

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



QUANDO O SILÊNCIO MERGULHA NO RUÍDO: PAIS
OUVINTES COM FILHOS SURDOS

Carolina Taveira

Dissertação orientada pela Professora Doutora Teresa Botelho

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

2009/2010

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Doutora Teresa Botelho, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica, conforme o despacho da DGES nº 19673 / 2006 publicado em Diário da Republica 2ª série de 26 de Setembro, 2006

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar gostaria de agradecer aos meus pais, pelo seu apoio incondicional nas decisões por mim tomadas, bem como pela capacidade que possuem em analisar as situações que os rodeiam. Na verdade, a vocação que tenho para a Psicologia deve-se, em grande parte, ao modo como observo a realidade, nomeadamente o ser humano. Muitas vezes determinados aspectos, aparentemente tão insignificantes, são entregues ao esquecimento, quando, de facto, possuem uma relevância significativa. São precisamente estes pequenos olhares que considero importante incorporar na minha essência como pessoa e que actuam no modo como me relaciono com o outro e com o mundo, nos diversos contextos. Sem a influência dos meus pais, tal não teria sido possível.

A ajuda da Professora Dra. Teresa Botelho foi imprescindível para que esta investigação seguisse os moldes pretendidos. De facto, a sua capacidade de orientar manifestou-se desde o início, servindo de base para o sucesso da elaboração do trabalho. Um obrigado por toda a sua competência, capacidade compreensiva, humana e presencial.

A Professora Tânia apoiou-me a nível estatístico. Os atendimentos foram imprescindíveis para compreender e solidificar determinados aspectos, sem os quais a investigação não poderia ter seguido o rumo adequado. Agradeço toda a sua atenção.

Não poderei nunca esquecer os pais que aceitaram em participar no meu trabalho. Agradeço a todos, pelo seu contributo. Sem este, nada teria sido possível.

O Centro Auditivo Widex permitiu-me recolher uma enorme quantidade de dados. A hospitalidade do Dr. Rui Nunes e da sua equipa possibilitaram o contacto com os sujeitos amostrados o que enriqueceu a minha aprendizagem académica e também pessoal. Obrigada pelo auxílio e oportunidade de ocupar aquele espaço, durante tantas horas, para conseguir obter um número satisfatório de indivíduos.

Na verdade, foi através do Hospital da Luz que consegui contacto com a Widex. Um obrigado ao Director Clínico do Hospital, Dr. José Roquette, bem como ao director do serviço de otorringolaringologia, Dr. António Larroudé.

O Instituto Jacob Rodrigues Pereira abriu-me portas para a recolha de dados. Agradeço à Dra. Otilia Gama, pelo tempo dispensado e ajuda disponibilizada, bem como à Direcção e a todos os professores e funcionários com os quais tive o prazer de contactar durante o tempo de recolha.

Por fim, mas não menos importante, agradeço aos meus amigos e ao Nuno, com os quais mantenho experiências que só me podem enriquecer como ser humano.

RESUMO

Objectivo: Avaliar os níveis de Ansiedade, Depressão e Stress, bem como a Qualidade de Vida, de pais ouvintes com filhos surdos.

Método: Recorreu-se ao Instituto Jacob Rodrigues Pereira e ao Centro Auditivo Widex, recolhendo-se uma amostra de 56 sujeitos, 28 com filhos cuja surdez foi diagnosticada à nascença e 28 com diagnóstico mais tardio. O protocolo de avaliação é constituído por: 1) Questionário de Caracterização da Amostra; 2) Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) e 3) WHOQOL-BREF.

Resultados e Conclusão: Constatou-se a presença de níveis gerais normais para a Ansiedade (6,04), Depressão (8,32) e Stress (11,64), bem como a percepção de uma Qualidade de Vida satisfatória (63,84%). Porém, apurou-se que o momento de aquisição ou descoberta da surdez e o género dos filhos influenciam os níveis de Ansiedade ($p=0,009$; $p=0,006$) e de Depressão ($p=0,021$; $p=0,020$). Para além disso, a presença de condições económicas satisfatórias (associadas à empregabilidade dos pais), a inserção da criança num ensino especial, a existência de acompanhamento, a pertença a uma família nuclear, a presença de dois ou mais filhos (sendo apenas um surdo), a ausência de percepção de dificuldades de integração e a inexistência de implante coclear são factores que contribuem para que os pais percepcionem uma melhor Qualidade de Vida, equilibrando a sua própria saúde mental.

