, com as características que a pessoa mais autovaloriza. Por outro lado, uma baixa autoestima surge normalmente associada à ansiedade e estados depressivos, ao isolamento e a avaliações excessivamente negativas que a própria pessoa faz de si mesma (Pope, McHale & Craighead, 1988). Para Rogers, todas as pessoas desenvolvem um conceito de si próprias, que serve para as guiar e manter a adaptação ao mundo exterior (Granjo, 2008).

Coopersmith (1967) refere que a estima de si consiste num “juízo pessoal de merecimento” que se expressa por atitudes que o indivíduo mantém com ele próprio. A definição proposta por Coopersmith (1967, pp. 4-5, citado por Gobitta & Guzzo, 2002) baseia-se no processo de decisão, ou seja a estima de si é “a avaliação que o indivíduo faz, e que habitualmente mantém, em relação a si mesmo. Em suma, a estima de si é um juízo de valoração que se expressa mediante as atitudes que o indivíduo mantém em face de si mesmo.

Para Vaz Serra (1986) e Bruges (2006) a estima de si é definida, também, como sendo o componente avaliativo ou afetivo do autoconceito, pois está ligada à avaliação que o indivíduo faz da sua autoimagem, capacidades e ações e às emoções que daí advêm. Para Vaz Serra (1986), a estima de si é a avaliação que o indivíduo faz das suas qualidades e atributos, dos seus desempenhos ou valores morais, resultantes da relação que estabelece entre os objetivos que estabelece e o êxito em os alcançar. A estima de si vai sofrendo modificações ao longo do processo de desenvolvimento individual, de acordo com os julgamentos que cada um faz de si mesmo, nas diferentes esferas (individual, familiar, biológico e social).

Podemos dividir a estima de si, em estima de si global e estima de si específica. A primeira surge como resultado da avaliação global de si mesmo e, a segunda, de uma parte específica de si próprio. Para Seigley (1999) e André (2005) a estima de si é o que a pessoa sente do modo como se vê, como se avalia. Esta autoavaliação engloba a comparação entre a autoimagem ideal e a real e entre as aspirações e os triunfos ou fracassos. Se estes não estão em harmonia, um indivíduo pode fazer uma avaliação negativa de si, levando a baixos níveis de estima (Bruges, 2006; Vaz Serra, 1988). Por outro lado, pessoas que aceitam as suas falhas e insucessos têm, frequentemente, um adequado nível de estima de si.

A estima de si é um componente do funcionamento psicológico que desempenha um papel crucial na dinâmica das variáveis que permitem à pessoa afirmar a sua identidade, desenvolver estratégias para gerir as situações stressantes, desenvolver atributos sociais e elaborar um projeto existencial que atribua sentido à vida (Tap, Hipólito & Nunes, 2009), tornando-se imprescindível para a compreensão do desenvolvimento humano (Lima, 2002). Assim, apesar da multiplicidade de definições encontradas ao longo dos anos, podemos concluir que existem pontos comuns: a estima de si pode ser entendida como o juízo que os indivíduos fazem sobre si mesmos, tendo por base diferentes dimensões que constituem a autoestima global.

Pessoas com baixa autoestima tendem a avaliar-se negativamente em diversas áreas, aceitando passivamente as críticas dos outros, estão mais predispostos a experienciar emoções negativas tais como ansiedade, depressão, vergonha, falta de motivação e baixa satisfação com a vida, para além de terem estratégias mais deficientes para lidar com as adversidades (Campbell, 1990; Hoyle et al., 1999 citado por Menezes 2008).

Como funcionará a estima de si nas pessoas com idades mais maduras? Na opinião de Sonstroem (1984, citado por Lima, 2002), independentemente das alterações fisiológicas inerentes e de eventuais incapacidades, um idoso pode manter o seu nível de estima, se mantiver a sua independência na realização das tarefas simples da vida quotidiana, pois a funcionalidade das pessoas idosas em pequenas coisas do dia-a-dia são aspetos cruciais que contribuem de forma decisiva para o seu bem-estar e para a sua estima.

1.3.1 Estima de Si em Idosos com Deficiência Auditiva

A relação entre envelhecimento e estima de si é controversa. Se por um lado na área de gerontologia esta última etapa da vida quando associada à fragilidade em termos físicos, psicológicos e a personalidade afeta a autoestima do idoso (Reichel & Gallo, 2001), por outro a estima de si pode ser decorrente de períodos e situações específicas (Reppold, 2001) e é decorrente da construção da história do indivíduo (Branden, 1999).

Para Robins e Trzesniewski (2005) não se verificam diferenças entre géneros nos níveis de estima de si ao longo da vida, ou seja, uma estima de si relativamente elevada na infância que decresce durante a adolescência e aumenta gradualmente ao longo da idade adulta e declina na terceira idade. Na meia-idade e na terceira idade, o mesmo autor descreve um aumento da instabilidade da autoestima, podendo ser o reflexo de mudanças de vida dramáticas, alterações das circunstâncias sociais e mudanças físicas.

Muitas vezes paralelo ao declínio da saúde, ocorrem as dificuldades financeiras, viuvez, ou outras perdas significativas, como a morte de amigos e parentes próximos, diminuição da valorização e estatuto social, alterações corporais e na imagem corporal ideal. Todos estes aspetos podem afetar a estima do idoso, podendo despoletar uma crise emocional (Baldessim, 1996; Campbell 1990 citado por Vitoreli, Pessini & Silva, 2005; Gatto, 1996; Rocha & Cunha, 1994).

A forma como deveríamos viver para alcançar uma vida plena de satisfação vem sendo discutida pela humanidade há centenas de anos. Definições e indicativos de qualidade de vida podem variar desde o *status* socioeconómico, a satisfação de necessidades e a capacidade funcional até o sentido da vida, a satisfação com a vida, o bem-estar e a felicidade. Melzer e Parahyba (2004, citado por Rabelo & Neri, 2005) diz-nos que diante dos vários modelos e definições de qualidade de vida na velhice, pode-se dizer que uma incapacidade que tem potencial para gerar *deficits* no funcionamento físico, sensorial e cognitivo afeta o desempenho cotidiano do indivíduo e a avaliação subjetiva que este faz de sua vida (Rabelo & Neri, 2005).

Sabemos que a perda auditiva gera uma das mais incapacitantes perturbações da comunicação, afetando o desempenho do idoso e o seu papel na sociedade (Batista & Sampaio, 2005; Hallberg & Carlsson, 1991; Miranda et al., 2008; Silman & Iório, 2004). Além disso, a qualidade de vida destas pessoas pode estar comprometida, uma vez que o afastamento das atividades familiares e sociais pode originar ou agravar quadros de

isolamento ou depressão, diminuição da estima de si, solidão e irritabilidade (Fausti & Wilmington, 2005; Lacerda, Silva, Canto & Cheik, 2012; Teixeira, 2007; Teixeira, 2005, citado por Teixeira, Almeida, Jotz & Barba, 2008).

Se por um lado se sabe que o suporte social ajuda as pessoas a lidar e a superar as exigências da vida, por outro temos os idosos com deficiência auditiva que são inevitavelmente afastados dessas redes por imposição das suas fragilidades comunicativas. Pessoas com redes sociais mais amplas têm mais suporte quando existe uma doença, lidam melhor as incapacidades, o stresse e outras experiências difíceis da vida (Antonucci, 2001). Para a autora as mulheres têm redes sociais maiores e mais multifacetadas, fornecem mais suporte e têm melhores capacidades interpessoais do que os homens. No envelhecimento, essas capacidades tornam-se mais úteis na expansão e no fortalecimento das redes de suporte social. Esse suporte social favorece a autoestima positiva e o sentimento de domínio sobre o próprio ambiente, tem a função de *coping* ao amenizar o impacto das doenças e provavelmente modera o efeito das crises inesperadas (Handen, 1991, citado por Rabelo & Neri, 2005).

Neste sentido destacamos o estudo de Reitzes e Mutran (1994) que estudou a influência das atividades de lazer (em família, com colegas de trabalho ou individualmente), na estima de si em homens e mulheres, com idades entre os 58 e 64 anos, com a mesma carga horária laboral e mesmo nível socioeconómico. Verificaram que os homens possuem níveis mais elevados de autoestima e que esta é influenciada positivamente quando realizam atividades individualmente. Em ambos os sexos as atividades de lazer exercem um efeito positivo na autoestima. Nas mulheres, as atividades realizadas na companhia de familiares ou de colegas de trabalho potenciam um efeito positivo na sua autoestima.

A estima de si é apontada por Gleitman et al. (1993, citado por Southall, Gagné & Jennings, 2010) como um fator pessoal que influencia a gestão da deficiência auditiva nomeadamente na procura de ajuda e tratamento. Teixeira (2005, citado por Teixeira, et al., 2008) defende que utilização da prótese auditiva potencia a retoma dos indivíduos à vida social, sendo extremamente importante para manter a saúde física e mental do idoso, pois permite-lhe melhor participação na comunidade em que vive, em atividades de grupo e familiares, resultando numa melhor qualidade de vida, bem-estar e estima de si. O estudo de Rosa, et al. (2006) reforça esta perspetiva, ao verificar que o uso de aparelhos auditivos

permite uma melhor discriminação da palavra e da comunicação, que se associa a uma melhor estima de si e a uma maior integração do portador de perda auditiva ao seu meio.

Poucos pesquisadores têm uma abordagem teórica para o papel dos sentimentos e emoções na deficiência auditiva. Na vida social, a manutenção dos laços sociais é o ponto crítico destas pessoas. Ligação depende de linguagem, seja verbal ou não verbal. Quando esta relação comunicativa está ameaçada por uma perda auditiva, surgem emoções negativas (Scheff, 1990).

Para além do isolamento e das emoções negativas, as implicações que a surdez acarreta podem incluir alterações na dinâmica familiar e nos papéis da família, gerando instabilidade, ansiedade e depressão ao idoso (Hallberg & Jansson, 1999). São estas relações mais estreitas, as que se desenvolvem na díade conjugal, relação fundamental de construção pessoal, apoio psicológico e social da pessoa idosa e com implicações ao nível da sua saúde e bem-estar globais.

1.4 Ajustamento Conjugal

A família é uma organização social considerada como a mais estruturada nos seus valores, da qual fazemos parte no decorrer do nosso processo de construção e formação pessoal, social, económica e cultural (Silva, 2009). A OMS (1991, citado por Ribeiro 2007, pág. 301) chegou mesmo a caracterizar a família como “o primeiro agente social envolvido na promoção da saúde e no bem-estar”, constituindo um adequado recurso de apoio e suporte para a abordagem da doença.

Cada família enquanto sistema é um todo complexo e integrado, e dentro dela existem outros sistemas mais pequenos, que são eles próprios partes do sistema total, os subsistemas (Cox & Paley, 1997; Relvas, 2006, citada por Teves, 2008). Distinguem-se, então, vários subsistemas na família, nomeadamente: o individual, o parental, o conjugal e o fraternal (Alarcão, 2006; Relvas, 2006, citados por Teves, 2008; Fernandes, 2011). O estudo em questão centra-se no subsistema conjugal. Pretendemos analisar se a incapacidade auditiva que um dos membros do casal apresenta, afeta o seu equilíbrio e funcionamento.

A conjugalidade vem sendo designada como um fator de proteção para doenças orgânicas e perturbações mentais, e fonte de apoio social frente a eventos stressantes

(Cabral, 1999). Numerosos estudos salientam distintos fatores intra e interpessoais e contextuais que contribuem para a satisfação conjugal, dos quais salientamos a comunicação (a expressão dos sentimentos de amor e intimidade e a resolução de dificuldades inerentes a vida), a resolução de conflitos, o sexo, as relações com as redes familiar e social, o poder e os significados (Narciso & Ribeiro, 2009, citados por Guerreiro, 2010).

O ciclo vital do casal divide-se em três etapas ou fases transitórias que, não sendo fixas, apontam os principais movimentos definidos no tempo do casal. Os primeiros 10 anos de casamento correspondem ao estágio de fusão (ou tempo de instalação) (Torres, 2002), sendo que a principal tarefa consiste na fusão dos dois elementos num só sistema. A segunda etapa decorre entre os 10 e os 20 anos, aproximadamente, e pode ser considerada como o tempo das mudanças e das transições. A partir dos 20 anos de casamento surge a última etapa, a etapa da empatia, também designada por tempo de conformação ou realização pessoal. Os dois elementos, autónomos e psiquicamente independentes, estão reunidos, pois ocorre um reinvestimento na relação conjugal, em grande parte devido à saída dos filhos de casa (Narciso, 2001, citado por Teves, 2008). Mas esta empatia e liberdade não significam a estabilidade final, pois o casal ainda se depara com novas necessidades de mudança, por exemplo, a reforma, o aparecimento de netos, bem como a reflexão aos projetos que ficaram por cumprir (Torres, 2002).

Através de uma análise muito sucinta, chega-se a uma conclusão paradoxal: o casal está em constante aprendizagem, numa tarefa de permanente descoberta, como refere Relvas (2006, citado por Teves, 2008), numa “permanente dinâmica criativa entre unicidade e diversidade, entre o todo e as partes”(Morin, 1994, citado por Teves, 2008, p. 6).

Se falamos de casal, casamento, relação amorosa é importante compreender o que torna os casais mais felizes e o que contribui para o bem-estar das relações conjugais, bem como o que contribui para a sua instabilidade.

O conceito satisfação conjugal é frequentemente utilizado de forma indiferenciada com os conceitos qualidade conjugal, felicidade conjugal, ajustamento conjugal e funcionalidade conjugal (Gomes, 2000; Guerreiro, 2010; Lourenço & Teixeira, 2006). Uma vez que o estudo assenta em torno do ajustamento conjugal, vamos apenas centrarmo-nos neste conceito, dado que permite compreender a dimensão conjugal (Spanier, 1976),

uma noção relacionada ao ajustamento, comunicação, felicidade, integração e satisfação dos membros do casal (Hernandez & Hutz, 2008).

“O ajustamento conjugal constitui um conceito chave da literatura sobre a família desde há décadas” (Gomez & Leal, 2008, p.625), porém não existe uma definição consensual desta variável (Couto, 2011). Para Johnson, Amoloza e Booth, (1992), o ajustamento conjugal tem sido entendido como uma característica interpessoal e não algo que os indivíduos carregam de uma relação, implicando um processo contínuo e de constante mudança. Contudo, o grau de felicidade ou sucesso conjugal é influenciado por uma diversidade de agentes, dificultando a clarificação conceptual e de avaliação nesta área (Rosen-Grandon, Myers, & Hattie, 2004).

O ajustamento conjugal foi também estudado por Olson, Portner e Lavey (1985, citado por Gomes, 2000), nas diferentes etapas do ciclo de vida e analisa duas dimensões familiares, a coesão e a adaptabilidade. A coesão consiste “numa ligação emocional entre os elementos de uma família” (Olson, 2000, p. 145) e diz respeito aos vínculos emocionais que os ligam, correspondendo à medida geral da proximidade afetiva da relação. Já a adaptabilidade diz respeito à flexibilidade e capacidade de mudança do casal (Couto, 2011). Por fim, a comunicação tem como objetivo facilitar a ação das outras duas dimensões (Fernandes, 2011).

Os estudos de Markman em 1986, 1989 e 1992, apontam a qualidade de comunicação do casal e a capacidade de gestão de conflitos com ótimos preditores de um bom relacionamento do casal (Markman, 1992). Lindahl, Malik e Bradbury (1997, citados por Menezes, 2008), referem que quanto mais elevado o estatuto socioeconómico, maiores os rendimentos e maior a qualidade conjugal.

Já no estudo de Perlin e Diniz (2005) comparam-se casais com mais de 20 anos de relação, e identificou-se que a satisfação aumenta quando há proximidade, estratégias adequadas de resolução de problemas, coesão, boa capacidade de comunicação, satisfação individual com *status* económico e terem a mesma fé religiosa. No entanto, o estudo da qualidade conjugal só é possível através de instrumentos válidos para o efeito, que foram desenvolvidos ao longo dos anos e que avaliam o ajustamento e satisfação conjugal: a *Dyadic Adjustment Scale* (DAS) ou Escala de Ajustamento Diádico (EAD) (Spanier, 1976), o Inventário de Satisfação Conjugal (Snyder, 1979), a Escala de Satisfação Conjugal (Roach, Frazier & Bowden, 1981), o índice de Qualidade de Casamento (Norton,

1993) (citado por Fowers & Olson, 1993), embora a DAS tem sido largamente utilizada para o estudo do ajustamento conjugal.

Alguns estudos têm abordado a questão da qualidade marital e a sua relação com o sofrimento. De uma forma geral, quanto pior a qualidade conjugal – que se reflete, sobretudo, na diminuição da comunicação positiva, no aumento dos conflitos, na diminuição do grau de intimidade –, maior é a propensão para os cônjuges sofrerem de ansiedade, depressão e baixa estima (Hawkins & Booth, 2005, citado por Menezes, 2008).

Anim (2011) descreve no seu trabalho que cônjuges com a estima de si e assertividade desenvolvidas são importantes, pois lidam mais facilmente com conflitos físicos, sociais, emocionais, mentais e espirituais que emergem na relação ao longo do tempo, resultando num sofrimento conjugal acrescido. Os dados sugerem que permanecer num casamento infeliz tem efeitos negativos na estima de si comparando com os casamentos felizes (Menezes, 2008).

Por exemplo, Murray, Holmes e Collins (2006) salientam que pessoas com estima de si mais baixa estão em sintonia com sinais de rejeição e desaprovação do parceiro. Pelo contrário, pessoas com uma estima de si mais elevada são mais confiantes e seguras de si, transmitindo uma consideração positiva ao cônjuge. O contingente de estima de si vai para além da quantidade de estima, pois prende-se a perspetivas da autenticidade do *self* e suas variantes, como as necessidades de autonomia, relacionamento e competência (Deci & Ryan, 1995, 2000; Kernis, 2003, citados por Knee, Canavello, Bush & Cook, 2008).

No nosso trabalho, interessa-nos perceber se de facto existe uma associação entre o nível de estima de si e o nível de ajustamento conjugal, sabendo que a amostra é constituída por pessoas mais velhas o que pode condicionar o nível de maturidade, pois tal como afirma Booth e Edwards (1985, citado por Anim, 2013), a idade traz experiência e capacidade de ajuste na relação marital.

No caso de pessoas onde a saúde está condicionada ou alterada, como é o caso da incapacidade crónica, há implicações na esfera física (atividade corporal e aparência física), psicológica (reações emocionais) e social (família e amigos), o que por consequência vai alterar o modo de vida do portador e da família que necessitam de se adaptar e reajustar à nova condição (Bazako, 2003 citado por Fernandes, 2011), alterações que interferem na qualidade de vida do indivíduo e da família (Fisher et al., 2000; Mendes 2004).

O exemplo de uma incapacidade crónica é o caso de uma deficiência auditiva de carácter irreversível, onde os padrões de comunicação estão alterados (Gomes, 2000). Os processos de comunicação são cruciais na facilitação de uma boa funcionalidade do casal, como atestam vários autores Epstein, Bishop, Ryan e Keitner em 1993, Jacobson e Holtzworth em 1986, Noller e Fitzpatrick em 1988 e Olson, Russel e SprenKle em 1989 (citados por Gomes, 2000). Esta é uma das premissas do nosso estudo. O que acontece a esta funcionalidade relacional nas pessoas com deficiência auditiva, onde a comunicação nem sempre é feita de forma eficaz? Sabe-se que a identificação das dificuldades sentidas pelos cônjuges em relação ao problema, o estabelecimento claro das fronteiras da patologia ou incapacidade e o reequilíbrio das relações são pertinentes para um melhor sucesso relacional (Gomes, 2000).

1.4.1 Ajustamento Conjugal de Pessoas Idosas com Deficiência Auditiva

A problemática da deficiência auditiva provoca grande impacto e alteração na dinâmica e nos papéis familiares, uma vez que cria um obstáculo na comunicação, que isola o portador da sua família e da comunidade ouvinte (Bittencourt & Montagnoli, 2007; Mello & Teixeira, 2011; Scheffer et al., 2009) pois, como destaca Luders (1999), a criação de relacionamentos produtivos na família e na sociedade está intimamente relacionada à capacidade de se comunicar. Surge uma modificação nas relações familiares, pois exige da pessoa idosa um maior nível de responsabilidade e dependência nos cuidados que lhe serão dispensados (Pereira & Roncon, 2010; Silva, 2009).

Como os trabalhos publicados nesta área específica da surdez e relação marital são escassos, optamos por destacar alguns estudos que embora não foquem diretamente pessoas com incapacidades auditivas, centram-se na doença ou noutro tipo de limitações, como é o caso da dor crónica. Snelling (1994, citado por Fernandes, 2011) numa investigação qualitativa, sobre o efeito da dor crónica no cônjuge e nos restantes membros da família, verificou um impacto a diversos níveis relacionais, tais como no companheirismo marital, na atividade sexual, no contacto com grupo de pares e nos papéis sociais, levando ao isolamento, tensões e conflitos, depressões e ressentimentos perante os outros membros da família. Especialmente na relação conjugal, a existência de uma doença poderá ser uma fonte de desequilíbrio ao subsistema ao nível dos papéis conjugais e

laborais, ciclo de vida, comunicação, cumplicidade, sexualidade e independência, tal como refere Ribeiro (2007, citado por Fernandes, 2011).

Noutra visão, temos o estudo de Basolo-Kunzer, Diamond, Maliszewski, Weyermann e Reed (1991), que avaliaram através do Family Satisfaction Scale (FACES) e da DAS o ajustamento familiar e conjugal entre casais com e sem cefaleias. A conclusão revela que o grupo de estudo com cefaleias apresentou resultados mais positivos do que o grupo de controlo ao nível do afeto, da relação sexual, da coesão e adaptabilidade familiar.

Embora o impacto direto da deficiência auditiva na vida do casal não tenha sido até aqui muito estudado, têm sido analisados os processos comunicativos e a influência que uma comunicação eficaz pode ter na dissipação ou resolução de conflitos do casal. Descrevemos o estudo comparativo de Yalcin & Karahan (2007) que pretendeu analisar os efeitos do Programa de Comunicação Conjugal desenvolvido pelos autores para melhorar os níveis de ajuste do casal, concluindo que, não só os casais presentes no programa desenvolveram melhores capacidades comunicativas, em comparação com o grupo de controlo como também relataram uma melhor sensação de harmonia e cooperação marital. São vários os autores que defendem que uma das melhores formas de promover um bom ajustamento conjugal é proporcionar aos casais o desenvolvimento de competências comunicacionais, que potenciará a resolução de futuros conflitos conjugais (Christensen & Shenk, 1990; Sanders, Halford & Behrens, 1998). Os estudos nesta área revelam uma alta correlação entre a comunicação e capacidades de resolução de conflitos de casais e ajustamento conjugal eficaz, bem como baixas taxas de divórcio (Fincham & Beach, 2002; Russell-Chapin & Sattler, 2001; Markman, Renick & Floyd, 1992, citado por Yalcin & Karahan, 2007).

Tais achados são confirmados pelo estudo de Litzinger e Gordon (2005, citado por Menezes, 2008) que descrevem que casais não satisfeitos têm uma comunicação menos positiva, muitas vezes evitada, mais conflito ou distância psicológica que casais que não estão em sofrimento. Para Fincham e Beach (2002) a comunicação construtiva não implica apenas a não retaliação mas uma abordagem onde existe envolvimento nos assuntos e uma capacidade de escuta cuidada. Sabemos que para pessoas com uma incapacidade auditiva, essa escuta eficaz, muitas vezes não é possível e está dependente da gravidade da incapacidade auditiva, podendo gerar conflitos na relação.

Por sua vez, Erbert e Duck (1997, citados por Menezes, 2008) defendem a importância dos conflitos na conjugalidade, pois encontram na sua resolução a forma criativa para encontrar soluções para lidar com as tensões, sendo determinante no crescimento e futuro da relação. A utilização de comunicação aberta, onde se discute e se partilham valores, fomenta uma maior proximidade entre o casal, fortifica a relação e está associada a um melhor ajustamento à doença e incapacidade (Menezes, 2008).

Nos estudos de Hallberg (1999) os idosos com perda de audição tanto tentavam lidar com a incapacidade em termos sociais ora através do apoio do marido ou companheiro, ora evitam-na simplesmente, distanciando-se do convívio social. Esta última estratégia parece ser o elemento-chave associado com angústia e, além disso, uma tendência à culpabilização (Hallam, Ashton, Sherbourne, Gailey & Corney, 2007). Os problemas comunicativos são evidenciados pelo estudo de Danermark (1998) que gravou a interação contínua diária entre um homem com deficiência auditiva e a sua esposa. Detetou cerca de 300 comunicações falhadas ao longo de um dia, muitas delas seguidas de reações emocionais negativas.