Palavras-chave: ansiedade, depressão, stress, qualidade de vida, pais, filhos, surdez.

ABSTRACT

Objective: Assess levels of Anxiety, Depression and Stress as well as the Quality of Life of parents of deaf children.

Method: We resorted to the Instituto Jacob Rodrigues Pereira and Hearing Aid Center Widex, collecting a sample of 56 subjects, 28 with children whose deafness was diagnosed at birth and 28 with later diagnosis. The evaluation protocol consists of: 1) Questionnaire of Sample Characterization; 2) Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) and 3) WHOQOL-Bref.

Results and Conclusion: The results have included the presence of overall normal range for Anxiety (6.04), Depression (8.32) and Stress (11.64), and the perception of a satisfactory Quality of Life (63.84%). However, it was found that the time of acquisition or discovery of deafness and gender of children influence the levels of anxiety ($p=0.009$, $p=0.006$) and depression ($p=0.021$, $p=0.020$). In addition, the presence of satisfactory economic conditions (associated with employability of parents), the inclusion of children in special education, the existence of monitoring, being a membership of a nuclear family, the presence of two or more children (with only one deaf), the absence of perceived integration difficulties and the nonexistence of cochlear implants are contributing factors for parents to perceive a better quality of life, balancing their own mental health.

Keywords: anxiety, depression, stress, quality of life, parents, children, deafness.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS...	i
RESUMO...	ii
ABSTRACT...	iii
INTRODUÇÃO...	1
ENQUADRAMENTO TEÓRICO...	3
Definição da Perda Auditiva...	3
Crianças com Perda Auditiva...	4
Pais ouvintes com filhos surdos...	6
Qualidade de Vida...	12
Ansiedade, Depressão e Stress...	14
<i>Ansiedade</i> ...	14
<i>Depressão</i> ...	16
<i>Stress</i> ...	19
<i>Relação entre a Ansiedade, a Depressão e o Stress</i> ...	21
MÉTODO...	23
Participantes...	23
Material...	25
<i>Questionário de Caracterização da Amostra</i> ...	25
<i>Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)</i> ...	26
<i>WHOQOL-BREF</i> ...	27
Procedimento...	29
RESULTADOS...	31
Questionário de Caracterização da Amostra...	31
Escala de Ansiedade, Depressão e Stress...	34
WHOQOL-BREF: Qualidade de Vida...	36
DISCUSSÃO...	39
<i>Associação entre a Idade dos Pais e os valores de Ansiedade, Depressão, Stress e Qualidade de Vida</i> ...	42

<i>Associação entre o Género dos Filhos Surdos e as Variáveis Psicológicas nos Pais...</i>	43
<i>Ligação entre o Apoio Social e as Variáveis Psicológicas nos Pais...</i>	44
CONCLUSÃO...	
REFERÊNCIAS...	48

v

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A: Carta de consentimento...	55
ANEXO B: Questionário de caracterização da amostra...	57
ANEXO C: Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)...	61
ANEXO D: Escala de avaliação da Qualidade de Vida, WHOQOL-Bref...	62
ANEXO E: Tabelas relativas ao material utilizado...	64
ANEXO F: Outputs...	69