A deficiência auditiva é apontada por diversos autores como associada a dificuldades conjugais. Thomas (1982) encontrou em pessoas com perda auditiva severa e profunda, taxas de separação ou divórcio quatro vezes superiores. Jones, Kyle e Wood (1987), encontraram em 40% das pessoas com deficiência auditiva, um relacionamento negativo com o seu cônjuge. Os autores enfatizam no seu estudo a importância do apoio familiar e aconselhamento de casais na reabilitação audiológica. Esse apoio e participação da família ou do cônjuge é defendido por Rodrigues (1998) como essencial na integração social da pessoa com deficiência auditiva, estimulando as oportunidades de relacionamentos.

Na auto-perceção da pessoa com deficiência auditiva adquirida, o relacionamento familiar fica prejudicado, devido a alterações no seu comportamento e o desconhecimento do problema por parte do portador e dos familiares contribuí muitas vezes para um agravamento de situações de conflito e stresse (Francelin, Motti & Morita, 2010). É necessário restabelecer o equilíbrio emocional para se encararem os obstáculos e facilitar o processo de adaptação à nova realidade. Vash (1988) considera tempo de instalação da deficiência, o tipo de problema, o *handicap*, o grau de severidade, a aparência, o estilo de vida e o momento profissional na aquisição da deficiência, ou seja, a forma como ela é

percebida e o que a pessoa deixará de fazer, interferem nessa disponibilidade emocional para a adaptação à nova condição.

Seguidamente será apresentado o contorno da problemática em estudo, bem como a metodologia utilizada na condução do presente estudo.

PARTE II – METODOLOGIA

2.1 Definição do Problema e Perspetiva de Investigação

O processo de envelhecimento é global, degradante e irreversível. A deficiência auditiva faz parte das alterações sensoriais que acompanham este processo, resultando numa das mais incapacitantes (Hungria 2000, citado por Marques, Kozlowski & Marques, 2004). Esta diminuição da função auditiva, quando adquirida em idade adulta ou tardia é um problema que atinge 63% dos idosos, tem um efeito adverso no estado funcional, na qualidade de vida, na função cognitiva e no bem-estar emocional, comportamental e social de seus portadores (Baraldi, Almeida & Borges, 2004; Bastos, Amorim & Ferrari, 2008).

Como foi descrito na revisão da literatura, a desvantagem imposta pela deficiência ou incapacidade auditiva compromete a comunicação, limitando os relacionamentos interpessoais, podendo conduzir o idoso portador de deficiência auditiva ao isolamento e a um estado de angústia geral, que afeta de forma bidirecional o deficiente auditivo e a sua família (Ferreira & Signori, 2006; Magni et al., 2005; Veras & Mattos, 2007, Teixeira et al., 2008). É nesta perspetiva que se enquadra o presente estudo onde tentaremos perceber o impacto do *handicap* auditivo na estima de si e no ajustamento conjugal de pessoas com deficiência auditiva em idades mais avançadas.

Na revisão da literatura efetuada verificamos que os conceitos de estima de si e ajustamento conjugal/marital estão bastante estudados. Porém, os estudos sobre a relação entre estas duas variáveis e a deficiência auditiva são escassos a nível internacional e a nível nacional são inexistentes.

A aceitação das limitações impostas pela incapacidade auditiva poderá implicar sentimentos positivos acerca de si. Pretendemos com este trabalho dar um foco às variáveis psicológicas, estima de si e relação conjugal e não apenas à avaliação auditiva/deficiência auditiva vista de um modo biológico e clínico.

Enquanto profissionais que se ocupam dos distúrbios comunicacionais, torna-se fundamental realçar a importância da comunicação humana no estabelecimento e conservação dos laços interpessoais. Em pessoas com perda de audição, esse desempenho comunicativo é difícil, verificando-se um afastamento das atividades familiares e sociais, levando a um isolamento e perda gradual da estima de si (Fausti & Wilmington, 2005). O estudo da relação conjugal assume igual importância, dado que o cônjuge normalmente é a pessoa mais próxima e com quem vive. Os estudos apontam para um ajustamento conjugal

e estima cada vez maior à medida que os anos de casamento avançam e que quanto maior o nível socioeconómico, maior a felicidade individual e conjugal (Ramos, 2002). Será que os níveis de ajustamento conjugal estão correlacionados com o nível de *handicap* auditivo?

A pertinência prática do estudo assenta na convicção de que futuras intervenções têm como fim ajudar a pessoa com deficiência auditiva no seu ajustamento e adaptação ao mundo maioritariamente ouvinte. Para além do diagnóstico audiológico e consequente reabilitação é importante ser feito um diagnóstico ou rastreio psicológico, no sentido de se proporcionar um tratamento e acompanhamento mais direcionado às vivências e necessidades individuais, com vista a uma melhor qualidade de vida para a pessoa com incapacidade e para família. Neste sentido emerge o problema de investigação geral: qual o impacto do *handicap* auditivo no ajustamento conjugal e estima de si de pessoas idosas? quais as variáveis sociodemográficas associadas?

2.2 Objetivos

Em termos gerais pretendemos analisar e descrever como varia a estima de si e o ajustamento conjugal em função do nível de *handicap* auditivo em pessoas com perda de audição (adquirida e irreversível) e com idades superiores a 60 anos.

A problemática em estudo e a metodologia definida para a presente investigação conduzem o nosso estudo em torno dos seguintes objetivos específicos:

Caracterizar o *handicap* auditivo de idosos com deficiência auditiva;

Caracterizar os níveis de estima de si em idosos com deficiência auditiva;

Caracterizar as dimensões do ajustamento conjugal em idosos com deficiência auditiva;

Verificar a relação entre a estima de si e o ajustamento conjugal das pessoas idosas com deficiência auditiva;

Analisar as relações existentes entre as variáveis sociodemográficas/de critério e audiológicas (género, situação económica, escolaridade, agregado familiar, tempo de relação, lateralidade da perda de audição) com a estima de si e ajustamento conjugal;

Verificar se o nível de *handicap* auditivo tem implicações na estima de si da pessoa idosa com deficiência auditiva;

Verificar se o nível de *handicap* auditivo tem implicações no ajustamento conjugal da pessoa idosa com deficiência auditiva.

2.2.1 Questões de Investigação

A revisão da literatura efetuada e os objetivos gerais e específicos orientam o estudo pré-experimental, em torno das seguintes questões de investigação:

Como se caracterizam as dimensões do *handicap* auditivo em idosos com deficiência auditiva?

Como se caracteriza a estima de si em idosos com deficiência auditiva?

Como se caracterizam as dimensões do ajustamento conjugal em idosos com deficiência auditiva?

Quais as diferenças na estima de si segundo o género, situação económica, escolaridade, agregado familiar, anos de casamento e lateralidade da perda de audição (bilateral/monoaural)?

Quais as diferenças no ajustamento conjugal segundo o género, situação económica, escolaridade, agregado familiar, anos de casamento e lateralidade da perda auditiva do melhor ouvido?

Qual o efeito do nível de *handicap* auditivo na estima de si?

Qual o efeito do nível de *handicap* auditivo no ajustamento conjugal?

Qual a relação entre a estima de si e o ajustamento conjugal dos idosos com deficiência auditiva?

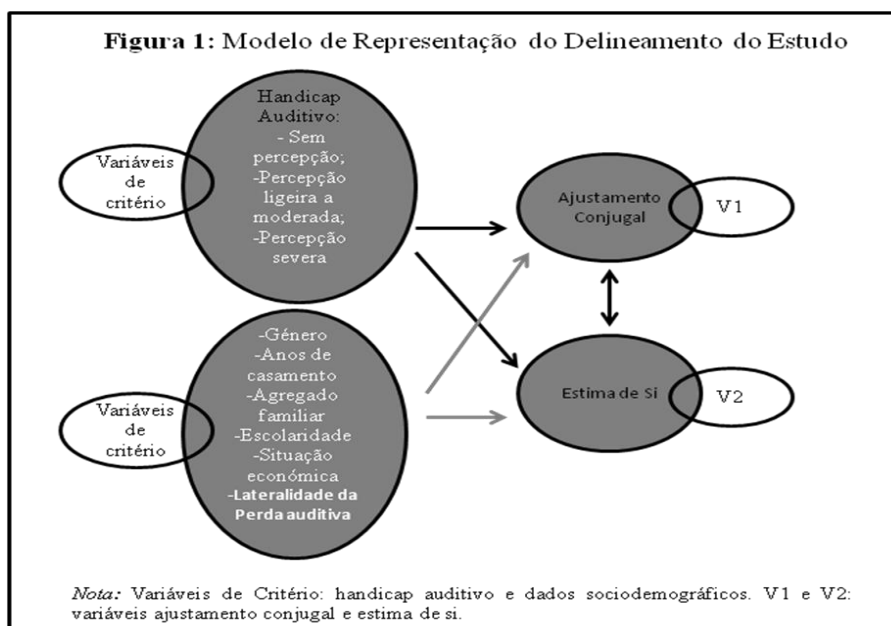
2.3 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo exploratório, por ser pioneiro no contexto nacional, descritivo de corte transversal, isto é, cujos dados são adquiridos num só momento. O estudo é do tipo pré-experimental, pela recolha de dados ser efetuada apenas num momento, não sendo por isso controladas as possíveis variáveis externas ou parasitas e pela não aleatorização da amostra (Marôco, 2011).

O estudo é de carácter exploratório, pela escassez de trabalhos acerca desta temática, quantitativo descritivo e fundamentalmente correlacional, dado que não há qualquer controlo ou intervenção propositada sobre as variáveis do estudo, impedindo o

estabelecimento de relações causais entre as mesmas (Marôco, 2011). Não obstante, para além do estudo de relação entre as variáveis tentámos de forma exploratória analisar o possível impacto do *handicap* auditivo e das variáveis de critério na estima de si e no ajustamento conjugal. Segundo Cohen, Manion e Morrison (2000, citados por Menezes, 2008), este tipo de estudos são particularmente úteis na investigação em Ciências Sociais porque permitem medir várias variáveis assim como a sua relação simultânea, em ambientes mais realistas, apesar de implicarem um menor controlo das mesmas. Apesar destas limitações, o delineamento correlacional e pré-experimental é comumente utilizado em psicologia devido à dificuldade de recolha de dados em amostras clínicas.

A figura 1 esquematiza o delineamento do estudo: contempla como variáveis preditivas as variáveis de critério como o género, os anos de casamento, o agregado familiar, a escolaridade, a situação económica e a lateralidade da perda de audição. Estas variáveis consideram-se pré-existentis na população e não manipuláveis (Bento, 2009). O *handicap* auditivo, com os seus diferentes níveis é igualmente considerado como variável preditiva. Em estudos pré-experimentais não se devem considerar verdadeiras variáveis dependentes pelo não controlo de variáveis estranhas. Por essa razão, as variáveis sobre as quais as variáveis de critério exercem efeito são denominadas V1 e V2, nomeadamente, o ajustamento conjugal e a estima de si. O ajustamento conjugal tem quatro dimensões e a estima de si também apresenta cinco dimensões negativas e cinco positivas.



2.3.1 Operacionalização das Variáveis

A tabela 1 sintetiza a forma como iremos operacionalizar as variáveis, nomeadamente em relação aos instrumentos utilizados e ao tipo de medição. As variáveis de critério são mensuráveis mediante as questões incluídas no questionário sociodemográfico, nomeadamente no que respeita às características individuais e do agregado familiar, assim como o tipo de perda auditiva. As principais variáveis em estudo são o *handicap* enquanto preditora “independente” que exerce um efeito nas variáveis “dependentes” ajustamento conjugal e estima de si, medidas mediante a aplicação de escalas intervalares de medida. Resultam assim num valor quantitativo, um *score* individual global ou por dimensões que permite analisar os dados de forma quantitativa com maior robustez estatística.

Tabela 1
Operacionalização das Variáveis

	Variáveis	Instrumento	Tipo
Sociodemográficas preditivas	Género	Questionário sociodemográfico e audiológico	Dicotómica
	Agregado familiar		Nominal
	Anos de casamento		Rácio
	Situação económica		Ordinal
	Escolaridade		Ordinal
	Lateralidade da perda de audição		Nominal
V1 de critério preditiva	<i>Handicap</i> auditivo	Versão portuguesa da “The Hearing Handicap Inventory for the Elderly (HHIE)	25 itens. Escala ordinal com três alternativas de resposta
V2	Estima de si	SERTHUAL	60 itens. Escala de 5 ordinal do tipo likert pontos
V3	Ajustamento conjugal	Versão portuguesa da Dyadic Adjustment Scale (DAS)	32 itens. Escala ordinal do tipo likert, com (no máximo) 7 opções de resposta

2.4 Participantes

Na investigação utilizam-se grupos mais restritos e que podem ser realmente acedidos, para se desenvolverem teorias e explicações que sejam generalizáveis para todos os humanos, sem os termos que estudar na totalidade. Este grupo é designado por população do estudo (Marôco, 2011). No presente trabalho a população do estudo diz

respeito a idosos portugueses portadores de deficiência auditiva. Dado que se torna impossível estudar todos os elementos que constituem a população do estudo, examinaremos uma pequena parte que pretende ser o mais representativa possível da população, ou seja, a amostra (Marôco, 2011). A amostra é constituída por indivíduos com idades superiores a 60 anos portadores de deficiência auditiva adquirida, de ambos os sexos, inseridos em protocolo de reabilitação auditiva, isto é, utilizadores regulares de aparelhos auditivos. Os participantes que constituem a amostra são seguidos nos Centros Auditivos Widex, local onde se dirigem periodicamente para as consultas de avaliação e revisão auditivas.

Estabelecemos como critérios de inclusão na amostra os seguintes requisitos: participantes têm de estar em situação de conjugalidade, isto é, casados ou em união de facto; ter idade superior a 60 anos; se forem utilizadores de próteses auditivas têm de estar adaptados à mais de três meses; saberem ler e escrever em português; sem aparente patologia mental; quererem participar voluntariamente no estudo e haver um preenchimento correto dos instrumentos de avaliação.

Por uma questão de acessibilidade e disponibilidade para a colheita dos dados, os mesmos foram recolhidos nos Centros Auditivos Widex, em diferentes pontos de Portugal, nomeadamente em Cascais, Lisboa, Guarda e Coimbra, constituindo-se assim uma amostragem por conveniência. Pretendemos com a inclusão de participantes provenientes de diversas regiões do país, obter uma amostra mais próxima e representativa da população em estudo. Esta seleção dos participantes para inclusão na amostra foi intencional, sem recorrer a qualquer tipo de técnica de amostragem e/ou aleatorização. Este tipo de amostragem possui como vantagens a rapidez, a facilidade em se obter a amostra e o custo envolvido reduzido. Porém, as limitações centram-se na baixa representatividade da amostra, onde os resultados obtidos só se aplicam a ela mesma, não podendo ser generalizados com confiança para a restante população (Varão, Batista, Marinho, 2006). A amostragem por conveniência veda igualmente a possibilidade de todas as pessoas participarem no estudo, implicando o não controlo de variáveis intervenientes que possam ter o efeito de enviesamento dos dados. Ainda assim, pretendemos controlar possíveis enviesamentos mediante os critérios de inclusão da amostra estabelecidos e pela recolha dos dados ser efetuada em diferentes regiões.

2.4.1 Caracterização da Amostra

A amostra é constituída por 47 indivíduos portadores de surdez ($N=47$), dos quais 24 são do sexo feminino (51.06%) e 23 do sexo masculino (48.94%), com idades compreendidas entre os 62 e os 91 anos, que estão em situação de conjugalidade. A idade média dos participantes é de 71.3 anos, com desvio padrão de 6.01. No que respeita aos anos de casamento, a média é de 44.8 anos, com uma dispersão de valores de 24%. Os valores mínimos e máximo são, respetivamente, 12 e 65 anos.

Pela análise da tabela 2, que descreve a caracterização da amostra em termos percentuais, a maioria dos participantes vive apenas com o cônjuge (72.34%), 25.53% vive com a família restrita, isto é, com cônjuge e filhos e apenas 2.13% vive sozinho (um elemento).

Em relação à distribuição da zona de residência, a maioria (55.32%) reside no distrito de Lisboa (tabela 2).

Quanto ao nível de escolaridade, 44.68% tem o 1º e 2º ciclo de estudos, 25.53% tem ensino secundário e 29.79% tem ensino tecnológico ou superior (tabela 2).

Na situação económica dos participantes 57.45% considera ter uma situação económica razoável, 34.04% considera ter uma situação boa, 6.38% respondem que a situação económica é muito boa e 2.13% (um elemento) que é má.

Em relação aos dados audiológicos, a perda de audição começou a ser sentida pelos participantes em média há cerca de 12,6 anos ($DP = 12.8$). Os valores mínimo e máximo são, respetivamente, 2 e 63 anos. Os dados descritos na tabela 2, revelam que a maioria (78.72%) apresenta uma hipoacusia bilateral. O grau de perda auditiva varia entre ligeiro (31.91%), moderado (51.06%) a severo/profundo (17.02%). O nível de inteligibilidade do melhor ouvido situa-se em 70.21% dos casos acima dos 80% de discriminação verbal (discriminação verbal positiva ou eficaz).

Tabela 2
Caracterização da Amostra

		Número Total de Participantes (N) = 47	
		n	%
Género	Feminino	24	51.06
	Masculino	23	48.94
Agregado familiar	Cônjuge/companheiro	34	72.34
	Família restrita	12	25.53
	Sozinho	1	2.13
Zona de residência	Lisboa	26	55.32
	Guarda	12	25.53
	Coimbra	6	12.77
	Castelo Branco	3	6.38
Escolaridade	1º e 2º ciclo	21	44.68
	Ensino secundário	12	25.53
	Ensino tecnológico ou superior	14	29.79
Situação económica	Má	1	2.13
	Razoável	27	57.45
	Boa	16	34.04
	Muito boa	3	6.38
Lateralidade da perda auditiva	Monoaural	10	21.28
	Bilateral	37	78.72
Grau perda auditiva do melhor ouvido	Ligeiro	15	31.91
	Moderado	24	51.06
	Severo/profundo	8	17.02
Inteligibilidade do melhor ouvido	>80%	33	70.21
	<80%	14	29.79

2.5 Instrumentos

Procurámos utilizar instrumentos utilizados internacionalmente e validados para a população portuguesa com valores de robustez psicométrica adequados. O nosso protocolo de recolha de dados é composto por quatro instrumentos (anexo A), nomeadamente: o questionário sociodemográfico e audiológico com o objetivo de caracterizar a amostra em estudo; pela Escala *The Hearing Handicap Inventory for the Elderly* (HHIE) (Ventry & Weinstein, 1982) na sua versão Portuguesa (Martins & Serrano, 2010), para avaliar o *handicap* da deficiência auditiva na vida do portador; pela Escala Estima de Si (SERTHUAL) (Tap, Hipólito & Nunes, 2009) para mensurar a estima de si; e pela Escala de Ajustamento Conjugal, *Dyadic Adjustment Scale* (DAS) (Spanier, 1976) na sua versão Portuguesa (Gomez & Leal, 2008), para avaliar o ajustamento conjugal nas suas quatro dimensões.

Salientamos que todos os instrumentos são de autorrelato acedendo à percepção que cada sujeito possui de si mesmo quanto aos constructos em estudo. Este tipo de instrumentos possui como desvantagem o possível enviesamento devido ao efeito da desejabilidade social. Porém, são típicos da mensuração das variáveis psicológicas sendo que, é a percepção individual e subjetiva do sujeito que é relevante nos estudos psicológicos.

2.5.1 Questionário Sociodemográfico e Audiológico

Este questionário tem como objetivo caracterizar a amostra ao nível do género, idade, escolaridade, situação económica, tempo de relação e agregado familiar, bem como caracterizar clinicamente o tipo e grau de perda auditiva.

Quanto à idade, sexo, estado civil e zona de residência, bem com a caracterização geral da perda de audição, o objetivo é o de reunir dados gerais quanto à heterogeneidade da amostra. A escolaridade e situação económica, foram incluídas dado que existem alguns estudos que mostram relações entre estas variáveis e a estima de si e ajustamento conjugal, embora muitos deles realizados a outras populações, como jovens, estudantes ou mulheres grávidas. Destacamos o estudo de Ramos (2002) que enfatiza que a felicidade individual e conjugal de pessoas em idades mais avançadas está não só, mas também dependente do seu *status* socioeconómico. Ressalta ainda que muitas pessoas que habitam com a família alargada (muitas vezes reflexo de uma baixa situação económica) são menos felizes do que aqueles que vivem somente com o cônjuge.

Também para o estudo da conjugalidade, tornou-se importante a inclusão destas variáveis, dado que é reconhecido que na satisfação conjugal interferem as características da personalidade, valores, atitudes, sexo, momento do ciclo na vida do casal, presença ou não de filhos, nível de escolaridade e socioeconómico, entre outros (Norgren, Souza, Kaslow, Hammerschmidt & Sharlin, 2004).

2.5.2 Escala *The Hearing Handicap Inventory for the Elderly* HHIE

A crescente consciência de distinguir perda de audição de desvantagem auditiva, esteve na origem do desenvolvimento de diferentes escalas, que se dividem em três categorias: as que visam avaliar as dificuldades situacionais; as que pretendem avaliar o impacto psicossocial e as que abrangem estes dois aspetos simultaneamente (Martins & Serrano, 2007). A Escala *The Hearing Handicap Inventory for the Elderly* (HHIE) situa-se na

última categoria, acabando por ser mais abrangente, dado que avalia o impacto da deficiência auditiva na vida no próprio, sendo o reflexo das incapacidades ou *handicap* sentido pelo portador da surdez.

A escala original foi criada por Ventry e Weinstein em 1982 com o objetivo de ser um instrumento de avaliação destinado a detetar os efeitos da deficiência auditiva no domínio emocional e social, em idosos não institucionalizados, dado que nenhuma das escalas existentes à data era especificamente direcionada para esta faixa etária (Ventry & Weinstein, 1982). Para os autores, a escala teria de ir ao encontro da realidade dos idosos e isso refletiu-se na definição de desvantagem auditiva, que incluía três dimensões: efeitos sociais e situacionais, resposta emocional à incapacidade auditiva e sensibilidade aos problemas. A primeira versão da escala era constituída por 42 itens, que foi aplicada a 42 indivíduos com mais de 65 anos e com diferentes graus de sensibilidade auditiva. A consistência interna do total da escala é de .83; da subescala emocional de .93; da subescala social/situacional de .83 e da secção de sensibilidade .24. Com base na consistência interna e na análise individual de cada item, a escala final ficou constituída por 25 itens, divididos em duas subescalas: as consequências emocionais e sociais da deficiência auditiva referente aos efeitos adversos sentidos pelo portador de surdez (Johnson & Danhauer, 2002).

A versão final da escala foi aplicada a 100 indivíduos americanos com idades compreendidas entre os 65 e os 92 anos ($M = 75$ anos). Os resultados do estudo revelam que o instrumento tem um conteúdo preciso e um nível de consistência interna de .90 e a correlação entre as duas subescalas de .87 (Ventry & Weinstein, 1982)

A HHIE foi validada para a população portuguesa por Martins e Serrano (2007). Foi aplicada a 75 indivíduos após ser traduzida e adaptada cultural e linguisticamente. A escala de likert de três pontos é composta por 25 itens (anexo A), dos quais 13 exploram as consequências emocionais da deficiência auditiva (por exemplo “quando conversa com a sua família, sente-se frustrado, por causa de não ouvir bem?”, “sente-se diminuído, por não ouvir bem?”) e 12 destinam-se a avaliar os efeitos sociais e situacionais dessa deficiência (por exemplo “por causa de não ouvir bem, vai às compras menos vezes do que gostaria?”, “por causa de não ouvir bem, ouve televisão ou rádio menos vezes do que gostaria?”) (Ventry & Weinstein, 1982). O *score* corresponde ao somatório das respostas de 0 a 4 pontos (“sim” 4 pontos, “às vezes” 2 pontos, “não” 0 pontos). Quanto maior a pontuação,

maior será a desvantagem sentida pela pessoa com deficiência auditiva e maior será a auto-percepção de *handicap* (Martins & Serrano, 2010). Desta forma, o score total varia de 0 a 100, dividido em três categorias: 0-16 pontos (sem percepção do *handicap*); 18-42 pontos (percepção ligeira a moderada) e 44-100 (percepção severa ou significativa do *handicap*) (Rosis, Souza & Iório, 2009; Ventry & Weinstein, 1982).

Freitas e Costa (2007) consideram que as pontuações podem ser transformadas em índices percentuais, onde resultados inferiores a 16% representam não haver percepção do *handicap*, de 18% a 42% indicam uma percepção ligeira a moderada e acima de 42%, uma percepção severa ou significativa.

A versão portuguesa (P-HHIE) apresenta-se como um instrumento cuja consistência interna global é de .96, sub-escala emocional de .94 e sub-escala social com uma consistência interna de .88, assumindo também uma boa validade temporal para a população portuguesa.

Na presente investigação, a fim de verificar a adequabilidade do instrumento para a amostra em questão procedemos ao estudo de fidelidade. A análise prévia de *missing values* (dados em falta) revelou a inexistência de dados em falta escusando o recurso a qualquer técnica adicional de imputação de dados.

Recorremos ao cálculo do *alfa* de Cronbach que se baseia na correlação inter-item, medindo a fidelidade ou consistência interna de respostas a um conjunto de variáveis correlacionadas entre si, ou seja, a forma como um conjunto de variáveis são representativas de determinada dimensão. Quando os dados tiverem uma estrutura multidimensional, o *alfa* de Cronbach será baixo. Se as correlações inter-variáveis forem altas, então há evidência que as variáveis medem a mesma dimensão (Cronbach, 1951). Considera-se que um coeficiente de consistência interna de .80 ou mais é considerado como "bom" na maioria das aplicações de Ciências Sociais e um coeficiente de consistência interna entre .70 e .80 é considerado como aceitável. Em alguns estudos admitem-se valores de consistência interna de .60 a .70, o que segundo a literatura é "fraco". Partimos destes pressupostos teóricos para estabelecer os níveis de fidelidade das escalas utilizadas neste estudo (Cronbach, 1951).

Como podemos verificar na tabela 3, na nossa amostra os valores do *alfa* de Cronbach para a escala e para as suas dimensões social e emocional é superior a .80 e, revelando a sua adequação à amostra e assegurando a fidelidade nos resultados obtidos.

Tabela 3

Consistência Interna da P-HHIE

Escalas	Alfa de Cronbach	Nº de Itens
Nível Geral de Desvantagem Auditiva (P-HHIE)	.94	25
HHIE Social	.87	12
HHIE Emocional	.90	13

2.5.3. Escala Estima de Si SERTHUAL

Escala de estima de si S.E.R.T.H.U.A.L. (*Self-esteem*, Rogers, Tap, Hipólito e UAL), validada para a população portuguesa em 2006, surgiu a partir da Escala de Estima de Si de Rogers (Roger's *Self-Esteem* Scale: Ro.S.E.S) e da Nova Escala de Autoestima de Toulouse (*Nouvelle Echelle Toulousaine d'Estime de Soi*: N.E.T.E.S.). O instrumento tem por base a Abordagem Centrada na Pessoa de Carl Rogers e assenta no conceito de psicologia de *self*. Integra cinco dimensões positivas (30 itens) e cinco negativas (30 itens) por forma a obter um perfil da pessoa face à percepção que tem sobre si, permitindo uma aplicação individual a pessoas até aos 85 anos de idade (Tap, Hipólito & Nunes, 2009).

A amostra de validação é composta por 1279 participantes de ambos os géneros com idades compreendidas entre os 13 e os 85 anos. É uma escala do tipo likert, com 60 itens, com um intervalo de respostas entre o 1 e o 5, sendo o 1 *Discordo totalmente* e o 5 *Concordo totalmente*. As 60 afirmações estão aleatoriamente distribuídas, sendo posteriormente divididas por 10 dimensões, das quais 5 positivas (Dimensão A = Auto-satisfação geral, B = Expansão socio-normativa, C = Maturidade socio-pessoal, D = Valorização psíquica e intelectual e E = Valorização social, académica e profissional) e 5 dimensões negativas (Dimensões F = Negação e depreciação de si, G = Tensões relacionais, H = Perturbações anómicas, I = Tensões emocionais e J = Hostilidade comigo mesmo) (anexo G), definidas por Tap et al. (2009) no manual da escala.

Na cotação somam-se os valores atribuídos a cada item na respetiva dimensão permitindo desenhar um perfil individual do índice estima de si positiva e negativa, como também o índice geral da estima de si através da diferença entre o índice positivo e o negativo.

A escala resultou da análise dos componentes principais com rotação *varimax*, apresentando bons valores de consistência interna. Os valores de consistência interna são satisfatórios a bons quer para as dimensões positivas (entre $\alpha=.72$ e $\alpha=.79$) quer para as dimensões negativas ($\alpha=.67$ e os $\alpha=.90$). A consistência interna da escala total apresenta

um coeficiente de *alfa de Cronbach* de .86, assegurando a mensuração de um só constructo em termos de validade e uma boa fidelidade (Tap et al., 2009).

À semelhança da P-HHIE, procedeu-se à análise prévia de *missing values* para a escala SERTHUAL. Verificou-se apenas uma percentagem de 0.7% de *missing values*, não sendo necessário recorrer à técnica de imputação de dados.

Na nossa amostra, o *alfa* de Cronbach para a escala e respetivas dimensões é superior ou está próximo do valor de .70, pelo podemos considerar os dados aceitáveis como unidimensionais para medir os conceitos em estudo. Como podemos verificar na tabela 4, apenas para o fator das dimensões positivas D-Valorização psíquica e intelectual o valor é ligeiramente inferior, mas não compromete a validade da escala, pelo que podemos afirmar que se verifica a consistência interna da SERTHUAL e suas dimensões.

Tabela 4
Consistência Interna da SERTHUAL

	Escalas	<i>Alfa</i> de Cronbach	Nº de Itens
Dimensões +	Estima de si positiva	.93	30
	A-Auto-satisfação global	.89	6
	B-Expansão socio-normativa	.76	6
	C-Maturidade socio-pessoal	.75	6
	D-Valorização psíquica e intelectual	.56	6
	E-Valorização social, académica e profissional	.89	6
Dimensões -	Estima de si negativa	.94	30
	F-Negação e depreciação de si	.84	6
	G-Tensões relacionais	.83	6
	H-Perturbações anómicas	.69	6
	I-Tensões emocionais	.79	6
	J-Hostilidade consigo próprio	.73	6

Nota: Dimensões – (negativas); Dimensões + (positivas)

Na visão de Mruk (1998) as dificuldades que existem em investigar a estima de si, estão relacionadas com a construção válida de um instrumento para medir este constructo da personalidade. Assim, um bom teste de estima de si deve ser multifacetado, capaz de captar todas as situações particulares da vida da pessoa; previsão de recursos que minimizem o fato de que a maioria das pessoas se pontua mais favoravelmente nas qualidades positivas e menos desfavoravelmente nas negativas e ainda a identificação das atitudes defensivas (Mruk, 1998). Na nossa ótica, a SERTHUAL preenche os requisitos e parece-nos ser um instrumento abrangente e adequado à problemática em estudo.

2.5.4 Escala de Ajustamento Conjugal DAS

A *Dyadic Adjustment Scale* (DAS) ou Escala de Ajustamento Diádico (EAD), foi originalmente desenvolvida por Spanier em 1976 e atualmente já conta com adaptações para vários países e culturas, incluindo a população Portuguesa. A sua primeira análise fatorial exploratória foi realizada em 1982, na qual foi encontrada uma solução para quatro fatores, que explicaria 94% da variância e uma boa consistência interna global (coeficiente *alfa* de Cronbach de .91).

A escala é composta por 32 itens, distribuídos por quatro dimensões (Hernandez & Hutz, 2008; Perlin, 2006; Spanier, 1976; Yalcin & Karahan, 2007): consenso diádico (13 itens): avalia a concordância do casal perante as normas sociais, valores, questões financeiras, tarefas domésticas, lazer, quantidade de tempo que o casal passa junto, entre outras; satisfação diádica (10 itens): mede a percepção direta da satisfação conjugal, como questões relativas à discussão do divórcio, à saída de casa após discussão, ao arrependimento com o casamento, à confiança no cônjuge, entre outros; coesão diádica (5 itens): refere-se ao sentimento de união e integração entre os cônjuges. Engloba questões como o envolvimento a dois em atividades extrafamiliares, frequência de troca de ideias; expressão diádica de afeto (4 itens): mede a percepção subjetiva acerca da concordância ou discordância do casal sobre as demonstrações de afeto, carinho, relações sexuais e falta de amor (Leal & Gomez, 2008).

A DAS foi traduzida e validada para a população portuguesa em 2008 por Leal e Gomez (2008), que tentaram manter “a escala o mais equivalente possível em termos linguísticos e conceptuais à versão original” (Leal & Gomez, 2008, p. 627). Dos 32 itens, 30 são cotados numa escala tipo Likert com 5-7 opções de resposta e dois são respondidos “sim” ou “não”; a maioria dos itens tem seis opções de resposta que variam entre “sempre em desacordo” a “sempre de acordo” ou desde “sempre” a “nunca” (Leal & Gomez, 2008). As pontuações na escala variam de 0 a 151, com 0 indicando o menor nível de ajustamento conjugal. O *score* total da escala é obtido pela soma encontrada nos quatro fatores: consenso (de 0 a 65), satisfação (de 0 a 50), coesão (de 0 a 24) e expressão de afeto (de 0 a 12) (Hernandez, 2008).

Sher e Baucom (s.d., citado por Yalcin & Karahan, 2007) defendem que uma pontuação abaixo de 101 é um confiável e ponto de corte crítico para a avaliação do estado de ajustamento conjugal. Desta forma, para Spanier (1976) indivíduos que obtiverem 102 ou

mais pontos devem ser classificados como ajustados, e aqueles que se encontrarem abaixo desse valor devem ser classificados como desajustados ou em sofrimento no relacionamento conjugal.

As características psicométricas encontradas na versão portuguesa da DAS são equivalentes às da versão original: a consistência interna para a escala global é semelhante ao instrumento original ($\alpha = .90$), mas com valores inferiores do *alfa* de Cronbach nas subescalas (.85 para o consenso, .83 para a satisfação, .72 para a coesão, .66 para a expressão de afeto) (Leal & Gomez, 2008, citados por Mendes, 2010).

Segundo Perlin e Diniz (2005), a DAS é considerada uma das medidas mais globais e sólidas da qualidade das relações interpessoais devido à coerência dos itens agrupados nas quatro subescalas descritas acima, para além de possuir as melhores características psicométricas e por estes motivos foi também a escala escolhida para estudar a relação conjugal no nosso estudo.

Foi encontrada uma percentagem de 0.3% de *missing values* para a DAS. Na tabela 5 apresentamos os valores de consistência interna para a nossa amostra. Verifica-se que tanto para a DAS e suas Dimensões o *alfa* de Cronbach encontrado é superior a .70, pelo podemos afirmar que se verifica a consistência interna da DAS.

Tabela 5
Consistência Interna da DAS

Escalas	<i>Alfa</i> de Cronbach	Nº de Itens
DAS Geral	.95	32
DAS – I (Consenso)	.89	13
DAS - II (Satisfação)	.94	10
DAS - III (Coesão)	.79	5
DAS - IV (Expressão de afecto)	.71	4

Nota: I, II, III, IV – Dimensões da DAS

2.6 Procedimentos

Em primeiro lugar, foi elaborado um pedido de autorização formal à Widex – Centros de Reabilitação Auditiva, local onde são reabilitadas pessoas com deficiência auditiva. Dirigimos ao Diretor Geral da Widex Portugal, um pedido de autorização de recolha de amostra escrito a explicar a finalidade do estudo (anexo B), a qual nos foi concedida (anexo C).

Para a aplicação da DAS e do P-HHIE foram igualmente pedidas as autorizações por escrito aos autores, através de correio eletrónico a qual nos foi prontamente concedida (anexo D). A autorização da escala SERTHUAL foi dada pela equipa do CIP-UAL (Centro de Investigação em Psicologia da UAL) responsável pela sua criação e validação. A versão completa da escala foi cedida pela orientadora de dissertação, membro da equipa de validação.

Foi realizado, informalmente, um contacto aos colegas Audiologistas que exercem nos vários Centros Widex, pedindo a sua colaboração na recolha de amostra. Quatro Audiologistas disponibilizaram-se e receberam toda a informação com os critérios de recolha, objetivos, critérios de inclusão do estudo. Este processo de recolha de dados iniciou-se em Dezembro de 2012 e terminou em Abril de 2014.

A recolha de dados foi realizada no âmbito das consultas de acompanhamento nos Centros Auditivos Widex, sendo feita sempre uma solicitação verbal a todas as pessoas que preenchiam os critérios de inclusão. Foram apresentados os objetivos do estudo e esclarecidas eventuais dúvidas pela responsável do estudo (ou pelos colegas Audiologistas) e questionados quanto ao interesse em participar na pesquisa. Os sujeitos da amostra participaram livremente no estudo. Foram garantidas as condições de anonimato, confidencialidade e objetivos da investigação.

Os pacientes que participaram no estudo responderam individualmente ao protocolo, sem qualquer intervenção de terceiros, de forma a termos dados o mais fidedignos possível.

2.6.1 Tratamento Estatístico

Os dados recolhidos foram inseridos na base de dados elaborada com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20 for MacBook Pro.

Inicialmente procedeu-se à análise estatística descritiva por forma a caracterizar a amostra do estudo, baseada nos dados recolhidos do questionário sociodemográfico e audiológico. As respostas obtidas foram analisadas em termos de frequência, percentagem, média, mediana, desvio-padrão, valor mínimo e valor máximo. Para as diferentes escalas utilizadas, foi igualmente realizada a pesquisa de mínimos e máximos, análise de médias, frequências e consistência interna de cada escala e suas dimensões, bem como a pesquisa de *missing values*.

Para o estudo das variáveis e eventuais relações foram aplicados diferentes procedimentos estatísticos: coeficientes de correlação Pearson e Spearman a fim de analisar a natureza e intensidade das relações entre variáveis; a regressão linear múltipla para averiguar o efeito preditivo entre as mesmas; Coeficiente de Determinação Ajustado (r_a^2). Para comparação de grupos recorreremos ao Teste t de *Student* e ao seu equivalente não paramétrico teste de Mann-Whitney em casos onde a normalidade da distribuição dos dados não fosse assumida pela pequena dimensão dos grupos. Nos restantes casos, assumimos a normalidade da amostra pelo Teorema do Limite Central.

Assumiu-se o nível de confiança nos resultados de 95%, ou seja, nível de significância de $p < .05$ para rejeição da H_0 . Isto significa que estabelecemos a inferência com uma probabilidade de erro inferior a 5%, limite comumente utilizado em Ciências Sociais.

III PARTE - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

3.1 Estatística Descritiva

Após a análise de *missings*, que assegurou a completude dos dados, procedemos à análise descritiva de cada variável em estudo e respetivas correlações que apresentamos de seguida.

3.1.1 *Handicap* Auditivo

No primeiro objetivo pretendemos caracterizar as dimensões do *handicap* auditivo (ou desvantagem auditiva) e para isso analisamos os resultados obtidos na P-HHIE. A este objetivo está associada a questão de investigação: “Como se caracterizam as dimensões da desvantagem auditiva em idosos com deficiência auditiva?”

Como podemos verificar pela tabela 6 a P-HHIE Total (dimensão social+emocional) apresenta um valor médio de 37.57 ($DP = 20.09$), inferior ao ponto intermédio da escala, pelo que podemos afirmar que a desvantagem auditiva em idosos é relativamente baixa correspondendo a uma perceção tendencialmente moderada de *handicap* auditivo.

Na tabela 6, observamos que a dimensão social ($M = 21.23$; $DP = 10.34$) é superior à da dimensão emocional ($M = 16.34$; $DP = 10.85$).

Tabela 6

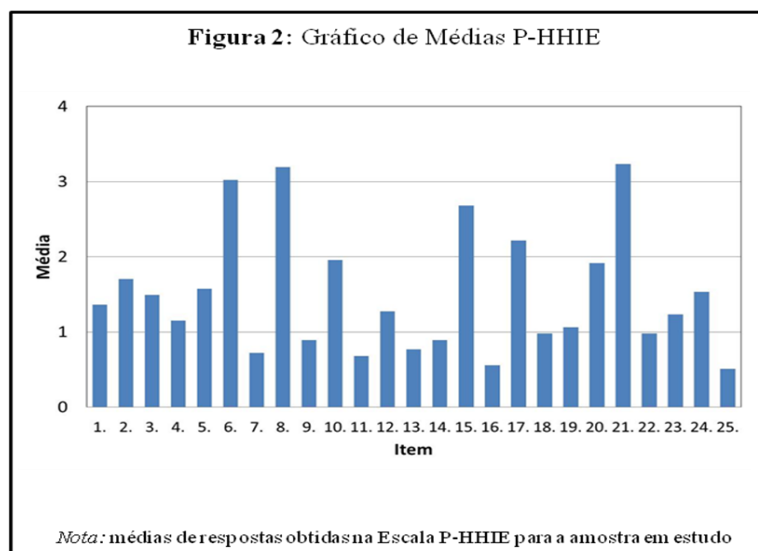
Escala de Desvantagem Auditiva para Idosos P-HHIE, Valores Médios e de Dispersão

	<i>N</i>	<i>M (DP)</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>
P-HHIE Total	47	37.57 (20.09)	4.00	78.00
P-HHIE Social	47	21.23 (10.34)	4.00	44.00
P-HHIE Emocional	47	16.34 (10.85)	0.00	40.00

Nota: valores médios (*M*) e de dispersão (*DP*), mínimos (*Min.*) e máximos (*Máx.*)

Ao analisarmos as médias de respostas, verifica-se pela figura 2 que os valores são mais elevados para “21-HHIE-Quando está com parentes ou amigos, num restaurante, sente dificuldades, por causa de não ouvir bem?” e “8-HHIE-Quando alguém lhe fala muito baixo, tem dificuldade em ouvir?”, seguidos de “6-HHIE-Quando vai a uma festa, sente dificuldade por causa de não ouvir bem?” e depois de “15-HHIE-Por causa de não ouvir bem, tem dificuldades em ouvir a televisão ou rádio”. No lado oposto, com valores médios menores encontram-se os itens “25-HHIE-Quando está em grupo, sente-se marginalizado, por causa de não ouvir bem?”, “16-HHIE-Por causa de não ouvir bem, vai

às compras menos vezes do que gostaria?”, seguidos de “11-HHIE-Por causa de não ouvir bem, vai menos vezes à missa do que gostaria?” e “7-HHIE-Sente-se estúpido, por causa de não ouvir bem?”.



De forma sucinta, podemos considerar que o *handicap* auditivo em idosos com deficiência auditiva é, globalmente, baixo, com as variações já descritas para cada dimensão, especificamente.

3.1.2 Estima de Si

Relativamente ao segundo objetivo está associada a seguinte questão de investigação: “Como se caracteriza a estima de si em idosos com deficiência auditiva”, onde se procedeu à estatística descritiva da escala SERTHUAL, que teve por base a descrição dos próprios autores.

Pela análise da tabela 7 verificou-se um valor médio global de estima de si de 38.55 ($DP = 33.33$) valor este bastante superior ao ponto intermédio da escala, e idêntico ao encontrado para a mesma faixa etária da amostra de validação da escala para a população portuguesa, pelo que podemos afirmar que o nível geral de estima de si é bastante positivo.

Para as dimensões positivas obteve-se uma média de 109.00 ($DP = 18.15$) e para as dimensões negativas uma média de 70.45 ($DP = 19.13$).

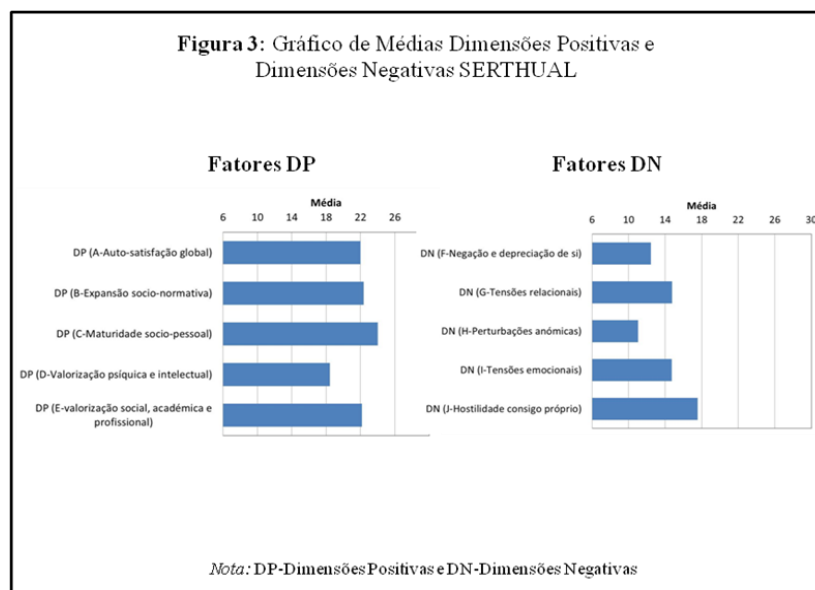
Tabela 7

Escala de Estima de Si SERTHUAL, Valores Médios e de Dispersão

Dimensões	N	M(DP)	Mín.	Máx.
Score Estima de Si Geral	47	38.55 (33.33)	-28.00	85.00
Score Estima de Si positiva	47	109.00 (18.15)	48.00	135.00
A-Auto-satisfação global	47	22.00 (4.90)	11.00	30.00
B-Expansão socio-normativa	47	22.37 (4.22)	8.00	30.00
C-Maturidade socio-pessoal	47	24.03 (3.63)	16.00	30.00
D-Valorização psíquica e intelectual	47	18.43 (3.35)	6.00	25.00
E-Valorização social, académica e profissional	47	22.16 (4.86)	8.00	30.00
Score Estima de Si negativa	47	70.45 (19.13)	38.00	107.00
F-Negação e depreciação de si	47	12.43 (4.53)	6.00	22.00
G-Tensões relacionais	47	14.74 (4.77)	6.00	24.00
H-Perturbações anómicas	47	11.02 (3.90)	6.00	20.00
I-Tensões emocionais	47	14.71 (4.87)	6.00	28.00
J-Hostilidade consigo próprio	47	17.55 (4.55)	10.00	26.00

Nota. Valores médios (M) e de dispersão (DP), mínimos (Mín.) e máximos (Máx.)

Pela análise de médias das dimensões positivas e negativas (figura 3), verifica-se para as dimensões positivas o valor mais elevado para C-Maturidade socio-pessoal, seguido de B-Expansão socio-normativa, E-valorização social, académica e profissional, todas superiores ao ponto intermédio das escalas de medida. Já nas dimensões negativas destaca-se o valor elevado da escala J-Hostilidade consigo próprio, próximo do ponto intermédio da escala de medida, seguido de G-Tensões relacionais e I-Tensões emocionais. Portanto, todos os fatores das dimensões negativas são apreciados negativamente ou, no máximo, de forma intermédia para o fator J- Hostilidade consigo próprio (figura 3).



Assim sendo, podemos considerar que os níveis de estima de si em idosos com deficiência auditiva são, globalmente, positivos, com as variações já descritas para cada fator.

3.1.3 Ajustamento Conjugal

Está associado a este objetivo a questão de investigação: “Como se caracterizam as dimensões da conjugalidade em idosos com deficiência auditiva?” Para se alcançar este objetivo procedeu-se à análise descritiva dos *scores* da escala DAS. Quanto à variável ajustamento conjugal (AC) constata-se um valor médio global de 110.85 ($DP = 17.49$) (tabela 8) numa escala que se situa entre o valor 0 a 151. Spanier (1976) descreve que uma pontuação acima de 102 ou mais pontos diz respeito a uma relação conjugal ajustada, abaixo deste valor os indivíduos devem ser classificados como desajustados ou em sofrimento na relação. Portanto, o resultado global encontrado de AC é positivo.