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Percentagem de filhos que frequentam o Ensino Especial para a variável “Surgimento da surdez” (M1, M2)...	31
FIGURA 2: Percentagem de pais que consideram possuir Apoio Social para a variável “Surgimento da surdez” (M1, M2)...	32
FIGURA 3: Percentagem de sujeitos que declaram que o seu filho possui Dificuldades de Integração para a variável “Surgimento da surdez” (M1, M2)...	32
FIGURAS 4 e 5: Percentagens de pais com diagnóstico anterior de Ansiedade e Depressão para a variável “Surgimento da surdez” (M1, M2)...	33
FIGURAS 6 e 7: Percentagens de pais que receberam anterior medicação para a Ansiedade e para a Depressão, considerando a variável “Surgimento da surdez” (M1, M2)...	33
FIGURA 8: Percentagem de pais com qualquer tipo de Apoio ou Acompanhamento...	33
FIGURA 9: Valores da Qualidade de Vida para os seus diversos domínios no que respeita a variável independente “Surgimento da surdez”...	37
FIGURA 10: Valores da Qualidade de Vida para os seus diversos domínios no que respeita a variável independente “Idade dos pais”...	38
FIGURA 11: Valores da Qualidade de Vida para os seus diversos domínios no que respeita a variável independente “Género dos filhos”...	38

LISTA DE TABELAS

**TABELA 1: Caracterização dos pais ouvintes e dos seus respectivos
filhos surdos... .. 23**

**TABELA 2: Valores obtidos no teste Mann-Whitney para as variáveis
Ansiedade, Depressão e Stress... .. 35**

INTRODUÇÃO

A perda auditiva afecta mais de 10% da população mundial (Bento, Miniti & Marone, 1998). Não existem valores exactos relativamente ao número de surdos existentes em Portugal, designadamente de crianças, apesar de esta ser uma realidade que pertence ao quotidiano de inúmeras famílias. A detecção da surdez é normalmente efectuada nos primeiros anos de vida, já que a sua causa é, maioritariamente, congénita. Porém, as suspeitas por parte dos pais de que o seu filho possui qualquer tipo de limitação auditiva não ocorrem nos primeiros meses, já que estes se caracterizam por uma ausência do uso evidente da audição. Para além disso, existem graus de perda auditiva mais leves - cuja determinação é mais complexa - que possuem um diagnóstico tardio.

Nas situações de diagnóstico de qualquer deficiência, nomeadamente da surdez, o confronto com o bebé ou criança reais despoleta um intenso processo de adaptação, no qual se integram inúmeros sentimentos, comportamentos e emoções. A família sofre inevitáveis modificações na sua estrutura, gestão e desenvolvimento, factos que poderão influenciar a criança a curto e a longo prazo.

O ambiente familiar constitui-se como um elemento essencial no desenvolvimento de qualquer criança. No âmbito da educação especial, os professores e os psicólogos estabelecem-se como componentes principais, facto que relega à família um papel supostamente secundário. Como tal, a intervenção educativa sempre possuiu como foco os problemas da criança, ignorando o ambiente que mais a afecta, a família. Recentemente, este ponto começou a ser objecto de análise, integrando-se o papel dos pais neste processo. Assim, começou a pensar-se no significado que um filho com incapacidade tem para os pais, bem como para o resto da família, e no papel que esta tem no seu processo desenvolvimental (Coll, Marchesi & Palacios, 2004).

A maioria dos estudos elaborados sobre a temática da surdez aborda, portanto, aspectos da criança, daí a necessidade de se realizar uma investigação que integre as necessidades dos pais. Consequentemente, os dados obtidos poderão constituir-se como um patamar de impulso para a elaboração de estratégias de intervenção, cujo intuito recairá na minimização dos problemas gerados pelos próprios pais e que tanto afectam a criança. A pobreza da ênfase que tem sido dada a esta temática, apesar de terem sido efectuados alguns estudos sobre comportamento parental e surdez infantil em Portugal, confere a pertinência deste estudo. Para além disso, grande parte destas investigações abordam esta

questão através do uso de uma metodologia qualitativa o que, não negando a sua utilidade, permite observar os factos de um ângulo diferente.