Tabela 8

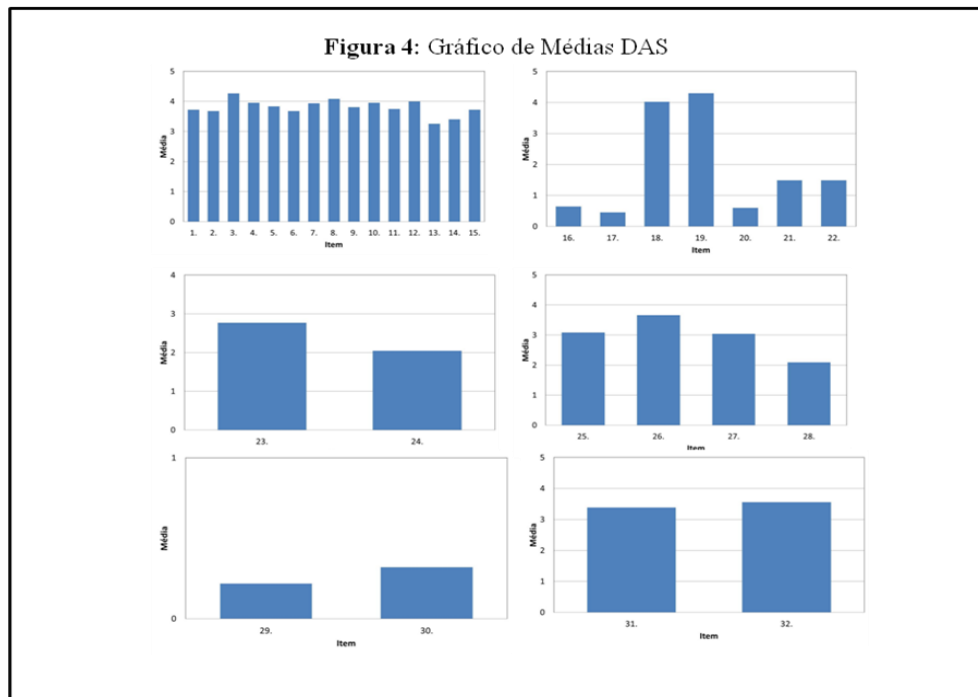
Escala de Ajustamento Conjugal DAS, Valores Médios e de Dispersão

	<i>N</i>	<i>M (DP)</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>
DAS Total	47	110.85 (17.49)	60.00	138.00
DAS - I (Consenso)	47	49.42 (7.35)	29.00	63.00
DAS - II (Satisfação)	47	38.36 (6.92)	19.00	48.00
DAS - III (Coesão)	47	13.94 (3.97)	6.00	22.00
DAS - IV (Expressão de afeto)	47	9.13 (1.13)	4.00	12.00

Nota. Valores médios (*M*) e de dispersão (*DP*), mínimos (*Mín.*) e máximos (*Máx.*)

Os valores médios das dimensões consenso ($M = 49.42$; $DP = 7.35$), satisfação ($M = 38.36$; $DP = 6.92$) e expressão de afeto ($M = 9.13$; $DP = 1.13$) apresentam um valor bastante superior ao ponto intermédio da escala de medida, embora de forma menos pronunciada para a dimensão III - coesão ($M = 13.94$; $DP = 3.97$). Podemos assim considerar que todas as dimensões são apreciadas positivamente, com menor acentuação na coesão (figura 4). A coesão diz respeito ao sentimento de união entre o casal, envolvendo questões como atividades extrafamiliares e troca de ideias (Spanier, 1976; Yalcin & Karahan, 2007).

Podemos considerar que o AC em idosos com deficiência auditiva é, globalmente, positivo, com as variações já descritas para cada dimensão.



3.2 Correlações entre Estima de Si e Ajustamento Conjugal

A fim de explorar a possível associação entre as variáveis estima de si e ajustamento conjugal e responder à questão de investigação: “Qual a relação entre a estima de si e o ajustamento conjugal dos idosos com deficiência auditiva?”, recorremos ao coeficiente de correlação Pearson.

Este coeficiente é uma medida da associação linear entre variáveis quantitativas e varia entre -1 e 1. Quanto mais próximo estiver dos valores extremos, tanto maior é a associação entre as variáveis. Uma vez que variáveis em estudo apresentam 47 observações, cumpre-se o Teorema do Limite Central ($n > 30$) assumindo a normalidade das distribuições das variáveis (Marôco, 2011).

Na tabela 9, apresentamos os valores de correlação Pearson entre as dimensões da SERTHUAL e da DAS. Pela sua análise verifica-se uma relação positiva e estatisticamente significativa entre: nível geral de estima de si e DAS Total ($r = .71$; $p < .01$). Verifica-se que as dimensões positivas da SERTHUAL (escalas de A a E) se correlacionam positivamente com todas as dimensões de ajustamento conjugal (de I a IV), à exceção da dimensão D – valorização psíquica e intelectual e a dimensão DAS III – coesão. Na sua maioria as correlações são elevadas e significativos ao nível de $p < .01$. Salientamos que as

correlações entre duas variáveis são tanto mais fortes quanto maior for o valor do coeficiente de correlação, constatando que as variáveis em estudo encontram-se fortemente associadas.

Observam-se igualmente valores de correlação significativos entre as dimensões negativas da SERTHUAL e a DAS, no entanto, o sentido da relação é negativo. Verifica-se uma correlação estatisticamente significativa entre: estima de si negativa e DAS Total ($r = -.59$; $p < .01$). À exceção da relação entre as dimensões da SERTHUAL I e J e as dimensões da DAS coesão e expressão de afeto, todas as restantes dimensões de correlacionam significativamente de forma negativa, maioritariamente ao nível de $p < .01$. (tabela 9).

Tabela 9

Correlações entre Estima de Si e o Ajustamento Conjugal

	DAS				
SERTHUAL	14. DAS - AC Total	15. DAS - I Consenso	16. DAS - II Satisfação	17. DAS - III Coesão	18. DAS - IV Expressão de afeto
1. Estima de Si Geral	.71**	.64**	.78**	.37*	.47**
2. Estima de Si +	.68**	.64**	.70**	.34*	.49**
3. A-Auto-satisfação global	.61**	.56**	.62**	.37*	.41**
4. B-Expressão socio-normativa	.60**	.58**	.59**	.32*	.45**
5. C-Maturidade socio-pessoal	.64**	.56**	.69**	.38**	.40**
6- D-Valorização psíquica e intelectual	.38**	.37*	.41**	.09	.40**
7. E-valorização social, académica e profissional	.66**	.65**	.69**	.30*	.44**
8. Estima de Si -	-.59**	-.50**	-.68**	-.32*	-.35*
9. F-Negação e depreciação de si	-.59**	-.52**	-.68**	-.28	-.38**
10. G-Tensões relacionais	-.65**	-.58**	-.70**	-.31*	-.51**
11. H-Perturbações anómicas	-.51**	-.40**	-.55**	-.39**	-.30*
12. I-Tensões Emocionais	-.39**	-.32*	-.48**	-.25	-.09
13. J-Hostilidade consigo próprio	-.37*	-.30*	-.47**	-.15	-.20

Nota. Valores de correlação Pearson entre Estima de Si (scores da SERTHUAL) na 1ª coluna e Ajustamento conjugal (scores da DAS) na 1ª linha; valores significativos ao nível de ** $p < .01$ e de * $p < .05$ (bi-caudal).

Os resultados encontrados evidenciam que quem apresenta maior nível geral de estima de si e nas suas dimensões positivas, apresenta também maiores scores de ajustamento conjugal. Por outro lado, quando os valores das dimensões de estima de si negativa aumentam, diminuem os valores do ajustamento conjugal e suas dimensões.

3.3 Variáveis de Critério e Estima de Si

As variáveis de critério em análise são o género, a situação económica, escolaridade, anos de relação ou casamento, agregado familiar (com quem vive) e lateralidade da perda auditiva. A questão de investigação subjacente pretende analisar quais as diferenças na estima de si segundo as variáveis enunciadas.

3.3.1 Género

A fim de averiguar os efeitos da variável “género” na estima de si, foi aplicado o teste não paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney, que coloca as seguintes hipóteses:

H_0 : Não existe diferença entre a distribuição de valores das variáveis, para cada um dos grupos da variável dicotómica.

H_1 : Existe diferença entre a distribuição de valores das variáveis, para os grupos da variável dicotómica.

Quando o valor de prova é inferior ao valor de referência de 5% ($p < .05$), rejeita-se a hipótese nula, ou seja, existem diferenças entre os dois grupos. Quando é superior ao valor de referência de 5%, aceita-se a hipótese nula (Marôco, 2011).

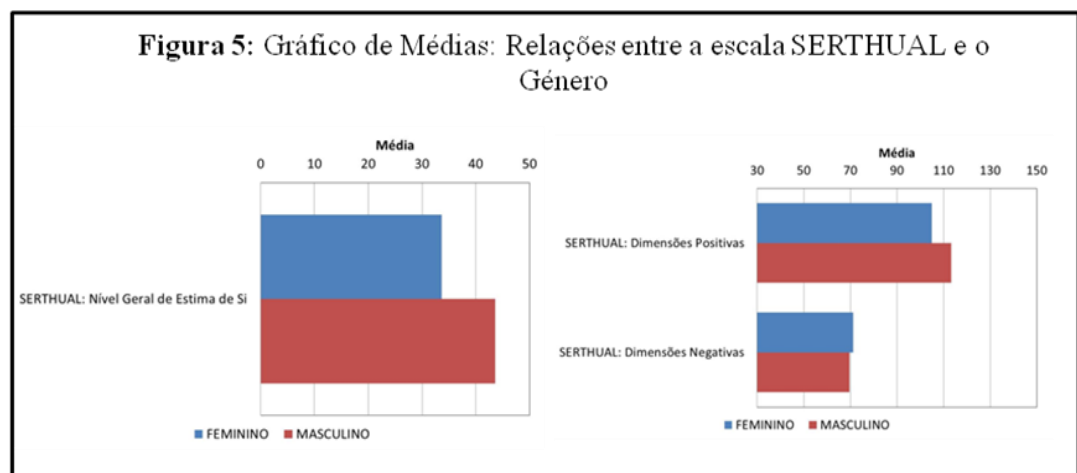
Na tabela 10 apresentamos a estatística descritiva e aplicação do teste que revela as relações entre a escala SERTHUAL e o género. Verifica-se que $p > .05$, logo não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre género e todas as dimensões da SERTHUAL e deste modo não se rejeita H_0 : considera-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Podemos ainda verificar pela figura 5 que o nível geral de estima de si, bem como as suas dimensões positivas, são superiores para o género masculino. Por outro lado, as dimensões negativas são ligeiramente superiores para o género feminino, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Tabela 10

	Dimensões		<i>n</i>	<i>Mdn</i>	<i>U</i>
Estima de si +	Score Estima de Si Geral	Feminino	24	41.5	230
		Masculino	23	45.0	
	Score Estima de Si positiva	Feminino	24	109.0	206.5
		Masculino	23	115.0	
	A-Auto-satisfação global	Feminino	24	23.0	198
		Masculino	23	24.0	
	B-Expansão socio-normativa	Feminino	24	21.5	233.5
		Masculino	23	24.0	
	C-Maturidade socio-pessoal	Feminino	24	24.5	196.5
		Masculino	23	25.2	
	D-Valorização psíquica e intelectual	Feminino	24	18.5	232
		Masculino	23	19.0	
	E-Valorização social, académica e profissional	Feminino	24	23.0	236
		Masculino	23	22.0	
Estima de si-	Score Estima de Si negativa	Feminino	24	66.9	264
		Masculino	23	63.0	
	F-Negação e depreciação de si	Feminino	24	11.5	249.5
		Masculino	23	11.0	
	G-Tensões relacionais	Feminino	24	13.5	259
		Masculino	23	15.0	
	H-Perturbações anómicas	Feminino	24	10.0	274.5
		Masculino	23	10.0	
	I-Tensões emocionais	Feminino	24	13.0	245.5
		Masculino	23	15.0	
	J-Hostilidade consigo próprio	Feminino	24	17.5	220.5
		Masculino	23	16.0	

Nota. Valores do Teste de Mann-Whitney (*U*) entre Estima de Si e Género; Valores Medianos (*Mdn*);



3.3.2 Situação Económica

Como nesta variável se verificam muito poucas observações nas categorias extremas, ou seja apenas 1 participante da amostra respondeu que a sua situação económica era “má” e 3

responderam que era “muito boa”, para possibilitar a análise inferencial, estas duas categorias foram agregadas às categorias adjacentes, e assim considerou-se a situação económica em dois grandes grupos: “razoável” ou “má” ($n = 28$; 59.58%) e “boa” ou “muito boa” ($n = 19$; 40.42%).

Foi aplicado o teste de Wilcoxon-Mann-Whitney e através da leitura de dados (tabela 11), podemos constatar que existem diferenças estatisticamente significativas entre a dimensão da estima de si Perturbações anómicas e situação económica ($p < .05$). Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos em nenhuma das restantes dimensões. As perturbações anómicas dizem respeito a manifestações de inquietação e insegurança relativamente à dimensão sexual, no qual a pessoa não atribui qualquer valor a si própria (Tap et al., 2009).

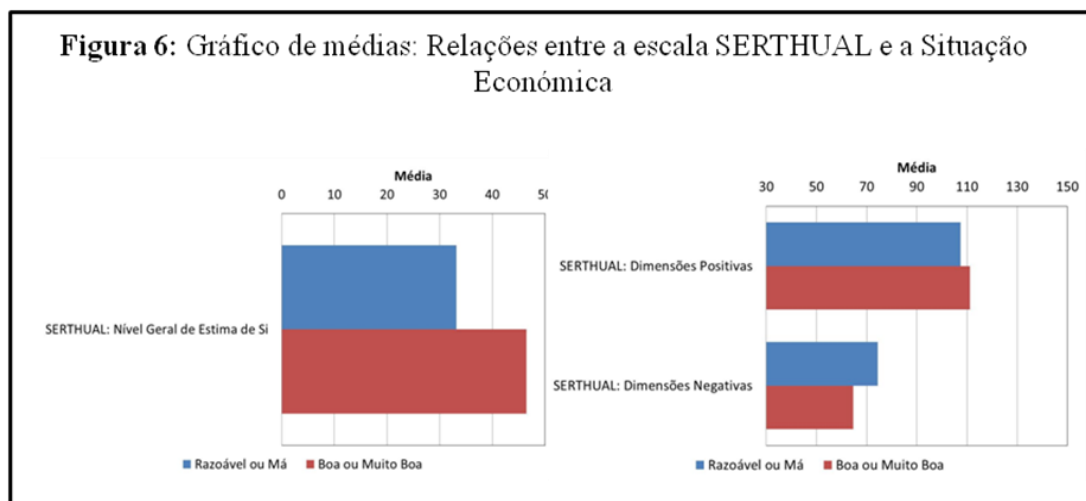
Tabela 11

Relações entre a escala SERTHUAL e a Situação Económica

Dimensões		<i>n</i>	<i>Mdn</i>	<i>U</i>
Estima de si +	Score Estima de Si Geral	Feminino 28	33.6	197.5
		Masculino 19	58.0	
	Score Estima de Si positiva	Feminino 28	108.0	213.5
		Masculino 19	118.0	
	A-Auto-satisfação global	Feminino 28	21.0	190.5
		Masculino 19	25.0	
	B-Expansão socio-normativa	Feminino 28	21.0	224
		Masculino 19	23.0	
	C-Maturidade socio-pessoal	Feminino 28	23.5	219.5
		Masculino 19	26.0	
	D-Valorização psíquica e intelectual	Feminino 28	18.0	219.5
		Masculino 19	20.0	
	E-Valorização social, académica e profissional	Feminino 28	22.4	258.5
		Masculino 19	23.0	
Estima de si-	Score Estima de Si negativa	Feminino 28	74.5	177
		Masculino 19	59.0	
	F-Negação e depreciação de si	Feminino 28	13.5	194.5
		Masculino 19	10.0	
	G-Tensões relacionais	Feminino 28	16.5	183
		Masculino 19	12.0	
	H-Perturbações anómicas	Feminino 28	11.0	164.5*
		Masculino 19	9.0	
	I-Tensões emocionais	Feminino 28	14.2	265
		Masculino 19	15.0	
	J-Hostilidade consigo próprio	Feminino 28	19.0	220.5
		Masculino 19	15.0	

Nota. Valores do Teste de Mann-Whitney (*U*) entre Estima de Si e Situação Económica; Valores Medianos (*Mdn*); ** $p < .01$ * $p < .05$

Verificamos na figura 6 que o nível geral de estima de si, bem como as suas dimensões positivas apresentam níveis superiores para a situação económica “boa ou muito boa”, e as dimensões negativas são superiores para a situação económica “razoável ou má” no entanto, estas diferenças não assumem relevância estatisticamente significativa.



3.3.3 Escolaridade

Para avaliar as relações entre a estima de si e a escolaridade, foi aplicado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, uma vez que o nível de escolaridade se trata de uma variável ordinal. O teste de Kruskal-Wallis testa as seguintes hipóteses:

H_0 : A variável quantitativa apresenta uma distribuição idêntica para as categorias das variáveis qualitativas e;

H_1 : A variável quantitativa não apresenta uma distribuição idêntica para todas as categorias das variáveis qualitativas.

Os resultados (tabela 12) revelam que há diferenças entre os grupos de nível de escolaridade quanto ao nível geral de estima de si e as dimensões positivas, de B-Expansão socio-normativa, D-Valorização psíquica e intelectual ($p < .05$); e quanto às dimensões negativas F-Negação e depreciação de si ($p < .05$) H-Perturbações anómicas e J-Hostilidade consigo próprio ($p < .01$).

Tabela 12

Relações entre a escala SERTHUAL e a Escolaridade

Dimensões		<i>n</i>	<i>Mdn</i>	<i>Qui</i> ² ₂ (<i>KW</i>)	
Estima de si +	Score Estima de Si Geral	1º e 2º Ciclo	21	22.0	8.26 *
		Ensino secundário	12	50.6	
		Tecnológico ou Superior	14	60.5	
	Score Estima de Si positiva	1º e 2º Ciclo	21	99.2	7.41 *
		Ensino secundário	12	118.5	
		Tecnológico ou Superior	14	118.5	
	A-Auto-satisfação global	1º e 2º Ciclo	21	20.0	4.75
		Ensino secundário	12	24.5	
		Tecnológico ou Superior	14	23.5	
	B-Expansão socio-normativa	1º e 2º Ciclo	21	21.0	6.02 *
		Ensino secundário	12	23.5	
		Tecnológico ou Superior	14	24.0	
	C-Maturidade socio-pessoal	1º e 2º Ciclo	21	23.0	3.41
		Ensino secundário	12	24.5	
		Tecnológico ou Superior	14	26.5	
	D-Valorização psíquica e intelectual	1º e 2º Ciclo	21	17.0	8.54 *
		Ensino secundário	12	19.0	
		Tecnológico ou Superior	14	20.0	
	E-Valorização social, académica e profissional	1º e 2º Ciclo	21	21.0	4.24
		Ensino secundário	12	23.5	
		Tecnológico ou Superior	14	24.0	
Score Estima de Si negativa	1º e 2º Ciclo	21	82.0	7.55 *	
	Ensino secundário	12	64.4		
	Tecnológico ou Superior	14	58.5		
F-Negação e depreciação de si	1º e 2º Ciclo	21	14.0	6.97 *	
	Ensino secundário	12	10.0		
	Tecnológico ou Superior	14	10.0		
G-Tensões relacionais	1º e 2º Ciclo	21	18.0	5.84	
	Ensino secundário	12	13.0		
	Tecnológico ou Superior	14	12.0		
H-Perturbações anómicas	1º e 2º Ciclo	21	13.0	10.92 **	
	Ensino secundário	12	10.0		
	Tecnológico ou Superior	14	8.5		
Estima de si-	I-Tensões emocionais	1º e 2º Ciclo	21	16.0	0.57
		Ensino secundário	12	16.5	
		Tecnológico ou Superior	14	14.0	
	J-Hostilidade consigo próprio	1º e 2º Ciclo	21	19.0	9.43 **
		Ensino secundário	12	17.5	
		Tecnológico ou Superior	14	15.0	

Nota. Valores do teste de Kruskal-Wallis (Qui^2_2 (*KW*)) entre Estima de Si e Escolaridade; Valores Medianos (*Mdn*); ** $p < .01$ * $p < .05$

3.3.4 Agregado Familiar

Como apenas um elemento vive sozinho, sendo um *outlier*, este caso eliminou-se a fim de possibilitar a análise inferencial. Recorremos ao teste não paramétrico Mann-Whitney,

devido à pequena dimensão dos grupos e da sua não equivalência. Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre sujeitos a viverem com o cônjuge ou com mais elementos da família quanto à estima de si (todos os $ps > .05$).

Constatamos porém que, ainda que as diferenças não sejam significativas, os valores das dimensões positivas de estima de si são mais elevadas para quem vive apenas com o cônjuge/companheiro. Por outro lado, também sem significância estatística as dimensões negativas F-Negação e depreciação de si, G-Tensões relacionais e J-Hostilidade consigo próprio são mais elevadas para quem vive com o cônjuge (tabela 13).

Tabela 13
Relações entre a escala SERTHUAL e Agregado Familiar

Dimensões		<i>n</i>	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	
Estima de si +	Score Estima de Si Geral	Cônjuge/ Companheiro	34	46.5	183.5
		Familia restrita	12	31.5	
	Score Estima de Si positiva	Cônjuge/ Companheiro	34	115.0	189
		Familia restrita	12	103.6	
	A-Auto-satisfação global	Cônjuge/ Companheiro	34	23.0	197
		Familia restrita	12	21.5	
	B-Expansão socio-normativa	Cônjuge/ Companheiro	34	23.0	176.5
		Familia restrita	12	21.0	
	C-Maturidade socio-pessoal	Cônjuge/ Companheiro	34	24.5	192
		Familia restrita	12	24.0	
	D-Valorização psíquica e intelectual	Cônjuge/ Companheiro	34	19.0	179.5
		Familia restrita	12	17.5	
	E-Valorização social, académica e profissional	Cônjuge/ Companheiro	34	23.0	181
		Familia restrita	12	21.5	
	Score Estima de Si negativa	Cônjuge/ Companheiro	34	64.0	170
		Familia restrita	12	70.5	
Estima de si-	F-Negação e depreciação de si	Cônjuge/ Companheiro	34	11.0	182.5
		Familia restrita	12	13.5	
	G-Tensões relacionais	Cônjuge/ Companheiro	34	13.0	138
		Familia restrita	12	18.0	
	H-Perturbações anómicas	Cônjuge/ Companheiro	34	10.0	199.5
		Familia restrita	12	9.5	
	I-Tensões emocionais	Cônjuge/ Companheiro	34	14.7	181.5
		Familia restrita	12	13.0	
	J-Hostilidade consigo próprio	Cônjuge/ Companheiro	34	16.0	155.5
		Familia restrita	12	18.0	

Nota. Valores do Teste de Mann-Whitney (*U*) entre Estima de Si e Agregado Familiar; Valores Medianos (*Mdn*); ** $p < .01$ * $p < .05$

3.3.5 Perda Auditiva (incidência bilateral ou monoaural)

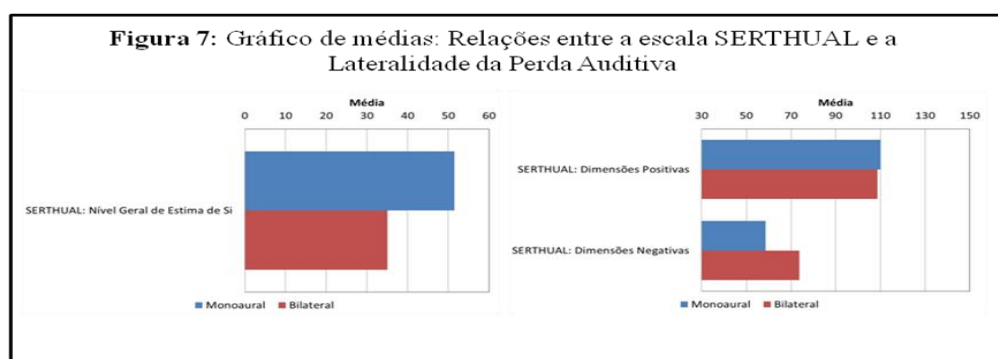
Para comparar a estima de si entre grupos de sujeitos com diferentes tipos de perda auditiva (bilateral ou monoaural) recorremos ao teste não paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney. Considera-se que existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões G-Tensões relacionais e J-Hostilidade consigo próprio apresentando o grupo com perda bilateral valores medianos mais elevados ($Mdn = 16.0$; $Mdn = 18.0$, respetivamente) do que o grupo com perda monoaural ($Mdn = 12.0$; $Mdn = 15.5$, respetivamente) ($U = 87.50$, $p=.01$; e $U = 104.50$, $p=.04$, respetivamente). Não se encontraram diferenças significativas entre os grupos nas restantes dimensões (tabela 14). Constatamos porém que, o nível geral de estima de si, bem como os valores médios das dimensões positivas são ligeiramente mais elevados para a perda auditiva monoaural, e que os valores das dimensões negativas são ligeiramente superiores no grupo com perda auditiva bilateral, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas (figura 7).

Tabela 14

Relações entre a escala SERTHUAL a Perda Auditiva (lateralidade)

	Dimensões		<i>n</i>	<i>Mdn</i>	<i>U</i>
Estima de si +	Score Estima de Si Geral	Monoaural	10	56.3	135
		Bilateral	37	39.0	
	Score Estima de Si positiva	Monoaural	10	117.5	166
		Bilateral	37	108.0	
	A-Auto-satisfação global	Monoaural	10	23.0	183.5
		Bilateral	37	23.0	
	B-Expansão socio-normativa	Monoaural	10	24.0	130.5
		Bilateral	37	21.0	
	C-Maturidade socio-pessoal)	Monoaural	10	25.0	176.5
		Bilateral	37	24.0	
	D-Valorização psíquica e intelectual	Monoaural	10	20.5	114
		Bilateral	37	18.0	
	E-valorização social, académica e profissional	Monoaural	10	22.9	184
		Bilateral	37	22.0	
Estima de si-	Score Estima de Si negativa	Monoaural	10	58.0	102
		Bilateral	37	74.0	
	F-Negação e depreciação de si	Monoaural	10	10.0	140.5
		Bilateral	37	13.0	
	G-Tensões relacionais	Monoaural	10	12.0	87.5 *
		Bilateral	37	16.0	
	H-Perturbações anómicas	Monoaural	10	8.5	116
		Bilateral	37	10.0	
	I-Tensões emocionais	Monoaural	10	12.5	130
		Bilateral	37	16.0	
	J-Hostilidade consigo próprio	Monoaural	10	15.5	104.5 *
		Bilateral	37	18.0	

Nota. Valores do Teste de Mann-Whitney (*U*) entre Estima de Si e Lateralidade da Perda Auditiva; Valores Medianos (*Mdn*); * $p < .05$



3.4 Variáveis de Critério e Ajustamento Conjugal

Tal como para a estima de si, interessa-nos perceber se existe as variáveis de critério género, a situação económica, a escolaridade, tipo de agregado familiar, anos de casamento e lateralidade da perda de audição, exercem um efeito no ajustamento conjugal. A este objetivo está associada a questão: quais as diferenças no ajustamento conjugal segundo o género, situação económica, escolaridade, número de pessoas com quem vive, anos de casamento e lateralidade da perda auditiva?

3.4.1 Género

A fim de averiguar os efeitos da variável “género” no ajustamento conjugal, aplicou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Os resultados obtidos revelam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres quanto ao ajustamento conjugal (todos os $ps > .05$), (tabela 15).

Tabela 15
Relações entre a DAS e o Género

		<i>n</i>	<i>Mdn</i>	<i>U</i>
DAS Total	Feminino	24	113.5	265.5
	Masculino	23	114.0	
DAS - I (Consenso)	Feminino	24	50.0	263
	Masculino	23	50.0	
DAS - II (Satisfação)	Feminino	24	41.0	258
	Masculino	23	40.0	
DAS - III (Coesão)	Feminino	24	13.5	261
	Masculino	23	14.0	
DAS - IV (Expressão de afeto)	Feminino	24	9.0	231.5
	Masculino	23	9.0	

Nota. Valores do Teste de Mann-Whitney (*U*) entre Ajustamento Conjugal e Género; Valores Medianos (*Mdn*)

3.4.2 Situação Económica

Foram criados dois grandes grupos: situação económica “má” ou “muito má” e “boa” ou “muito boa”, a fim de possibilitar a análise inferencial e perceber os efeitos desta variável no ajustamento conjugal.

Foi aplicado o teste de Wilcoxon-Mann-Whitney e constata-se que o valor de prova é superior a 5% ($p > .05$) para a DAS Total e as suas dimensões e desta forma consideramos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (tabela 16).

Tabela 16
Relações entre a DAS e a Situação Económica

		<i>n</i>	<i>Mdn</i>	<i>U</i>
DAS Total	Razoável ou Má	28	108.5	228
	Boa ou Muito Boa	19	118.0	
DAS - I (Consenso)	Razoável ou Má	28	48.0	243
	Boa ou Muito Boa	19	51.0	
DAS - II (Satisfação)	Razoável ou Má	28	40.0	210.5
	Boa ou Muito Boa	19	42.0	
DAS - III (Coesão)	Razoável ou Má	28	13.0	199.5
	Boa ou Muito Boa	19	16.0	
DAS - IV (Expressão de afecto)	Razoável ou Má	28	10.0	250.5
	Boa ou Muito Boa	19	9.0	

Nota. Valores do Teste de Mann-Whitney (*U*) entre Ajustamento Conjugal e Situação Económica; Valores Medianos (*Mdn*)

3.4.3 Escolaridade

Para avaliar as relações entre o ajustamento conjugal e a escolaridade, foi aplicado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis.

Após a aplicação dos testes de Kruskal-Wallis verifica-se um valor de prova superior a 5%, ($p > .05$) que revela não existirem diferenças significativas entre os dois grupos (tabela 17).

Tabela 17

Relações entre a DAS e a Escolaridade

		<i>n</i>	<i>Mdn</i>	Qui^2_2 (KW)
DAS Total	1º e 2º Ciclo	21	109.0	2.11
	Ensino secundário	12	111.5	
	Tecnológico ou Superior	14	119.5	
DAS - I (Consenso)	1º e 2º Ciclo	21	48.0	0.83
	Ensino secundário	12	50.0	
	Tecnológico ou Superior	14	50.0	
DAS - II (Satisfação)	1º e 2º Ciclo	21	41.0	3.19
	Ensino secundário	12	38.5	
	Tecnológico ou Superior	14	42.5	
DAS - III (Coesão)	1º e 2º Ciclo	21	13.0	3.82
	Ensino secundário	12	13.5	
	Tecnológico ou Superior	14	16.0	
DAS - IV (Expressão de afeto)	1º e 2º Ciclo	21	10.0	0.07
	Ensino secundário	12	9.5	
	Tecnológico ou Superior	14	9.0	

Nota. Valores do teste de Kruskal-Wallis (Qui^2_2 (KW)) entre Ajustamento Conjugal e Escolaridade; Valores Medianos (*Mdn*)

3.4.4 Agregado Familiar

Para avaliarmos as eventuais relações entre o número de pessoas com quem habita (se apenas com o cônjuge, ou com a família restrita) e o ajustamento conjugal, aplicou-se o teste de W.-Mann-Whitney.

Os resultados mostram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de participante que vive em casal ou com mais familiares relativamente ao ajustamento conjugal (todos os $ps > .05$) (tabela 18).

Na amostra, pela análise de médias verificamos que a DAS Total e as suas dimensões consenso, satisfação e expressão de afeto são ligeiramente superiores para quem vive com o cônjuge/ companheiro. Apenas a dimensão coesão é superior para quem vive com a família restrita, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas ($p > .05$), como podemos ver na tabela 18.

Tabela 18

Relações entre a DAS e Agregado Familiar

		<i>n</i>	<i>Mdn</i>	<i>U</i>
DAS Total	Cônjuge/ Companheiro	34	116.0	150
	Família restrita	12	103.5	
DAS - I (Consenso)	Cônjuge/ Companheiro	34	51.5	132
	Família restrita	12	45.0	
DAS - II (Satisfação)	Cônjuge/ Companheiro	34	41.0	148
	Família restrita	12	36.5	
DAS - III (Coesão)	Cônjuge/ Companheiro	34	13.5	194.5
	Família restrita	12	14.0	
DAS - IV (Expressão de afecto)	Cônjuge/ Companheiro	34	10.0	148.5
	Família restrita	12	9.0	

Nota. Valores do Teste de Mann-Whitney (*U*) entre Ajustamento Conjugal e Agregado Familiar; Valores Medianos (*Mdn*)

3.4.5 Anos de Casamento

Para avaliar a relação entre o tempo de relação e o ajustamento conjugal, utilizámos o coeficiente de correlação de Pearson. Não se verifica nenhuma correlação estatisticamente significativa entre o ajustamento conjugal e os anos de casamento (Tabela 19).

Tabela 19

Correlação de Pearson: AC e Anos de Casamento (N=47)

Ajustamento conjugal	Anos de Casamento
DAS Total	.25
DAS - I (Consenso)	.31
DAS - II (Satisfação)	.56
DAS - III (Coesão)	.10
DAS - IV (Expressão de afeto)	.23

3.4.6 Perda Auditiva (incidência bilateral ou monoaural)

Aplicamos a estatística descritiva e testes de Wilcoxon-Mann-Whitney para perceber se o tipo de perda auditiva (incidência bilateral ou monoaural) exerce um efeito na variável ajustamento conjugal. Os resultados apontam para diferenças estatisticamente significativas ($U=89$, $p=.01$) da dimensão coesão, em que os participantes com perda monoaural, apresentam resultados medianos estatisticamente superiores ($Mdn = 17.5$) quando comparados com os participantes com perda bilateral ($Mdn = 13.0$) (tabela 20). Para a DAS Total e restantes dimensões considera-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (tabela 20).

Tabela 20

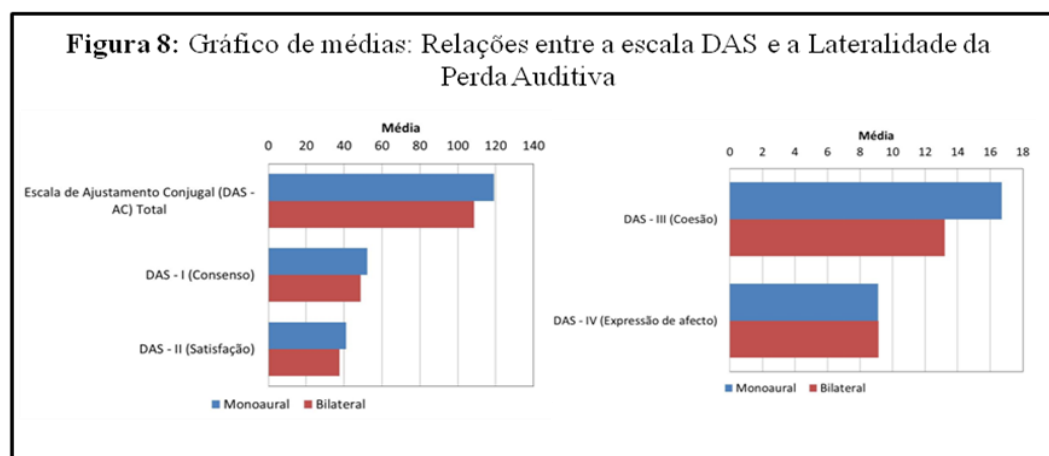
Relações entre a DAS e a Lateralidade da Perda Auditiva

		<i>n</i>	<i>Mdn</i>	<i>U</i>
DAS Total	Monoaural	10	121.8	120.5
	Bilateral	37	109.0	
DAS - I (Consenso)	Monoaural	10	52.5	132.5
	Bilateral	37	48.0	
DAS - II (Satisfação)	Monoaural	10	43.0	128
	Bilateral	37	41.0	
DAS - III (Coesão)	Monoaural	10	17.5	89 *
	Bilateral	37	13.0	
DAS - IV (Expressão de afeto)	Monoaural	10	9.5	179.5
	Bilateral	37	9.0	

Nota. Valores do Teste de Mann-Whitney (*U*) entre Ajustamento Conjugal e Lateralidade da Perda Auditiva; Valores Medianos (*Mdn*); * $p < .05$

No gráfico de médias podemos observar (figura 8) que a Dimensão III da DAS (coesão) é superior para a perda auditiva monoaural, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas ($p < .05$).

A DAS Total e as suas dimensões consenso e satisfação são superiores para a perda auditiva monoaural, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas (figura 8).



3.5 Correlações entre *Handicap* Auditivo e Estima de Si

A este objetivo está associada a questão de investigação: Qual o efeito do nível de *handicap* auditivo na estima de si?

A Tabela 21 expressa os valores de correlação Pearson entre as variáveis. Verificamos que existem correlações estatisticamente significativas no sentido negativo entre: nível

geral de estima de si e todas as dimensões da escala de *handicap* (P-HHIE Total: $r = -.42$; $p < .01$; social: $r = -.35$; $p < .05$ e emocional: $r = -.44$; $p < .01$). Na tabela 21 observam-se os restantes valores significativos negativos entre as dimensões positivas de estima de si e o *handicap*, nomeadamente, entre a estima de si positiva e as dimensões da P-HHIE Total e social ; entre a satisfação global e todas as escalas de *handicap*; a expansão normativa e a dimensão emocional da P-HHIE; e a maturidade socio-pessoal e todas as dimensões da P-HHIE. Por outro lado, a estima de si negativa associa-se significativamente de forma positiva com todas as dimensões da escala de *handicap* (P-HHIE Total: ($r = .42$; $p < .01$; social: $r = .37$; $p < .05$ e emocional: $r = .43$; $p < .01$) e, à exceção da dimensão social que não se associa de forma significativa com as dimensões de estima de si, tensões emocionais e hostilidade consigo própria, todas as restantes dimensões apresentam valores de correlação positivos e significativos.

Ou seja, à medida que os valores relativos ao *handicap* aumentam, a estima de si positiva tende a diminuir e, as dimensões negativas de estima de si tendem a aumentar.

Tabela 21

Correlação entre a Estima de Si e o Nível de Handicap Auditivo

SERTHUAL	P-HHIE		
	Total	Social	Emocional
Estima de Si geral	-.42**	-.35*	-.44**
Estima de Si positiva	-.32*	-.26	-.35*
A-Auto-satisfação global	-.32*	-.29*	-.32*
B-Expansão socio-normativa	-.28	-.23	-.30*
C-Maturidade socio-pessoal	-.36*	-.32*	-.36*
D-Valorização psíquica e intelectual	-.22	-.15	-.27
E-valorização social, académica e profissional	-.21	-.15	-.26
Estima de Si negativa	.42**	.37*	.43**
F-Negação e depreciação de si	.36*	.30*	.37**
G-Tensões relacionais	.40**	.34*	.42**
H-Perturbações anómicas	.38**	.37*	.35*
I-Tensões emocionais	.34*	.27	.38**
J-Hostilidade consigo próprio	.30*	.29	.29*

$N = 47$

Nota. ** $p < .01$; * $p < .05$

3.5.1 Regressões entre *Handicap Auditivo* e *Estima de Si*

Os modelos de regressão linear definem um conjunto vasto de técnicas estatísticas usadas para modelar relações entre as variáveis e predizer o valor de uma variável dependente a partir de um conjunto de variáveis independentes (Marôco, 2011). No nosso

estudo, utilizámos o método dos mínimos quadráticos, com o objetivo de encontrar bons estimadores dos parâmetros de regressão.

Como se trata de um modelo de regressão linear múltipla, para além da inferência para cada um dos parâmetros, é necessário determinar se o modelo é globalmente significativo, através de um teste de significância do coeficiente de determinação, (teste F), que permite verificar se o modelo de regressão linear múltipla é globalmente significativo. Este teste, no entanto, não indica se todas as variáveis são significativas, ou quais delas são mais importantes, pelo que se torna necessário aplicar o teste t para determinar a significância de cada variável, em particular (Paternelli, s/d).

O Coeficiente de Determinação (R^2) surge como uma medida da dimensão do efeito da(s) variável(eis) independente(s) sobre a variável dependente. A medida varia entre 0 e 1, e o 0 representa que o modelo claramente não se ajusta aos dados; quando $R^2 = 1$, o ajustamento é perfeito (Marôco, 2011).

A fim de verificar o efeito do *handicap* auditivo na estima de si, procedeu-se à regressão linear pelo método *Stepwise*, essencialmente, desenvolve uma sequência de modelos de regressão, retirando ou adicionando (conforme o caso) em cada passo uma variável independente (Marôco, 2011). O método *Stepwise* é particularmente apropriado quando existem correlações significativas entre as variáveis independentes (Marôco, 2011).

Considerou-se a variável dependente o nível geral de estima de si (SERTHUAL) e as variáveis independentes a P-HHIE Social e P-HHIE Emocional. Apresentamos os resultados para o modelo de regressão com as variáveis significantes (tabela 22). O coeficiente de determinação indica que 19% da variação que ocorre na variável dependente nível geral de estima de si (SERTHUAL) é explicada pelas variáveis incluídas no modelo.

Tabela 22
Coeficientes das variáveis incluídas do modelo

	B	IC 95%
(Constante)	60.36	[44.13, 76.60]
HHIE Emocional	-1.34 **	[-2.17, -.50]
R^2	.19	
F	10.48 **	

Nota: B – estimativa estandardizada do coeficiente para a variável i .; IC – Intervalo de Confiança

** $p < .05$, * $p < .01$

A variável P-HHIE Emocional é significativa para a explicação da variável estima de si, pois a variação de uma unidade em P-HHIE Emocional provoca uma diminuição

média da variável depende nível geral de estima de si de $B = -1,34$ ($p < .05$) (tabela 22); a dimensão social da P-HHIE não é significativa para o modelo desenvolvido.

Assim sendo, um aumento em P-HHIE Emocional provoca uma diminuição significativa do nível geral de estima de si.

Realizou-se a mesma análise para as dimensões positivas e negativas da estima de si. Considerou-se primeiro a variável dependente a estima de si positiva e as variáveis independentes a P-HHIE Social e a P-HHIE Emocional. O modelo de regressão revela que o coeficiente de determinação (R^2) indica que 12% da variação que ocorre na variável dependente dimensões positivas da estima de si é explicada pelas variáveis incluídas no modelo.

A variável P-HHIE Emocional é um preditor significativo para a explicação da estima de si positiva, enquanto que a variação da P-HHIE Emocional provoca uma diminuição média na estima de si positiva ($B = -.59$; $p < .01$) (Tabela 23); a dimensão Social da P-HHIE não é significativa para o modelo desenvolvido.

Consideramos que um aumento em P-HHIE Emocional provoca uma diminuição significativa das dimensões positivas da estima de si.

Tabela 23
Coefficientes das variáveis incluídas do modelo

	<i>B</i>	IC 95%
(Constante)	118.44	[109.23, 127.65]
HHIE Emocional	-.59 *	[-1.05, -.11]
R^2	0.12	
<i>F</i>	6.09 *	

Nota. *B* – estimativa estandardizada do coeficiente para a variável i.; IC – Intervalo de Confiança

** $p < .05$, * $p < .01$

Por último, considerou-se a variável dependente estima de si negativa da SERTHUAL e as variáveis independentes a P-HHIE Social e Emocional. O coeficiente de determinação indica que 19% ($R^2 = .19$) da variação que ocorre na variável dependente é explicada pelas variáveis incluídas no modelo (Tabela 24).

A variável P-HHIE Emocional é significativa para a explicação da variável dependente e dessa forma a variação de uma unidade em P-HHIE Emocional provoca um aumento médio na estima de si negativa ($B = .76$, $p < .05$) (tabela 24); a dimensão Social da P-HHIE

não é significativa para o modelo desenvolvido. Considera-se portanto que um aumento em P-HHIE Emocional provoca um aumento significativo das dimensões negativas da estima de si.

Tabela 24

Coefficientes das variáveis incluídas do modelo

	B	IC 95%
(Constante)	58,08	[48.74, 67.42]
HHIE Emocional	0,76 **	[0.28, 1.24]
R ²	0.19	
F	10.19 **	

Nota: B – estimativa estandardizada do coeficiente para a variável i.; IC – Intervalo de Confiança

** $p < .05$, * $p < .01$

3.6 Correlações entre *Handicap* Auditivo e Ajustamento Conjugal

Com o objetivo de responder à questão de investigação: qual o efeito do nível de *handicap* auditivo no ajustamento conjugal?, recorremos ao coeficiente de correlação de Pearson. Pela análise da tabela 25 e considerando as correlações fortes encontradas, salientamos a relação estatisticamente significativa negativa. À exceção da expressão do afeto da DAS e o P-HHIE social, todas as dimensões do ajustamento conjugal correlacionam-se de forma significativa de sentido negativo com todas as dimensões de *handicap* (todos os $ps < .05$). Trata-se de relações negativas, isto é, quem apresenta maiores valores de *handicap* auditivo, apresenta valores mais reduzidos de ajustamento conjugal. Note-se que as correlações entre duas variáveis são tanto mais fortes quanto maior for o valor absoluto do coeficiente de correlação.

Tabela 25

Correlação entre o Ajustamento Conjugal e o Handicap Auditivo

DAS	P-HHIE		
	Total	Social	Emocional
DAS Total	-.61**	-.55**	-.60**
DAS - I (Consenso)	-.57**	-.49**	-.58**
DAS - II (Satisfação)	-.56**	-.48**	-.58**
DAS - III (Coesão)	-.48**	-.54**	-.38**
DAS - IV (Expressão de afeto)	-.34*	-.28	-.36*

Nota. ** $p < .01$; * $p < .05$

3.6.1 Regressões entre *Handicap* Auditivo e Ajustamento Conjugal

Com o objetivo de verificar o efeito do *handicap* auditivo no ajustamento conjugal, utilizou-se a mesma metodologia usada nas análises anteriores – o método de regressão linear pelo método *Stepwise*. Na primeira análise considerou-se a variável dependente a escala de ajustamento conjugal (DAS) e as variáveis independentes a P-HHIE Social e P-HHIE Emocional. Pela análise da tabela 26, o coeficiente de determinação indica que 36% ($R^2 = .36$) da variação que ocorre na variável dependente DAS é explicada pelas variáveis incluídas no modelo.

A variável P-HHIE Emocional é significativa para a explicação da variável dependente e dessa forma a variação de uma unidade em P-HHIE Emocional provoca uma diminuição média da variável depende DAS de $B = -.96$ ($p < .05$) (tabela 26); a Dimensão Social da P-HHIE não é significativa para o modelo desenvolvido.

Consideramos que um aumento em P-HHIE Emocional provoca uma diminuição significativa do ajustamento conjugal.

Tabela 26

Coefficientes das variáveis incluídas do modelo

	B	IC 95%
(Constante)	126.54	[118.94, 134.13]
HHIE Emocional	-.96 **	[-1.35, -.57]
R^2	.36	
F	24.76 **	

Nota: B – estimativa estandardizada do coeficiente para a variável i.; IC – Intervalo de Confiança

** $p < .05$, * $p < .01$

Seguidamente a mesma análise foi realizada para as dimensões consenso, satisfação, coesão e expressão de afeto.

Considerou-se a variável dependente DAS – I (consenso) e como variáveis independentes a P-HHIE Social e P-HHIE Emocional. Os coeficientes de determinação indicam que 33% da variação que ocorre na variável dependente DAS - I (consenso) é explicada pelas variáveis incluídas no modelo (tabela 27).

A variável P-HHIE Emocional é significativa para a explicação da variável consenso do ajustamento conjugal: a variação de uma unidade em P-HHIE Emocional provoca uma diminuição média da variável depende DAS - I (consenso) de $B = -.39$ ($p < .05$) (Tabela 27); a dimensão Social da P-HHIE não é significativa para o modelo desenvolvido.

Assim sendo: um aumento na dimensão Emocional da P-HHIE provoca uma diminuição significativa da Dimensão DAS - I (consenso).

Tabela 27

Coefficientes das variáveis incluídas do modelo

	B	IC 95%
(Constante)	55.79	[52.54, 59.04]
HHIE Emocional	-.39 **	[-.56, -.22]
R^2	0.33	
F	22.31 **	

Nota: B – estimativa estandardizada do coeficiente para a variável i.; IC – Intervalo de Confiança

** $p < .05$, * $p < .01$

A análise seguinte considera a variável dependente a DAS - II (satisfação) e as variáveis independentes a P-HHIE Social e Emocional. Pela tabela 28, podemos verificar que o coeficiente de determinação indica que 33% ($R^2 = .33$) da variação que ocorre na variável dependente DAS - II (satisfação) é explicada pelas variáveis incluídas no modelo.

A variável apresentada é significativa para a explicação da variável dependente, na qual a variação de uma unidade em P-HHIE Emocional provoca uma diminuição média da variável depende DAS - II (satisfação) de $B = -.37$ ($p < .05$), mantendo-se as restantes variáveis constantes (tabela 28); a dimensão Social da escala P-HHIE não é significante para o modelo desenvolvido.

Assim sendo, um aumento na dimensão Emocional da P-HHIE provoca uma diminuição significativa da dimensão DAS - II (satisfação).

Tabela 28

Coefficientes das variáveis incluídas do modelo

	B	IC 95%
(Constante)	44,37	[41.31, 47.43]
HHIE Emocional	-.37 **	[-0.52, -0.21]
R^2	.33	
F	22.43 **	

Nota: B – estimativa estandardizada do coeficiente para a variável i.; IC – Intervalo de Confiança

** $p < .05$, * $p < .01$

A mesma análise, mas agora para a variável dependente DAS - III (coesão) e variáveis independentes a P-HHIE Social e P-HHIE Emocional. Pela tabela 29 verificamos um $R^2 = .29$, que indica que 29% da variação que ocorre na variável DAS III é explicada pelas variáveis incluídas no modelo.

A variável P-HHIE Social é significativa para a explicação da coesão: a variação de uma unidade em P-HHIE Social provoca uma diminuição média na variável coesão de $B = -0,21$ ($p < .05$), mantendo-se as restantes variáveis constantes (tabela 29); a dimensão Emocional da P-HHIE não é significativa para o modelo desenvolvido.

Assim, um aumento em P-HHIE Social provoca uma diminuição significativa da dimensão DAS - III (coesão).

Tabela 29

Coefficientes das variáveis incluídas do modelo

	B	IC 95%
(Constante)	18.33	[16.04, 20.62]
HHIE Social	-.21 **	[-.30, -.11]
R^2	.29	
F	18.32 **	

Nota: B – estimativa estandardizada do coeficiente para a variável i.; IC – Intervalo de Confiança

** $p < .05$, * $p < .01$

Por último, considerámos a variável dependente DAS - IV (expressão de afeto) e as variáveis independentes a P-HHIE Social e P-HHIE Emocional. O coeficiente de determinação indica que 13% da variação que ocorre na variável dependente DAS - IV (expressão de afeto) é explicada pelas variáveis incluídas no modelo (tabela 30).

A variável apresentada é significativa para a explicação da variável dependente: a variação de uma unidade em P-HHIE Emocional provoca uma diminuição média da variável depende DAS - IV (expressão de afeto) de $B = -.06$ ($p < .01$) (tabela 30). Salientamos que a dimensão Social da P-HHIE não é significativa para o modelo desenvolvido.

De forma sucinta, um aumento na dimensão Emocional da P-HHIE provoca uma diminuição significativa da dimensão DAS - IV (expressão de afeto).

Tabela 30

Coefficientes das variáveis incluídas do modelo

	B	IC 95%
(Constante)	10.16	[9.20, 11.12]
HHIE Emocional	-.06 *	[-.11, -.01]
R^2	.13	
F	6.67 *	

Nota. B – estimativa estandardizada do coeficiente para a variável i.; IC – Intervalo de Confiança

** $p < .05$, * $p < .01$

IV PARTE – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação dos resultados, pretendemos neste último capítulo discutir os mesmos à luz da revisão de literatura efetuada, das principais teorias e autores e das particularidades do estudo desenvolvido, i.e. limitações e contributos. Embora tenha sido uma recolha de amostra por conveniência, e apresente uma reduzida dimensão ($N=47$), verificou-se relativamente heterogénea (tendo em conta os critérios de inclusão muito específicos) e equilibrada em relação ao género (51.06% do sexo feminino e 48.94% do sexo masculino). Uma vez que o estudo incidia em pessoas idosas, obteve-se uma média de idades de 71.3 anos, com um tempo de relação conjugal associado de 44.8 anos. Todos os participantes do estudo são portadores de hipoacusia adquirida ao longo da vida e são também todos eles utilizadores regulares de próteses auditivas.

Infelizmente em Portugal nem todas as pessoas apresentam condições socioeconómicas para poderem adquirir aparelhos auditivos, já que o serviço público de saúde de uma forma geral não contempla estas ajudas técnicas, ficando na maior parte das situações ao encargo das famílias a aquisição de aparelhos auditivos. Poderá ser este um critério que *à priori* possa ter condicionado a condição económica dos participantes e, talvez por essa razão 57.45% dos participantes considera ter uma situação económica razoável e 34.04% uma condição económica boa, e assim, a maioria da amostra (91.49%) posiciona-se numa situação económica confortável. A análise dos resultados deverá pois, ter em consideração esta limitação que poderá constituir uma possível fonte de enviesamento.

Centrando-nos sobre os principais resultados do estudo e respondendo às questões de investigação elaboradas, o primeiro objetivo consistia em perceber como se caracterizava o *handicap* auditivo em idosos com deficiência auditiva. Não foi realizada uma correlação entre os dados auditivos do questionário sociodemográfico/audiológico, pois consideramos que a Escala de Desvantagem Auditiva de Idosos com Deficiência Auditiva (P-HHIE) é um ótimo preditor do quadro auditivo e acima de tudo um bom instrumento de avaliação que deteta as consequências emocionais e sociais da deficiência auditiva (Ventry & Weinstein, 1982). Para além disso os estudos internacionais mostram correlações elevadas entre os resultados dos testes audiométricos e as escalas de desvantagem auditiva (Paiva et al., 2011), comprovados por estudos como o de Hashimoto, Nomura e Yano (2004) que encontraram uma concordância de 83% entre o autorrelato das eventuais dificuldades auditivas e a deteção real da deficiência auditiva através da audiometria, em idades acima dos 60 anos. Também o estudo de Smith e Kricos (2003) realçam estes dados, após a

aplicação da HHIE, os resultados mostram que a maioria dos indivíduos mais velhos reconhece a dificuldade auditiva, mesmo nos casos de hipoacusia ligeira.

A perda de audição adquirida deve ser considerada como uma perda social e psicológica que afeta as interações interpessoais e de comunicação, privando o indivíduo de relações sociais, podendo comprometer as suas metas profissionais e objetivos de vida. Estas manifestações psicológicas e sociais decorrentes da perda de audição são denominadas pela OMS de *handicap* (Pinzan-Faria & Iório, 2004). Na nossa amostra os valores encontrados revelam, em média, um *handicap* auditivo tendencialmente moderado ($M = 37.57$; $DP = 20.09$). A dimensão social da escala de *handicap* apresenta um valor mais pronunciado, representado uma desvantagem mais alta nesse domínio, e os itens respetivos com médias mais altas de resposta são precisamente o “21- Quando está com parentes ou amigos, num restaurante, sente dificuldades, por causa de não ouvir bem?”, seguido de “8-HHIE-Quando alguém lhe fala muito baixo, tem dificuldade em ouvir?”, e “6-HHIE-Quando vai a um festa, sente dificuldade por causa de não ouvir bem?” ou seja, convívio e conversação num ambiente ruidoso são as situações onde existem mais dificuldades auditivas. Deste modo, o impacto social do défice auditivo é aquele que os participantes mais valorizam. Os dados da escala de *handicap* são consonantes com os dados audiológicos em que 31.91% dos participantes apresentam um grau de surdez ligeiro, 51.06% grau moderado e apenas 17.02% severo a profundo. Também em 70.21% da amostra os níveis de discriminação verbal são bastante positivos. A integridade da discriminação verbal é o que possibilita o reconhecimento dos sons que constituem as palavras, que por sua vez é o veículo para uma comunicação efetiva (Anjos, 2014).

As limitações no desempenho das atividades sociais são consideradas por Russo (1995) como a maior implicação que uma deficiência auditiva pode ter. Pois como realça Vash (1988, citado por Francelin et al., 2010), a perceção individual e a forma como a incapacidade auditiva altera e afeta as suas vidas é o que determinará o impacto real sentido. Esse impacto foi estudado por Francelin et al. (2010) em 27 pessoas de ambos os géneros com surdez adquirida. Nas esferas familiar, social e profissional foram relatadas mudanças e conflitos impostos pelas dificuldades de comunicação, mais sentidas pelas pessoas com surdez severa a profunda em pelo menos um ouvido, ao ponto de se afastarem das suas atividades profissionais. Já as pessoas com perda de audição unilateral ligeira conseguem ultrapassar mais facilmente as barreiras comunicacionais. As autoras constaram

que todas as pessoas, em maior ou menor grau, passaram a enfrentar diferentes tipos de dificuldades no relacionamento social, tais como discriminação, vergonha do problema e isolamento. Outro estudo levado a cabo por Ribas et al. (2014), teve como objetivo comprar a qualidade de vida nos diferentes domínios “físico”, “psicológico”, “relações sociais” e “meio ambiente” de idosos com e sem perda de audição. O grupo de estudo contou com 36 participantes portadores de perda auditiva e utilizadores de próteses auditivas, com idade mínima de 61 anos, e média de 73 anos e o grupo de controlo, com 15 participantes. Os resultados apontam que grupo com perda auditiva, apesar de utilizarem próteses auditivas, demonstrou ter piores resultados no que se refere aos domínios “meio ambiente” (competências de segurança, proteção, ambiente) e “relação social” (competências de convívio, oportunidades de adquirir informações, suporte e apoio social, além de relações pessoais), do que o grupo com audição normal, o que permite inferir que a perda de audição independentemente do uso da prótese, limita o acesso do indivíduo ao meio, impondo as condições restritivas que a dificuldade de comunicação acarreta.

Muitas das alterações biológicas e fisiológicas que acompanham o processo de envelhecimento, não são valorizadas nas sociedades ocidentais. Num mundo predominantemente ouvinte, é natural que uma pessoa com dificuldades em ouvir possa temer a estigmatização social (Coleman 2006, citado por Southall et al., 2010). O estigma tem sido definido como a “crença que se possui, algum atributo ou característica que transmite uma identidade social que é desvalorizado num contexto social particular”, onde muitas vezes a pessoa com deficiência auditiva é rotulada como “velha”, “cognitivamente diminuída”, “desinteressante”, “de difícil compreensão”, “deficiente” e evitada no contexto social (Gagné, Southall & Jennings, 2011). Esta estigmatização pode vir de fora, mas também pode ser desenvolvido pelo próprio, muitas vezes inconscientemente. Este processo de auto-estigmatização envolve uma ameaça à sua identidade, podendo estas pessoas apresentar altos níveis de stresse, vergonha, baixa autoestima e baixa eficácia, comportamentos desajustados, tais como a negação do problema auditivo e culpabilização de terceiros (Gagné et al., 2011). Por este motivo consideramos o estudo da estima de si importante nestas pessoas, com o objetivo de percebermos qual a valorização que têm de si mesmas, portadoras de uma incapacidade permanente.

Assim surge a resposta à segunda questão de investigação cujo objetivo era verificar os níveis de estima de si neste tipo de população. Verificou-se que os participantes

apresentam valores médios globais de estima de si bastante positivos e similares à amostra de validação normo-ouvinte do instrumento utilizado (SERTHUAL), sucedendo o mesmo na estima de si positiva e negativa. A estima de si consiste no processo avaliativo que o indivíduo estabelece acerca das suas qualidades e desempenhos, julgando-se e ligando os sentimentos de bom e de mau à sua própria identidade (Gouveia 2003). Na nossa amostra, os bons scores de estima de si, poderão estar relacionados com as condicionantes amostrais: média de idades alta, onde a passagem à reforma e a saída de casa dos filhos já aconteceu à algum tempo, entre outros aspetos que a pessoa com mais idade se confronta quando atinge a terceira idade; o bom nível socioeconómico e o diagnóstico da surdez não ser recente. A estima de si alta surge associada a experiências de vida positivas e para além disso é considerada uma característica geralmente estável nos adultos (Campbell, 1990; Lima, 2002).

Salientamos os resultados obtidos na dimensão relativa à maturidade socio-pessoal que revelam que a pessoa se percebe e sente como responsável e que aprecia a tomada de decisões e o objetivo de as levar até ao fim. Valoriza o pensamento racional, a tolerância e a maturidade emocional (Tap, et al., 2009). As dimensões positivas dizem respeito a sentimentos otimistas de si mesmo, desejo de participação na sociedade, sentimentos de responsabilidade, valorização física e intelectual e profissional. Já as dimensões negativas descrevem sentimentos negativos acerca de si, isolamento, inseguranças, agressividade e tensão, medo de falhar e o confronto com situações adversas (Tap, et al., 2009) e na nossa amostra foram superiores para a dimensão que respeita a hostilidade consigo próprio. Resultados elevados neste fator, revelam que a pessoa se percebe como muito insegura em relação a si mesma, com dificuldade na resolução de conflitos internos e no enfrentar crises ou dificuldades. Revela ainda uma apreensão constante e desvaloriza constantemente as suas realizações ou aspirações (Tap, et al., 2009).

Os níveis gerais de estima de si bastante positivos na nossa amostra podem dever-se ao facto de que o mais importante não é a doença ou a incapacidade, mas sim o que essa incapacidade nos priva no dia-a-dia de fazer, tal como refere Sontroem (1984, citado por Lima, 2002), onde o mais importante não é a doença ou o problema que se tem, mas sim a funcionalidade do indivíduo e independência nas suas tarefas diárias. Se a funcionalidade existir, poder-se-á manter o mesmo nível de estima e bem-estar. O estudo de Spirduso

(1995, citado por Lima, 2002) vai ao encontro desta opinião, já que defende que uma vida ativa através da prática desportiva se repercute numa melhor estima de si global.

Outro fator a ter em consideração e que pode contribuir para não afetar os níveis de estima é o tempo de instalação da deficiência auditiva. Na amostra verificou-se um tempo médio de 12.6 anos ($DP=12.8$), que nos leva a crer que o fator adaptação à mudança, aqui não terá tanta influência, dado que a hipoacusia não é uma condição recente e por consequência pode não estar a influenciar os estados subjetivos e de bem-estar da pessoa. Neste sentido, Campbell (1990) afirma que a estima de si tende a aumentar através das adaptações que os indivíduos efetivam, em resultado de exigências mais realistas face à fase que ultrapassam, aumentando a possibilidade de sucesso relativo e maior satisfação e dessa forma, consideramos que na generalidade, a adaptação à condição auditiva já aconteceu. Para Robins e Trzesniewski (2005), pode existir um aumento da instabilidade da estima de si, devido a mudanças de vida dramáticas e alterações das circunstâncias sociais e mudanças físicas, tais como dificuldades financeiras, a viuvez ou outras perdas significativas e alterações na imagem corporal (Baldessim, 1996; Gatto, 1996) Salientamos mais uma vez que as condições económicas da nossa amostra a nível geral são positivas e, todos os participantes estão em situação de conjugalidade, aliás este é um dos critérios de inclusão. Para além disso, a surdez não se vê, quando muito vêem-se as próteses auditivas que hoje em dia passam cada vez mais discretas com o avanço tecnológico que se verifica nessa área, logo a surdez poderá não terá um efeito significativo na imagem corporal.

Outra das questões de investigação levantadas diz respeito à caracterização das dimensões da conjugalidade. Salientamos que os sujeitos da amostra apresentam no geral valores acima do ponto de corte de 102 ($M = 110.85$, $DP = 17.49$) indicado por Spanier (1976) que revela a existência de ajustamento na relação conjugal. Os resultados encontrados ao nível das dimensões de ajustamento conjugal indicam um nível de ajustamento em todas as dimensões, embora de uma forma menos pronunciada para a dimensão coesão. A coesão diz respeito aos vínculos emocionais que ligam os cônjuges (Olson, 2000), envolvendo as atividades extra-familiares e a troca de ideias (Spanier, 1976). Os itens que avaliam a coesão na DAS são: 24-Atividades em conjunto fora de casa; 25-Troca de ideias estimulante; 26-Rirem em conjunto; 27-Discutirem calmamente um assunto; 28-Trabalharem juntos num projeto (anexo H), ou seja, são situações que implicam comunicação entre os membros do casal e atividades em conjunto. Se pensarmos

que a desvantagem auditiva é sentida com maior impacto no domínio social, podemos pensar que poderá existir alguma relação, isto é, se existem mais dificuldades em ambientes menos familiares e com mais ruído que o próprio não pode controlar, a tendência a praticar atividades fora de casa, pode ser menor. Tratando-se de pessoas com hipoacusia, onde as suas capacidades de escuta estão prejudicadas, poderá ser este o motivo da dimensão coesão apresentar um *score* ligeiramente inferior em comparação com as restantes três dimensões. Os estudos de Markman nos anos 80 e 90 e de outros autores como Epstein, Bishop, Ryan e Keitner em 1993, Jacobson e Holtzworth em 1986, Noller e Fitzpatrick em 1988 e Olson, Russel e SprenKle em 1989 (citados por Gomes, 2000) apontam a capacidade comunicativa do casal como ótimos preditores de um bom funcionamento marital (Markman, 1992). Ainda que, no geral, os participantes relevem uma relação marital ajustada, isto é, adaptada, esta será a dimensão da “vida a dois” em que a perda auditiva tem um maior impacto.

Outro dos aspetos a ter em conta é o facto de estarmos na presença de casais que estão juntos há vários anos (em média à 44.8 anos) e cerca de 72.34% vive apenas com o cônjuge, 25.53% vive com a família restrita e 2.13% (um elemento) vive sozinho. Segundo Narciso (2001, citado por Teves, 2008), estamos a falar de relações com mais de 20 anos, estas situam-se na última etapa do ciclo do casal, descrita como a etapa da empatia, tempo de conformação ou realização pessoal. Nesta fase os dois elementos autónomos e psiquicamente independentes estão reunidos, ocorrendo um reinvestimento na relação conjugal. Para além disso, a perda de audição na nossa amostra não é uma condição recente e por isso a necessidade de adaptação a esta situação e ao que ela implica já se deu no passado. Por isso aqui a adaptabilidade que diz respeito à flexibilidade e capacidade de mudança do casal (Couto, 2011) no problema concreto da perda de audição podemos considerar que já foi ultrapassada. Esta união partilhada pelos membros do casal reflete-se no bom nível de ajustamento conjugal encontrado. Por outro lado, existem estudos que apontam que numa doença ou incapacidade crónica, poderá existir maior compreensão e apoio, como no estudo de Basolo-Kunzer, Diamond, Maliszewski, Weyermann e Reed (1991) que estudou o nível de ajustamento conjugal em pessoas com e sem dor crónica e o grupo doente revelou resultados mais positivos ao nível do afeto, da relação sexual, da coesão e adaptabilidade familiar do que o grupo de controlo.

De facto, a utilização de uma comunicação aberta, onde se discute e se partilham valores, fomenta uma maior proximidade entre o casal, fortifica a relação e está associada a um melhor ajustamento à doença e incapacidade (Menezes, 2008).

Outra das questões consistia em perceber se existiam ou não diferenças na estima de si em função das variáveis de critério (género, situação económica, escolaridade, agregado familiar e lateralidade da perda auditiva). O facto de não termos encontrado diferenças entre homens e mulheres na amostra, vai ao encontro do estudo de Robins e Trzesniewski (2005), que também não verificaram diferenças entre o género nos níveis de estima de si ao longo da vida. Porém, outros estudos têm revelado a existência destas diferenças, tais como, o estudo de Reitzes e Mutran (1994), que encontrou níveis mais elevados de estima de si no sexo masculino, após ter estudado a influência de atividades de lazer no bem-estar de homens e mulheres com idades entre os 58 e os 64 anos. O facto de não termos encontrado diferenças entre o género nos níveis de estima de si, leva-nos a pensar sobre a opinião de Hallberg e Carlson (1991) que realça o facto de não se saber se existe ou não um preconceito de género, isto é, se as mulheres tendem a usar diferentes estratégias dos homens no que se refere à adaptação às contingências da vida. O seu estudo realça que os homens evitam falar dos problemas íntimos, sentimentos e emoções, em comparação com as mulheres. Sabemos que o instrumento de avaliação da estima de si incide sobre questões pessoais, será este o ponto de diferença entre homens e mulheres na forma como se encaram as perguntas e se fornecem as respostas?

De igual modo, não foram encontradas diferenças entre grupos com nível socioeconómico distintos, à exceção da dimensão de estima de si perturbações anómicas. As perturbações anómicas dizem respeito a manifestações de inquietação e insegurança relativamente à dimensão física e sexual, no qual a pessoa não atribui qualquer valor a si própria e percepciona-se como não merecedora da confiança de ninguém (Tap et al., 2009), ou seja há uma desvalorização da sua imagem. As condições socioeconómicas favoráveis associam-se a uma maior autoestima, maior satisfação e felicidade (Liang, et al., 2001, citado por Teixeira, 2004) e a valorização do estatuto social estão associadas a um bem-estar emocional e satisfação com a vida (Rabelo & Neri, 2005; Rocha & Cunha, 1994) e talvez por esta razão encontramos diferenças estatisticamente significativas entre a estima de si e a escolaridade: o nível geral de estima de si e as suas dimensões positivas aumentam com o aumento da escolaridade e as dimensões negativas diminuem com o

aumento da escolaridade. Há autores que defendem que a classe social e o nível educacional são aspetos que influenciam a estima de si. Turner e Roszell (1994, citados por Vargas, Dantes & Gois, 2005) referem que uma maior escolaridade pode ajudar as pessoas a mobilizar energias e esforços para ultrapassar obstáculos relacionados com os problemas de saúde e suas incapacidades e continuarem a controlar positivamente as suas vidas.

Para a amostra em questão, o tipo de agregado familiar não parece ter um efeito na estima de si. Nos dias de hoje, viver com a família restrita e não apenas com o companheiro, pode ser sinal de dificuldades económicas, pois assiste-se a um período onde as taxas de desemprego são altas e muitas das pessoas têm de viver com os pais ou avós para fazer face aos constrangimentos económicos, gerando preocupações, frustrações e por vezes conflitos familiares e por isso, consideramos natural que o nível geral de estima de si seja superior para quem vive apenas com o cônjuge, embora sem relevância estatística.

Considerando que a audição é um dos sentidos fundamentais para se estabelecer comunicação humana, a falta desse sentido pode acarretar sentimentos de insegurança, medo, frustração, isolamento, além tensão no ambiente familiar (Magni et al., 2005). Ora, se a deficiência auditiva está instalada em ambos os lados – hipoacusia bilateral, considera-se que poderão existir mais dificuldades diárias de escuta e por esse motivo a lateralidade da perda de audição foi uma variável a ter em conta. Verificámos que o tipo de perda exerce um efeito na estima de si negativa: tensões relacionais e hostilidade consigo mesma. As tensões relacionais revelam que a pessoa se percebe como desinteressante, com tendência ao isolamento e a evitar situações de grupo. Por sua vez, a hostilidade consigo mesmo diz respeito a sentimentos de insegurança, extrema passividade e apatia, com receio constante de falhar que leva a evitarem situações de crises ou dificuldades (Tap et al., 2009). Os dados obtidos vão ao encontro das implicações psicossociais que uma perda auditiva impõe já que se verificam alterações comportamentais, sentimentos, frustrações e isolamento (Russo et al., 2003) em resultado da dificuldade de uma comunicação eficaz. Também a nível social, há um afastamento da sociedade, isolando-se do meio em que vive, com sensação de inquietude em grandes grupos, sinais estes que expressam o medo em se perder o controlo da situação (Erikson, 1991, citado por Kieling, 1999), aspeto também este confirmado pelo impacto mais elevado no domínio social da escala de *handicap*. O estudo de Rosa, et al. (2006) reforça esta perspetiva, quanto melhor a capacidade auditiva, muitas vezes potenciada pelo uso de aparelhos auditivos, melhor a discriminação da

palavra e da comunicação, que se associa a uma melhor estima de si e a uma maior integração do portador de perda auditiva ao seu meio.

À semelhança dos resultados encontrados quanto à estima de si, também as variáveis de critério género, situação económica, escolaridade e agregado familiar e tempo de relação, não têm um impacto no ajustamento conjugal. Já quanto aos grupos com diferentes tipos de agregado familiar, verificou-se que o ajustamento conjugal geral e as dimensões consenso, satisfação e expressão de afeto, são ligeiramente superiores para quem vive com o cônjuge/ companheiro. O consenso avalia a concordância do casal em questões que afetam a vida conjugal, como por exemplo questões financeiras, atividades recreativas ou formas de lidar com familiares; a dimensão satisfação caracteriza-se pela baixa frequência de conflitos e avaliação global da relação e seu futuro; a dimensão expressão de afeto revela a concordância em questões relacionadas com demonstrações de afeto e relações sexuais e a dimensão coesão revela a frequência de interações positivas e atividades partilhadas, como rirem em conjunto e troca de ideias (Gomez & Leal, 2008). Por esta descrição breve faz-nos sentido que cônjuges que vivam por exemplo com os filhos sejam envolvidos em atividades extrafamiliares e trocas de ideias mais frequentes. Embora Lindahl, Malik e Bradbury (1997, citados por Menezes, 2008) salientem que o quanto mais alto o estatuto socioeconómico, maior a qualidade da relação conjugal, tal relação não se verificou no nosso estudo. Mas também concordamos com a opinião de Perlin e Diniz (2005) que frisam que são vários os fatores que intervêm na qualidade relacional, não só o *status* económico, mas também a proximidade, boas estratégias de resolução de conflitos, coesão e boa capacidade de comunicação.

O facto de não verificarmos um efeito do tempo de relação no ajustamento conjugal poderá ser explicado devido à média da amostra ser de 44.8 anos, sinal de relações longas e que se encontram na última etapa. A homogeneidade desta característica na amostra deverá ser um fator a ter em conta.

No sentido de se perceber se existiam diferenças no ajustamento conjugal em função da lateralidade da surdez, observou-se que existem diferenças significativas entre a dimensão coesão e a lateralidade, isto é, a dimensão coesão é superior para a perda auditiva monoaural. Podemos interpretar este resultado à luz das dificuldades comunicacionais que uma perda de audição impõe e que esta, é normalmente inferior quanto menor o problema auditivo. Se existem menos dificuldades de comunicação (por estarmos na presença de

uma surdez monoaural, logo o outro ouvido terá uma audição dentro dos parâmetros normais), os relacionamentos com o cônjuge estarão menos comprometidos e poderá manter-se a interação positiva na relação, fator avaliado pela coesão. Os processos comunicativos entre os membros do casal são extremamente importantes na resolução de conflitos e na cooperação marital, sendo vários os autores que defendem que uma das melhores formas de promover um bom ajustamento conjugal é proporcionar aos casais o desenvolvimento de competências comunicacionais, que potenciará a resolução de futuros conflitos conjugais (Christensen & Shenk, 1990; Sanders, Halford & Behrens, 1998). Norgren et al. (2004) aponta que a comunicação é crucial em qualquer relação, pois evita problemas, dado que são discutidas as necessidades. O trabalho de Mendes e Pereira (2013) estudou o ajustamento conjugal em casais do mesmo sexo e de sexo diferente e embora não tenham existido diferenças significativas entre os grupos, a conclusão do estudo foi a de que a falta de comunicação entre o casal, ciúmes e problemas financeiros foram os problemas mais destacados. Kurdek (2009, citado por Mendes & Pereira, 2013), avaliou a monitorização da comunicação no relacionamento e se a mesma estaria ligada às experiências emocionais dentro da relação. Verificou que no casamento, o elemento feminino apresentava maior necessidade de comunicar assim como maior preocupação sobre a dinâmica do relacionamento. O autor afirma ainda que a falta de comunicação pode potenciar problemas na relação por não permitir avaliar características como confiança, respeito, compromisso, lealdade, flexibilidade, complementaridade, semelhança de valores e entendimento das necessidades do cônjuge, fundamentais para que o relacionamento possa ser satisfatório.

Na análise da relação entre as variáveis em estudo - estima de si e ajustamento conjugal, verificamos na generalidade associações fortes e de modo geral e entre as diferentes dimensões dos constructos em estudo. Resumidamente, quem apresenta maior nível geral de estima de si, apresenta maior ajustamento conjugal e quem apresenta maior valor nas dimensões negativas da estima de si, apresenta menor ajustamento conjugal, dados que vão ao encontro dos estudos de Anim (2011) onde cônjuges com a estima de si mais alta, lidam mais facilmente com os conflitos sociais, emocionais, mentais e espirituais que emergem na relação ao longo do tempo. Para além disso, pessoas com uma estima de si mais elevada são mais confiantes e seguras de si, transmitindo uma consideração positiva ao cônjuge (Murray, Holmes & Collins, 2006).

Quanto ao objetivo fundamental do estudo, averiguar se o nível de *handicap* auditivo produz efeitos na estima de si e no ajustamento conjugal, verificámos que a resposta é afirmativa, ou seja, esta incapacidade sensorial exerce um impacto negativo ao nível individual – estima de si – e na relação marital.

De uma forma geral, constatou-se que quem apresenta maior *handicap* auditivo, apresenta maior valor nas dimensões negativas da estima de si. Para além disso, verificou-se que um aumento do domínio Emocional da P-HHIE provoca uma diminuição significativa do nível geral de estima de si e nas suas dimensões positivas e um aumento significativo nas dimensões negativas da estima de si. A dimensão social da P-HHIE mostrou-se ser insignificante para o modelo. Confirmamos assim que quanto mais pronunciadas as dificuldades que a pessoa sente no seu dia-a-dia, menor é a estima de si, isto porque a estima de si é entendida como a avaliação subjetiva e emocional que os indivíduos fazem sobre si mesmo, tendo por base diferentes dimensões que constituem a autoestima global (Lima, 2002). Por sua vez o *handicap* diz respeito ao envolvimento nas situações de vida e reflete a adaptação do indivíduo ao meio ambiente como resultado da perda de audição e da incapacidade (Lima et al., 2011) e quanto maior for essa restrição de participação, mais afetado está o papel do idoso na sociedade, pois verifica-se um afastamento das atividades familiares e sociais, agravando quadros de isolamento ou depressão, diminuição da estima de si, solidão e irritabilidade (Fausti & Wilmington, 2005; Lacerda, Silva, Canto & Cheik, 2012; Teixeira, 2007; Teixeira, 2005, citado por Teixeira, Almeida, Jotz & Barba, 2008).

O *handicap* representa manifestações sociais e emocionais resultantes da deficiência, embora se verifique no nosso estudo que o domínio emocional é quem provoca alterações nas Estima de Si, algo que se compreende pois o componente emocional da P-HHIE diz respeito a atitudes e respostas emocionais do indivíduo, face ao *deficit* auditivo (Martins & Serrano, 2010) e a estima de si é isso mesmo, uma experiência subjetiva das relações da pessoa consigo mesma e com os outros (Tap et al., 2009). A forma como as pessoas vivenciam o que as rodeia, depende da representação que as pessoas têm de si mesmas, nos diferentes contextos onde se inserem (Pires, 2004, citado por Tap et al., 2009).

De igual modo verificou-se de uma forma geral que quem apresenta maior *handicap* auditivo, apresenta valores mais baixos de ajustamento conjugal e que um aumento domínio emocional da P-HHIE, provoca uma diminuição significativa no ajustamento

conjugal, nas suas dimensões consenso, satisfação e expressão de afeto. O aumento do domínio social da P-HHIE provoca uma diminuição significativa na coesão entre o casal. Este impacto que o domínio social tem na coesão pensamos poder ser facilmente entendido, pois o domínio social diz respeito a consequências sociais e situacionais da deficiência auditiva, referente aos efeitos adversos sentidos pelo indivíduo numa variedade de situações sociais. Por sua vez, como verificámos anteriormente a coesão no ajustamento conjugal centra-se em atividades partilhadas em conjunto fora de casa e a trocas de ideias e discussão de assuntos, sendo situações onde é natural a dimensão social da desvantagem auditiva ter um impacto maior. Já o impacto emocional do *handicap* auditivo parece ter uma influência maior no consenso entre os dois parceiros nas situações da vida conjugal, na frequência de conflitos e avaliação global da relação e no nível de concordância em questões relacionadas com o afeto e relações sexuais.

V PARTE – CONCLUSÃO

5.1 Conclusões

A partir da revisão da literatura, percebe-se que na área do envelhecimento existem muitos estudos, dado que é uma problemática atual devido ao envelhecimento cada vez maior da população. O estudo da estima de si e do ajustamento conjugal também já existe há vários anos, porém a relação entre eles e com o *handicap* auditivo (em particular) são inexistentes no contexto nacional, tratando-se assim de um estudo pioneiro em Portugal. A nível internacional vão existindo alguns dados, embora poucos, que abordam as questões emocionais e conjugais destas pessoas. O facto de existirem estudos nas três áreas (*handicap* auditivo, estima de si e ajustamento conjugal) de forma isolada, fez com que ao longo do trabalho sentíssemos dificuldades acrescidas na criação de pontos de ligação entre as variáveis, mas por outro lado, sentimos dar um contributo teórico na área específica da surdez e na sua abordagem mais holística, onde entram em consideração os aspetos emocionais e relacionais destas pessoas.

Ao nível prático e na sua aplicabilidade, encaramos este trabalho como um contributo nos processos de intervenção clínica e reabilitação auditiva mais orientados para o paciente e família, tendo sempre um olhar alargado que vai para além das meras questões clínicas e audiológicas da hipoacusia, isto porque a sua instalação afeta não somente o próprio, mas também o cônjuge e todas as pessoas que estão mais próximas. A forma como cada um vivencia o seu problema e as suas limitações e as implicações que podem surgir no relacionamento familiar, necessitam que se direcione da melhor forma a reabilitação auditiva ao encontro das necessidades específicas e individuais da pessoa com surdez, melhorando assim a qualidade de vida de todos aqueles que passam pelas consultas de reabilitação auditiva. Torna-se cada vez mais importante nos dias de hoje utilizar determinadas medidas de autoavaliação da dificuldade auditiva, onde se avalia o impacto psicossocial da perda de audição na vida do idoso, no campo social e emocional, aspetos que não são passíveis de serem avaliados em exames clínicos. O trabalho nesta área e nesta faixa etária é muito complexo, requerendo do profissional uma escuta ativa, sensibilidade e empatia na compreensão das dificuldades dos pacientes, para os poder apoiar, sendo esta a meta que todos devemos perseguir.

O estudo teve por objetivo avaliar a estima de si e o ajustamento conjugal em pessoas idosas portadoras de perda auditiva de carácter permanente e irreversível, bem como

perceber se o nível de *handicap* auditivo traz implicações nestas variáveis. Para além disso estudou-se a relação existente entre as variáveis de critério (género, situação económica, escolaridade, agregado familiar, tempo de relação e lateralidade da hipoacusia) e estima de si e ajustamento conjugal.

Desta forma, a análise e discussão dos resultados permitem concluir que tanto a estima de si como o ajustamento conjugal apresentam valores gerais positivos; o *handicap* auditivo produz um efeito na estima de si e no ajustamento conjugal, isto porque quem apresenta maior *handicap* apresenta valores mais baixos de estima de si e de ajustamento conjugal. Tanto para a estima de si, como para o ajustamento conjugal não se verificaram relações estatisticamente significativas entre o género, escolaridade e situação económica.

Na amostra, em termos médios a hipoacusia não foi um diagnóstico recente e talvez por causa disso a adaptação à nova condição era algo que já tinha ocorrido. Até porque todas as pessoas que sofrem uma perda de audição se adaptam a ela de diferentes formas: uns isolam-se, outros conformam-se e ainda há quem reconstrua a vida de um modo satisfatório, criando novas atividades adaptadas às limitações (Francelin, Morita e Moreetui, 2010). Se um por um lado foi curioso percebermos que a estima de si e o ajustamento conjugal destas pessoas apresentava *scores* bastante positivos, por outro, fica a vontade de se estudarem pessoas com deficiência auditiva diagnosticada recentemente, na sua esfera emocional e relacional.

5.1.1 Limitações

Este estudo foi limitado por alguns constrangimentos. Em primeiro lugar, salienta-se o facto de a amostra apresentar uma dimensão menor do que a desejável. Esta questão deve-se ao facto dos critérios de inclusão serem, de facto, muito redutores. O facto desta investigação se ter limitado a estudar a população com deficiência auditiva, optámos por nos centrar em locais onde algumas destas pessoas se dirigem – aos seus centros auditivos de referência a fim de realizarem as suas avaliações periódicas à audição. Se por um lado facilitou, não havendo grande dispersão de esforços da parte de quem recolheu a amostra, por outro estávamos dependentes das pessoas que iam comparecendo nas consultas. A grande maioria não preenchia os critérios de inclusão, como a idade ou o estado civil. Isto porque, os participantes teriam de ter entre 60 e 85 anos, uma vez que a escala P-HHIE e a SERTHUAL, têm essas contingências nas suas validações à população portuguesa. Em

terceiro lugar a avaliação do ajustamento conjugal só foi possível em participantes que estivessem em situação de conjugalidade e, o que observamos com alguma frequência é que em idades mais avançadas o cônjuge já faleceu. Estas três condicionantes tornaram a recolha da amostra extremamente difícil, tornando-a diminuta.

Realça-se também o facto do protocolo de recolha de dados ser extremamente extenso, dificultando a sua entrega nos normais tempos de consulta que estas pessoas dispõem. Muitas das pessoas em idades mais avançadas têm um raciocínio mais lento, precisando de mais tempo para pensar nas respostas. A morosidade de aplicação do protocolo de investigação deve-se essencialmente a duas questões: 4 questionários (sociodemográfico, P-HHIE, SERTHUAL e DAS) e os dois últimos serem muito extensos, requerendo uma grande tomada de atenção por parte de quem os preenche.

Outro ponto que os próprios participantes relataram foi o tipo de perguntas. Referiram que algumas eram extremamente pessoais e complexas como por exemplo na escala DAS a pergunta: “indique se nas últimas semanas tem havido desacordo ou problemas na relação relativamente a relações sexuais e à falta de demonstração de amor”, dizendo mesmo que nas idades em questão não há relações sexuais entre o casal, não se identificando com a questão. Na escala SERTHUAL, referiram que muitas afirmações não se aplicam à sua realidade, uma vez que já não estão em idade laboral, tal como “os meus padrões/professores estão satisfeitos comigo”, e por esse motivo ter-se verificado alguns dados em falta que, verdadeiramente são questões “não aplicáveis”.

Os instrumentos utilizados, em concreto a SERTHUAL e a DAS são escalas longas, que exigem reflexão e para idades mais avançadas nem sempre as perguntas são de simples interpretação. A grande quantidade de itens respondidos poderá ter influenciado os resultados obtidos, visto ser natural que o cansaço resulte numa falta de motivação, e consequente falta de autenticidade nas respostas dadas. Em alguns casos, mesmo após explicação inicial dada, tivemos de dar esclarecimentos adicionais, fazer pausas, por forma a facilitar a compreensão, que poderão também ter influenciado os resultados.

Outro ponto de análise é a resposta ser individual. Muitos dos participantes vão acompanhados às consultas audiológicas, o que condicionou também a recolha. Tínhamos de pedir para o acompanhante sair por momentos da sala, para não haver influências externas nas respostas dadas. Alguns participantes (mas poucos) fizeram questão de

responder ao questionário em conjunto com a esposa ou marido, inviabilizando o questionário.

Surge assim a necessidade de se implementarem instrumentos que vão ao encontro das especificidades das pessoas mais idosas. Estudar dificuldades, questões intrínsecas e relações conjugais não é fácil, embora sejam de extrema importância. É necessário validar questionários específicos para a população idosa, de simples interpretação e compreensão por parte da população alvo, que devido às limitações impostas pela idade, necessita de instrumentos mais adequados.

5.1.2 Estudos Futuros

Deste estudo surgem alguns pontos que iriam enriquecer o estudo desta problemática, alargando as suas linhas de investigação. Considera-se importante dar-lhe continuidade, alargando a amostra e replicá-lo novamente, mas com um grupo de controlo (por exemplo, pessoas com as mesmas faixas etárias e em situação de conjugalidade), mas sem perda de audição. Perceber se, ao serem criados dois grupos, com perda de audição e sem perda de audição, encontrar-se-iam diferenças estatisticamente significativas na estima de si e no ajustamento conjugal, embora na amostra do estudo encontram-se bons índices de estima de si e de ajustamento conjugal.

Outro estudo interessante seria realizar-se uma análise do tipo longitudinal para permitir uma observação ao longo do tempo de como a surdez produz efeitos na estima de si e na relação conjugal. Aplicarem-se os questionários no momento em que a perda de audição começa a ser sentida, ou foi diagnosticada e voltar a fazer o mesmo após algum tempo (possivelmente anos) de estar reabilitada. Até que ponto os níveis de estima de si e de ajustamento conjugal seriam diferentes tendo em conta o momento de adaptação à nova condição auditiva ou quando esta já está completamente integrada no portador e no cônjuge ou família? Os estudos longitudinais permitiriam uma melhor validação dos resultados, o que não foi possível no trabalho em questão devido à consequente morosidade do processo e aos custos envolvidos.

Poderia ser estudado, não apenas o paciente portador de surdez, mas também o cônjuge e perceber que impacto tem a surdez do parceiro na relação enquanto casal.

Identifica-se que há ainda muito a fazer nesta área de investigação em Portugal, mas espera-se que o contributo dado seja mais um passo na compreensão da estima si e da

vivência conjugal das pessoas com deficiência auditiva, dando-lhe cada vez mais atenção nos protocolos de acompanhamento em reabilitação auditiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrams, H.B., McArdle, R. & Chisolm, T.H. (2005). From outcomes to evidence: establishing best practices for audiologists. *Semin Hear*, 26(3), 157-169.
- Almeida, K. (1998). *Avaliação objetiva e subjetiva do benefício de próteses auditivas em adultos*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo.
- André, C. (2005). L'estime de soi. *Recherche en soins infirmiers*, 82, 26-30.
- Anim, M.T. (2011). A Study of Self-esteem as a Psychological Factor Influencing Marital Distress in Ghana. *Ghana Journal of Education and Teaching*, 12, 186-196.
- Anim, M.T. (2013). Psychosocial Factors Influencing Marital Distress In Ghanaian Married Couples. *Research on Humanities and Social Sciences*, 3(1), 161-172.
- Anjos, W.T., Labanca, L., Resende, L.M. & Costa-Guarisco, L.P. (2014). Correlação entre as Classificações de Perda Auditivas e o Reconhecimento da Fala. *Revista CEFAC*, 16(4), 1109-1116.
- APTA (2010). *Orientações Estratégicas para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Retrieved February 11, 2012 from <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/06/Orient-PNS2011-2016.pdf>.
- Arlinger S. (2003). Negative consequences of uncorrected hearing loss: a review. *International Journal of Audiology*, 42(2), 17-20.
- Baraldi, G.S., Almeida, L.C., Borges & Alda, C.L. (2004). Hearing loss and hypertension: findings in an older by group. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 70(5), 640-644.
- Basolo-Kunzer, M., Diamond, S., Maliszewski, M., Weyermann, L. & Redd, J. (1991). Chronic Headache Patients' Marital and Family Adjustment. *Issues Mental Health Nurse*, 12(2), 133-148.
- Bastos, B.G., Amorim, R.B. & Ferrari, D.V. (2008), Atitudes Frente às Próteses Auditivas. *CEFAC*, 1-13.
- Batista, A.C. & Sampaio, F.M. (2005). Nível de satisfação dos idosos usuários de próteses auditivas doadas pela APAC_NAMI_UNIFOR. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 18, 7-10.

- Bento (2009). *Paradigmas de Investigação*. Retrieved October 26, 2014 from <http://www3.uma.pt/bento/ppt/EstudosCorrelacionais.pdf>.
- Bergh, V.D. & Marcoen, A. (1999). Harter's self-perception profile for children: factor structure, reliability, and convergente validity in a Dutch-speaking Belgian sample of fourth, fifth and sixth graders. *Psychologica Belgica*, 39(1), 29-47.
- Betlejewski S. (2006). Age connected hearing disorders (presbycusis) as a social problem. *Otolaryngol Pol*, 60(6), 883-6.
- Bittencourt, Z.Z. & Montagnoli, A.P. (2007). Representações Sociais da Surdez. *Medicina*, 40 (2), 243-9.
- Boechat, E.M. (1992). *Ouvir sob o prisma da estratégia*. Tese de Mestrado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Bradbury, T.N., Fincham, F.D. & Beach, S.R.H. (2000). Research on the nature and determinants of marital satisfaction: A decade in review. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 954-980.
- Bruges, M. (2001). A importância do estudo do auto-conceito no doente com diagnóstico de cancro. *Enfermagem Oncológica*, 19, 20-25.
- Cabral, M.A. (1999). Prevenção da violência conjugal contra a mulher. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(1), 183-191.
- Campbell, J. (1990). Self-esteem and clarity of self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59 (3), 538-549.
- Caporali, A.S. & Silva, J.A. (2004). Reconhecimento de fala no ruído em jovens e idosos com perda auditiva. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 70, 525-532.
- Carretero, S., Garcés, J., Ródenas F. & Sanjosé, V. (2009). The informal caregiver's burden of dependent people: theory and empirical review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(1), 74-9.
- Carvalho, J.S. (2007). Satisfação de Idosos com Aparelhos Auditivos Concedidos no Estado do Tocantins. *Arquivo Internacional de Otorrinolaringologia*, 11(4), 416-426.
- Chia, E.M., Wang, J.J., Rochtchina, E., Cumming, R.R., Newall, P. & Mitchell, P. (2007). Hearing Impairment and health-related quality of life: the Blue Mountains Hearing Study. *Ear Hearing*, 28, 187-195.

- Costa, M.H., Sampaio, A.L. & Oliveira, C.P. (2007). Avaliação do Benefício da Prótese Auditiva Digital e da Percepção da Desvantagem Auditiva ou “Handicap” em Idosos não Institucionalizados. *Arquivo Internacional de Otorrinolaringologia*, 11(2), 159-168.
- Costa, P. & Iório, M.C. (2006). Próteses auditivas: avaliações objetivas e subjetivas em usuários de amplificação linear e não linear. *Pró-Fono*, 18(1), 21-30.
- Couto, F.R. (2011). *A Influência da Infertilidade na Satisfação Conjugal e no Ajustamento Familiar*. Tese de Mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Cox, M. & Paley, B. (1997). Families as Systems. *Annual Review of Psychology*, 48, 243-267.
- Christensen, A. & Shenk, J.L. (1990). Communication, conflict, and psychological distance in non-distressed, clinic, and divorcing couples. *Journal of Family Psychology*, 4, 63-79.
- Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Danermark, B.D. (1998). Impairment, emotions and audiological rehabilitation: a sociological perspective. *Scand Audiol* 27, 125-131.
- Dessen, M.A. & Braz, M.P. (2005). Rede social de apoio durante transições decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(3), 221-231.
- Drosdzol, A. & Skrzypulec, V. (2009). Evaluation of Marital and Sexual Interactions of Polish Infertile Couples. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 3335-3346.
- Faria, V.M. & Iório, M.C. (2004). Sensibilidade auditiva e autopercepção do handicap: um estudo em idosos. *Distúrbios da Comunicação*, 16(3), 289-299.
- Fausti, S.A., Wilmington, D., Helt, P.V., Helt, W.J. & Konrad-Martin, D. (2005). Hearing health and care: The need for improved hearing loss prevention and hearing conservation practices. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 42(4), 45-62.
- Fernandes, D.M.A. (2011). *Dor Crónica: Adaptabilidade e Coesão Familiar*. Tese de Mestrado. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa
- Ferreira, M.I. & Signori, R.C. (2006). O perfil do idoso usuário de prótese auditiva: Um estudo da satisfação. *Revista Brasileira de Fonoaudiologia*, 4(1), 9-10.

- Fialho, I.M. (2001). *Perda auditiva em idosos na percepção dos sujeitos*. Dissertação Mestrado em Saúde Pública. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- Fincham, F. & Beach, S. (2002). Forgiveness in marriage: implications for psychological aggression and constructive communication. *Personal Relationships*, 9, 239-251.
- Fisher, L., Chesla, C., Skaff, M., Gilliss, C., Mullan, J., Bartz, R., Kanter R. & Lutz, C. (2000). The Family and Disease Management in Hispanic and European- American Patients with Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 23(3), 267-272.
- Fonseca, A. (2005). Aspectos psicológicos da «passagem à reforma. Um estudo qualitativo com reformados portugueses. In C. Paúl & A.M. Fonseca (Coords), *Envelhecer em Portugal* (pp. 47-76). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. (2006). O envelhecimento: Algumas questões de Bioética, *Cadernos de Bioética*, 40,105-121.
- Fowers, B.J. & Olson, D.H. (1993). Enrich Marital Satisfaction Scale: A Brief Research and Clinical Tool Blaine J. Fowers and David H. Olson. *Journal of Family Psychology*, 7(2), 176-185.
- Francelin, M.A., Motti, T.F. & Morita, I. (2010). As Implicações Sociais da Deficiência Auditiva Adquirida em Adultos. *Saúde e Sociedade*, 19(1), 180-192.
- Freitas, C.D. & Costa, M.J. (2007). Processo de adaptação de próteses auditivas em usuários atendidos em uma instituição pública federal - parte II: resultados dos questionários de auto-avaliação. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 73(5), 660-670.
- Gates, G.A. & Mills, J.H. (2005). Presbycusis. *Lancet*, 366, 1111-1120.
- Gagné, J.P., Southall, K. & Jennings, M.B. (2011). Stigma and Self-stigma Associated with Acquired Hearing Loss in Adults. *Hearing Review*, 18(8), 16-22.
- Gobitta, M. & Guzzo, R.S. (2002). Estudo Inicial do Inventário de Auto-Estima (SEI)- Forma A. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 143-150.
- Gomes, C.M. (2000). *Estudo exploratório sobre a percepção de doença, adesão terapêutica e funcionalidade familiar no controlo da hipertensão familiar*. Tese de Mestrado. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

- Gomez, R. & Leal, I. (2008). Ajustamento conjugal: características psicométricas da versão portuguesa da *Dyadic Adjustment Scale*. *Análise Psicológica*, 26(4), 625-638.
- Gonçalves, C. & Carrilho, M.J. (2007). Envelhecimento crescente mas especialmente desigual. *Revista de Estudos Demográfico*, 40, 21-27.
- Gouveia, L.M. (2003). *A auto-estima em aluno com dificuldades de aprendizagem*. Tese de Mestrado. Porto: Universidade do Porto Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física.
- Granjo, M. (2008). *Auto-conceito e auto-estima dos adultos com paralisia cerebral em contextos de interação diferenciada*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Guerreiro, M.M. (2010). *Satisfação conjugal e satisfação com a vida em mulheres casadas e recasadas: um estudo comparativo*. Tese de Mestrado. Algarve: Universidade do Algarve.
- Guerreiro, S.C. (2008). *Idosos: necessidades de aconselhamento em diferentes contextos*. Dissertação de Tese de Mestrado em Psicologia– especialização em psicologia da saúde. Algarve: Universidade do Algarve.
- Guimarães, R. (2006). O envelhecimento: um processo pessoal? *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, s/n, 84-85.
- Hallam, R.S., Ashton, P., Sherbourne, K., Gailey, L. & Corney, R. (2007). Coping, conversation tactics and marital interaction in persons with acquired profound hearing loss (APHL): Correlates of distress. *Audiological Medicine*, 5, 103-111.
- Hallberg, L.R. & Carlsson, S.G (1991). A qualitative study of strategies for managing a hearing impairment. *British Journal Audiology*, 25, 201–11.
- Hallberg, L.R., Hallberg, U. & Kramer, S.E. (2008). Self-reported hearing difficulties, communication strategies and psychological general well-being (quality of life) in patients with acquired hearing impairment. *Disability and Rehabilitation*, 30(3), 203-212.
- Hallberg, L.R., Pässe, U. & Jansson, G. (1999). Quality of life among women with noise-induced hearing loss. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 1, 21-35.

- Hands, S. (2000). Hearing loss in over-65s: is routine questionnaire screening worthwhile? *Journal of Laryngology & Otololgy*, 114, 661-666.
- Hashimoto H, Nomura K, Yano E. (2004). Psychosomatic status affects the relationship between subjective hearing difficulties and the results of audiometry. *Journal Clinic Epidemiology*, 57, 381-385.
- Helvik, A.S., Jacobsen, G, & Hallberg, L.R. (2006). Psychological well-being of adults with acquired hearing impairment. *Disability and Rehabilitation*, 28(9), 535-545.
- Helvik, A.S., Jacobsen, G. & Hallberg, L.R. (2008). Why do some individuals with objectively verified hearing loss reject hearing aids? *Audiological Medicine*, 6, 141-148.
- Helvik, A.S., Jacobsen, G., Wennberg, S., Arnesen, H., Ringdahl, A. & Hallberg LR. (2006). Activity limitation and participation restriction in adults seeking hearing aid fitting and rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 28(5), 281-8.
- Hernandez, J.A. & Hutz, C.S. (2008). Gravidez do primeiro filho: papéis sexuais, ajustamento conjugal e emocional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(2), 133-141.
- Hernández, V.S., Castro, F.Z., Belda, R.F. & De Prat, J.J. (2006). Deficiencia, discapacidad y minusvalía auditiva. *Revista Electrónica de Audiologia*, 3, 19-31.
- H é tu R. (1996). The stigma attached to hearing impairment. *Scandinavian Audiology Supplement* , 43, 12-24.
- Hill, M & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário (2a ed.)*. Lisboa: Sílabo.
- Johnson, D. R., Amoloza, T. O. & Booth, A. (1992). Stability and developmental change in marital quality: a three-wave panel analysis. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 582-94.
- Karlsson, A.K. & Rosenhall, U. (1198). Aural Rehabilitation in the Elderly. *Scandinavian Audiology*, 27.
- Karlsson, A.K. & Rosenhall, U. (1998). Aural Rehabilitation in the Elderly: Supply of Hearing Aids Related to Measured Need and Self-Assessed Hearing Problems. *Scandinavian Audiology*, 27, 153–60.

- Kashima, M.L., Goodwinn, J., Balkany, T. & Casiano, R.R. (2005). Special considerations in managing geriatric patients. Em Cummings, C.W. (Ed.), *Otolaryngology head and neck surgery* (pp. 351-366). Elsevier.
- Katz, J. (1999). *Tratado Audiologia Clínica*. 4ª Ed. Brasil: Williams & Wilkins.
- Kim, H. & McKenry, P. (2002). The Relationship between Marriage and Psychological Well-Being: A Longitudinal Analysis. *Journal of Family Issues*, 23(8), 885-911.
- Knee, C.R., Canavello, A., Bush, A.L. & Cook, A. (2008). Relationship-Contingent Self-Esteem and the Ups and Downs of Romantic Relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(3), 608–627.
- Kobata, D.Y., Damasceno, W.L. & Friedman, S. (2011). O sentido da deficiência auditiva para o japonês idoso. *Distúrbio da Comunicação*, 23(2), 133-142.
- Kochkin, S.(2007). Marke trak VII: obstacles to adult nonuser adoption of hearing aids. *Ear Hear*, 60(4), 24-51.
- Kotler, T. (1985). A Balanced Distance: Aspects of Marital Quality. *Human Relations*, 39(5), 391-407.
- Lacerda, C.F., Silva, L.O., Canto, R.S. & Cheik, N.C. (2012). Efeitos da adaptação às próteses auditivas na qualidade de vida, no equilíbrio e no medo de queda em idosos com perda neurosensorial. *International Archive of Otorhinolaryngology*, 16(2), 156-162.
- Lage, I. (2005). Cuidados Familiares a Idosos. In C. Paúl & A. Fonseca (coords), *Envelhecer em Portugal*, (pp. 203-234). Lisboa. Climepsi.
- Leal, I. & Gomez, R. (2008). Ajustamento conjugal: Características psicométricas da versão portuguesa da *Dyadic Adjustment Scale*. *Análise Psicológica*, 4(XXVI), 625-638.
- Lima, I.I., Aiello, C.P. & Ferrari, D.V. (2011). Correlações Audiométricas do Questionário de Handicap Auditivo para Adultos. *CEFAC*, 13(3), 496-503.
- Lima, N.M. (2002). *Auto-estima e actividade física*. Dissertação de Mestrado. Porto: Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Porto.
- Liu, X. Z. & Yan, D.(2007). Ageing and hearing loss. *Journal Pathology*, 211, 188-197.
- Lombardi, M.C. & Freire, R.M. (2011). Programas de Reabilitação Auditiva para Idosos: uma proposta alternativa de avaliação de eficácia. *CEFAC*, 13(6), 1031-1039.

- Lourenço, S.V. & Teixeira, Z.M. (2006). Satisfação conjugal no Alcoolismo: um contributo para a compreensão de histórias (quase) sem fim. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 3, 265-275.
- Luders, D. (1999). *As dificuldades enfrentadas por familiares de deficientes auditivos idosos no processo de comunicação*. Tese de Mestrado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Macedo, L.S., Pupo, A.C. & Balieiro, C.R. (2006). Aplicabilidade dos questionários de auto-avaliação em adultos e idosos com deficiência auditiva. *Distúrbios da Comunicação*, 18(1), 19-25.
- Magni, C., Armentano, J.N., Moreira, P.S. & Winter, E.W. (2005). Investigação do grau de satisfação entre usuários de amplificação monoaural e binaural. *Distúrbios da Comunicação*, 17(3), 323-332.
- Magni, C., Freiburger, F. & Tonn, K. (2005). Avaliação do grau de satisfação entre os usuários de amplificação de tecnologia analógica e digital. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 71(5), 650-657.
- Mackey, R., Diemer, M. & O'Brien, B. (2004). Relational Factors in Understanding Satisfaction in the Lasting Relationships of Same Sex and Heterosexual Couples. *Journal of Homosexuality*, 47, 111-136.
- Maria Gomes, A. (2011). Porque é que envelhecemos? In Saraiva, J. (Coord.), *Otorrinolaringologia e Envelhecimento* (pp. 1-13). Lisboa: Lidel.
- Marinho, A.F. (2011). Presbiacúsia. In In Saraiva, J. (Coord.), *Otorrinolaringologia e Envelhecimento* (pp.47-70). Lisboa: Lidel.
- Markman, H. (1992). Marital and family psychology: burning issues. *Journal of Family Psychology*, 5, 264-275.
- Markman, H.J., Renick, M.J. & Floyd, F.J. (1992). Preventing marital distress through communication and conflict management training: A 4- and 5-year follow-up. *Journal of Family Psychology*, 6, 1841-1894.
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*, 5ª ed., Pero Pinheiro: Report Number.
- Marques, A.C., Kozlowski, L. & Marques, J.M. (2004). Reabilitação auditiva no idoso. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 70(6), 806-811.

- Martins, J. & Serrano, M. (2010). Deficiência Auditiva: Sua Percepção. *Audiologia em Revista*, 3(4), 96-102.
- Martins, M.G. (2002). Auto-actualização e Sofrimento na Explicação da Aceitação da Doença Crónica: uma investigação no adulto em tratamento de hemodiálise. *Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Mazellová, J., Popelar, J. & Syka, J. (2003). Auditory function in presbycusis: peripheral vs. central changes. *Experimental Gerontology*, 38, 87-94.
- Medeiros, C.E. & Santos, T.M. (s.d.). O uso de estratégias terapêuticas na reabilitação de deficientes auditivos adultos e idosos. *CEFAC*.
- Megighian, D. (2000). Audiometric and epidemiological analysis on elderly in the Veneto region. *Gerontology*, 46(4), 199-204.
- Mello, E. & Teixeira, M.B. (2011). Depressão em Idosos. *Revista Saúde*, 5(1), 42-53.
- Mendes, J.C.S. (2010). *Monogamia e Ajustamento Conjugal: Estudo Comparativo Entre Casais do Mesmo Sexo e Casais de Sexo Diferente*. Dissertação de Mestrado Universidade da Beira Interior.
- Mendes, J.C.S. & Pereira, H.M. (2013). Monogamia e Ajustamento Conjugal: Estudo Entre Casais do Mesmo Sexo e Casais de Sexo Diferente. *Psychology, Community & Health*, 2(1), 28-42.
- Mendes, M. (2004). *Mudanças Familiares ao Ritmo da Doença: as Implicações da Doença Crónica na Família e no Centro de Saúde*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho.
- Menezes, M.P. (2008). *Satisfação conjugal, Auto-estima e Auto-imagem Corporal em Indivíduos Ostomizados*. Tese de Mestrado. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Miranda, E.C., Andrade, A.N., Gil, D. & Iório M.C. (2007). A efetividade do treinamento auditivo formal em idosos usuários e próteses auditivas no período e aclimatização. *Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 12(4), 316-321.
- Miranda, E.C., Calais, L.L., Carvalho, L.M., Borges, A.C., Iório, M.C. (2008). Dificuldades e benefícios com o uso de prótese auditiva: percepção do idoso e sua família. *Revista Brasileira Fonoaudiologia*, 13(2), 166-72.

- Morettin, M., Cardoso, M.R., Lebrão, M.L. & Duarte, Y.A. (2008). Factores relacionados à auto-percepção da audição entre idosos do Município de São Paulo – Projecto SABE. *Saúde Colectiva*, 167-173.
- Murray, S. L., Holmes, J. G., & Collins, N. L. (2006). Optimizing assurance: the risk regulation system in relationships. *Psychological Bulletin*, 132, 641–666.
- Newman, C.W., Weinstein, B.E., Jacobson, G.P. & Hug, G.A. (1990). The Hearing *Handicap* Inventory for Adults: psychometric adequacy and audiometric correlates. *Ear Hear*, 11(6), 430-433.
- Norgen, M.B., Souza, R.M., Kaslow, F., Hammerschmidt, H. & Sharlin, S. (2004). Satisfação conjugal em casamentos de longa duração: uma construção possível. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 575-584.
- Nunes, O., Tap, P., Pires, M., Brites, R., Pires, P., & Laneiro, T. (sd). *Manual da Escala da Estima de Si – S.E.R.T.H.UAL*. Manuscrito não publicado.
- Oliveira, B. (2010). *Psicologia do Envelhecimento e do Idosos*. Oliveira de Azeméis: Legis Editora.
- Olson, D. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22, 144-167.
- Paiva, K.M., Cesar, C.L., Alves, M.C., Barros, M.B., Carandina, L. & Goldbaum, M. (2011). Envelhecimento e deficiência auditiva referida: um estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(7), 1292-1300.
- Palmer, C.V., Solodar, H.S., Hurley, W.R., Byrne, D.C. & Williams, K.O. (2009). Self perception of hearing ability as a strong predictor of hearing aid purchase. *Journal of the American Academy of Audiology*, 20(6), 341-347.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl & A. Fonseca (coords), *Envelhecer em Portugal*, (pp. 21-41). Lisboa. Climepsi.
- Paúl, C. & Fonseca, A. (2001). *Psicossociologia da Saúde*, Lisboa. Climepsi.
- Paúl, C., Fonseca, A., Cruz, F. & Cerejo, A. (2001). EXCELSA – Estudo piloto sobre envelhecimento humano em Portugal. *Psicologia, Teoria, Investigação e Prática*, 2, 415-426.
- Pereira, M.G. & Roncon, J. (2010). Relacionamento Familiar em Pessoas Idosas: Adaptação do índice de Relações Familiares (IFR). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(1), 41-53.

- Perlin, G., & Diniz, G. (2005). Casais que trabalham e são felizes: Mito ou realidade? *Psicologia Clínica*, 17(2), 15-29.
- Perlin, G.D.B. (2006). *Casamentos contemporâneos: um estudo sobre os impactos da interação família-trabalho na satisfação conjugal*. Tese de Mestrado do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.
- Peternelli, L. A (s/d). Regressão Linear e Correlação. Retrieved November 10, 2014 from <http://www.dpi.ufv.br/~peternelli/inf162.www.16032004/materiais/CAPITULO9.pdf>
- Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família*. Quarteto Editora. Coimbra.
- Pinheiro, M.M. & Pereira, L.D. (2004). Processamento auditivo em idosos: estudo da interação por meio de testes com estímulos verbais e não-verbais. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 70, 209-14.
- Pinto, A.M. (2009). Porque Envelhecemos? O tempo da Vida. *Fundação Galouste Gulbenkian*, 107-116.
- Pinzan-Faria, V.M. & Iório, M.C. (2004). Sensibilidade auditiva e auto-percepção do handicap: um estudo em idosos. *Distúrbios da Comunicação*, 16(3), 289-299.
- Quintero, S.M., Marotta, R.M. & Marone, S.A. (2002). Avaliação do processamento auditivo de indivíduos idosos com e sem presbiacusia por meio do teste de reconhecimento de dissílabos em tarefa dicótica - ssw. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 68, 28-33.
- Rabelo, D.F. & Neri, A.L. (2005). Recursos Psicológicos e Ajustamento Pessoal Frente à Incapacidade Funcional na Velhice. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 403-412.
- Rafael, M.G. (2006). *Estratégias de Coping e Estima de Si*. Tese de Mestrado. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Ramos, M. P. (2002). Apoio social e saúde entre Idosos. *Sociologias*, 4(7), 156-175.
- Reis, R.K., Gir, E. (2005). Dificuldades enfrentadas pelos parceiros sorodiscordantes ao HIV na manutenção do sexo seguro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(1), 32-37.
- Reitzes, D. & Mutran, E. (1994). Multiples roles and identities: factors influencing self-esteem among middle-aged working men and women. *Social Psychology Quarterly*, 57 (4), 313-325.

- Repokari, L., Punamäki, R. L., Unkila-Kallio, L., Vilska, S., Poikkeus, P., Sinkkonen, J., Almqvist, F., Tiitinen, A., & Tulppala, M. (2007). Infertility treatment and marital relationships: a 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. *Human Reproduction*, 22(5), 1481-1491.
- Ribas, A., Kozlowski, L., Almeida, G., Marques, J.M., Silvestre, R.A. & Mottecy, CM. (2014). Qualidade de vida: comparando resultados em idosos com e sem presbiacusia. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17 (2).
- Ribeiro, A.R. (2010). *A Resiliência e a Auto-Estima de um grupo de Jovens em Risco: Proposta de Terapia Assistida por Animais*. Tese de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa.
- Ribeiro, C. (2007). Família, Saúde e Doença. O que diz a investigação. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, 299-306.
- Robins, R.W. & Trzesniewski, K.H. (2005). Self-esteem development across the lifespan. *Current Directions in Psychological Science*, 14(3), 158-162.
- Rocha, A.P. (2007). *O auto-conceito dos Idosos*. Tese de Mestrado. Lisboa: Universidade de Medicina de Lisboa.
- Rocha, F.L. & Cunha, U.G. (1994). Aspectos psicológicos e psiquiátricos das quedas no idoso. *Arquivos Brasileiros de Medicina*, 68, 9-13.
- Rogers, C. (1951). *Client Centered Therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rosa, M.R., Dante, G. & Ribas, A. (2006). Programa de Orientação a Usuários de Prótese Auditiva e Questionários de Auto-avaliação: Importantes Instrumentos para uma Adaptação Auditiva Efetiva. *Arquivo Internacional de Otorrinolaringologia*, 10(3), 220-227.
- Rosen-Grandon, J. R., Myers, J. E., & Hattie, J. A. (2004). The relationship between marital characteristics, marital interaction processes and marital satisfaction. *Journal of Counseling and Development*, 82, 58-68.
- Rosis, A.C., Souza, M.R. & Iório, M.C. (2009). Questionário Hearing Handicap Inventory for the Elderly - Screening version (HHIE-S): estudo da sensibilidade e especificidade. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 14(3).
- Russo, I.C.P. (1997). *Fonoaudiologia nas Instituições*. São Paulo: Lovise.

- Russell-Chapin, L., Chapin, T. & Sattler, L. (2001). The relationship of conflict resolution styles and certain marital satisfaction factors to marital distress. *The family journal: counseling and therapy for couples and families*, 9, 259-264.
- Saccone, P.A. & Steiger, J.R. (2007). Hearing handicap among adult residents of an urban homeless shelter. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 18(1), 161-172.
- Sacoto, C.F. (2010). *As experiências depressivas da personalidade e o auto-conceito na idade adulta avançada*. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Sanders, M.R., Halford, W.K. & Behrens, B.C. (1998). Parental divorce and premarital couple communication. *Journal of Family Psychology*, 12, 543-556.
- Saraiva, J. (2011). Otorrinolaringologia e Envelhecimento. In Saraiva, J. (Coord.), *Otorrinolaringologia e Envelhecimento* (pp. 23-27). Lisboa: Lidel.
- Sbicigo, J.B. & Lisbôa, C.S. (2010). Habilidades sociais e satisfação conjugal: um estudo correlacional. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 5(2), 73-81.
- Scarinci, N., Worrall, L. & Hickson, L. (2008). The effect of hearing impairment in Older People on the Spouse. *International Journal of Audiology*, 47, 141-151.
- Scheffer, J.C., Fialho, I.M. & Scholze, A.S. (2009). Itinerários de Cura e Cuidado de Idosos com Perda Auditiva. *Saúde e Sociedade*, 18, 537-548.
- Scorsolini-Comin, F. & Santos, M.A. (2009). Casar e ser feliz: mapeando a mensuração da satisfação conjugal. *Psico*, 40(4), 430-437.
- Scorsolini-Comin, F. & Santos, M.A. (2012). Ajustamento Diádico e Conjugalidade: avaliação do bem-estar no casamento. *Journal of Human Growth and Development*, 22(3), 367-372.
- Seigley, L. (1999). Self-esteem and health behavior: theoretic and empirical links. *Nursing Outlook*, 47, 74-77.
- Sestrem, E. (2000). *Avaliação da auto-percepção do handicap auditivo em idosos e percepção da fala: um estudo comparativo*. Tese de Mestrado. Universidade Tuiuti do Paraná.
- Signorini, T.B. (1989). *A deficiência auditiva no idoso e sua implicação na comunicação*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

- Silman, S., Iório, M.C., MizhahI, M.M. & Parra, V.M. (2004). Próteses auditivas: um estudo sobre seu benefício na qualidade de vida de indivíduos portadores de perda auditiva neurossensorial. *Distúrbios da Comunicação*, 16(2), 153-165.
- Silva, M. (1998). A psicogerontologia no comportamento e na afetividade do idoso: uma reflexão. *Geriatria*, 11 (107), 18-22.
- Silva, M.J. & Varela, Z.M. (1999). O conceito de adaptação na terceira idade: uma aproximação teórica. *Arquivos de Geriatria e Gerontologia*, 3(1), 25-29.
- Silva, S.T. (2008). *Qualidade de vida dos cuidadores de pessoas com deficiência auditiva*. Tese de Mestrado. Universidade do Vale do Itajaí.
- Silva, S.T. (2009). Perda auditiva em Idosos e Suas relações Familiares. *Anais*, s/n, 21-28.
- Silva, B.S., Sousa, G.B., Russo, I.C. & Silva, J.A. (2007). Caracterização das Queixas, Tipo de Perda Auditiva e Tratamento de Indivíduos Idosos Atendidos em uma Clínica Particular de Belém – PA. *Arquivo Internacional de Otorrinolaringologia*, 11(4), 387-395.
- Smith, S.L. & Kricos, P.B. (2003). Acknowledgement of Hearing Loss by Older Adults. *Jara*, 26, 23-35.
- Sousa, M.G. (2007). *O Sentido da Audição e as Dificuldades Auditivas Atribuídas por um Grupo de Idosos*. Mestrado em Fonoaudiologia. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Sousa, M.G. & Russo, I.C. (2009). Audição e percepção da perda auditiva em idosos. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 14(2), 241-246.
- Southall, K., Gagné, J-P. & Jennings, M.B. (2010). Stigma: A negative and a positive influence on help-seeking for adults with acquired hearing loss. *International Journal of Audiology*, 49, 804–814.
- Spanier, G.B. (1976). Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38(1), 15-28.
- Sprinzl, G.M. & Riechelman, H. (2010). Current trends in treating hearing loss in elderly people: a review of the technology and treatment options – a mini-review. *Gerontology*, 56, 351-358.
- Tap, P., Hipólito, J. & Nunes, O. (2009). *Escala de Estima de Si S.E.R.T.H.U.AL*. Manuscrito não publicado.

- Teixeira, A.R., Almeida, L.G., Jotz, G.P. & Barba, M.C. (2008). Qualidade de vida de adultos e idosos pós adaptação de próteses auditivas. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 13(4), 357-61.
- Teixeira, A.R., Thedy, R.B., Jotz, G. & Barba, M.C. (2007). Sintomatologia depressiva em deficientes auditivos adultos e idosos: importância do uso de próteses auditivas. *International Archive of Otorhinolaryngology*, 11, 453-458.
- Teixeira, C.F., Augusto, L.G., & Caladas, S.S. (2008). Prótese auditiva: satisfação do usuário com sua prótese e com seu meio ambiente. *CEFAC*, 10(2), 245-53.
- Teixeira, R.M. (2004). *A qualidade de vida do idoso e as influências que tem sobre ela a domiciliação e as construções do idoso sobre os problemas com a família*. Tese de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa.
- Teves, C.M. (2008). *Uma Viagem entre satisfação e proximidade conjugais e aliança parental*. Tese de Mestrado. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Teves, C.M. (2008). *Viagem entre satisfação e proximidade conjugais e aliança parental*. Tese de Mestrado. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Torres, A. (2002). Casamento a duas vozes e em três andamentos. *Análise Social*, 37, 569-602.
- Varão, C., Batista, C. & Marinho, V. (2006). *Métodos de Amostragem*. Retrieved June 28, 2014 from <http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/ichagas/mi2/MetodosAmostragemT2.pdf>.
- Vargas, V.P., Dantas, R.A. & Gois, C.F. (2005). A Autoestima de Indivíduos que foram Submetidos à Cirurgia de Revascularização do Miocárdio. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 39(1), 20-27.
- Vaz Serra, A. (1986). A importância do Auto-Conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7(2), 57-66.
- Vaz Serra, A. (1988). Atribuição e auto-conceito. *Psychologica*, 1, 127-141.
- Vaz Serra, A. (1988a). O auto-conceito. *Análise Psicológica*, VI, 101- 110.
- Ventry, I.M. & Weinstein, B.E. (1982). The hearing handicap inventory for the elderly: a new tool. *Ear Hear*, 3(3), 128-134.
- Veras, R.P. & Mattos, L.C. (2007). Audiology and aging: literature review and current horizons. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 73(1), 128-134.

- Vieira, E.P., Miranda, E.C., Calais, L.L., Carvalho, L.M., Iório, M.C. & Borges, A.C. (2007). Proposta de acompanhamento em grupo para idosos protetizados. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 73(6), 752-758.
- Vitoreli, E., Pessini, S. & Silva, M.J. (2005). A auto-estima de idosos e as doenças crônico-degenerativas. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 102-114.
- Wagner, A. & Falcke, D. (2001). Satisfação conjugal e transgeracionalidade: uma revisão teórica sobre o tema. *Psicologia Clínica*, 13, 1-15.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H. & Jackson, D.D (2007). *Pragmática da Comunicação Humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação*. São Paulo: Culturix.
- Wieselberg, M.B.A (1997). *Auto-avaliação do handicap em idosos portadores de deficiência auditiva: o uso de H.H.I.E.* Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Wood, P.L. & Kyle, J.G. (1983). Hospital Referral and Family Adjustment in Acquired Deafness, *British Journal of Audiology*, 17, 175-181.
- Yalcin, B.M. & Karahan, T.F. (2007). Effects of a Couple Communication Program on Marital Adjustment. *JABFM*, 20(1), 36-44.
- Zhan, W., Cruickshanks, K.J., Klein, B.E., Klein, R., Huang, G.H. & Pankow, J.S. (2010). Generation differences in the prevalence of hearing impairment in older adults. *American Journal of Epidemiology*, 171, 260-266.

ANEXOS