No presente estudo, ir-se-á alicerçar, primeiramente, um enquadramento teórico - no qual estarão descritos os processos que envolvem este tema, para que todos os factores possam ser compreendidos e considerados na extensão do trabalho - seguido pela apresentação do desenho metodológico. Consequentemente, descrever-se-ão os resultados, a partir dos quais será elaborada a discussão e a conclusão.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Definição da Perda Auditiva

O ouvido humano é composto por três partes: ouvido externo, ouvido médio e ouvido interno. Os dois primeiros ouvidos funcionam conjuntamente com o intuito de transmitir ondas sonoras para o ouvido interno, no qual o estímulo sonoro é modificado em impulsos nervosos. O ouvido externo emite as ondas sonoras em direcção ao tímpano que, por sua vez, transforma estas ondas em energia mecânica. Esta energia é, conseqüentemente, transmitida para os ossos do ouvido médio, o qual aumenta a sua força. O ouvido interno contém o órgão da audição. As células receptoras deste órgão alteram a energia sonora mecânica para impulsos nervosos, tal como já foi referido, os quais são transmitidos para o cérebro que os interpreta (Alters, 2000).

Existem três características fundamentais que permitem definir a perda auditiva: a etiologia da perda auditiva, a severidade da perda auditiva e a latência da perda auditiva. Cada ponto isoladamente não é suficiente para descrever a natureza e desenvolvimento desta perda, embora conjuntamente possuam uma relevância extrema.

O primeiro ponto está relacionado com a causa orgânica, nomeadamente com a interferência no funcionamento da audição. Assim, para que exista uma perturbação a nível auditivo é necessário que ocorram anomalias no processo de transformação das ondas sonoras em impulsos nervosos. Um problema refere-se à condução das ondas sonoras através do ouvido externo e médio, podendo tal estar relacionado com um bloqueio do canal auditivo, ruptura do tímpano ou calcificação dos ossos do ouvido médio, o que resulta numa distorção e diminuição da sensibilidade ao som. Um outro denomina-se por imparidade sensorineural e corresponde à transformação da moção em impulsos nervosos. Normalmente este tipo de imparidade ocorre na cóclea – órgão que transforma impulsos no fluido da orelha interna em impulsos eléctricos e neurais – ou no nervo auditório, que

estabelece a ligação entre a cóclea e o cérebro. Pode apontar-se ainda outro tipo de imparidade, denominada por *mista*, que engloba ambos os tipos precedentemente mencionados. Ocorrem, portanto, perdas condutivas e sensoriais. Para além disso, a perda auditiva, a um nível orgânico, pode ser unilateral ou bilateral, consoante esteja presente apenas num ou nos dois ouvidos (Braden, 1994).

A severidade da perda auditiva pode ser definida como a intensidade necessária para que um indivíduo capte o som a uma frequência particular. Como tal, é importante definir-se a frequência, que determina o tom do som, sendo medida em ciclos por segundo (Hertz); e a intensidade, que é medida numa escala de algoritmos denotada por decibéis (dB). A classificação da perda auditiva varia em determinados aspectos consoante os autores envolvidos. Coll, Marchesi e Palacios (2004) consideram a perda leve (de 20 a 40 dB), a perda média (de 40 a 70 dB), a perda séria (de 70 a 90 dB) e a perda profunda (superior a 90 dB).

Por fim, a última característica enumerada refere-se à latência e prognóstico da perda auditiva. Este ponto depende de diversos elementos que irão ser expostos ao longo do estudo.

Crianças com Perda Auditiva

A surdez surge como uma deficiência de baixa frequência, abrangendo apenas uma fatia das crianças com Necessidades Educativas Especiais. Todavia, a sua elevada intensidade justifica a necessidade de serem desenvolvidos esforços para que a imparidade não seja ignorada (Ruivo, 1998).

As crianças com perda auditiva possuem um leque de acrescidas adversidades, derivadas da sua condição auditiva. Consequentemente, existem vertentes emocionais que devem constituir-se como alvo de atenção.

A partir dos anos 50 têm surgido registos que demonstram que as crianças cuja surdez é adquirida antes da obtenção da linguagem e que são criadas num ambiente de comunicação oral possuem dificuldades de desenvolvimento social e emocional (Gray in Clark, Marschark & Karchmer, 2001).

A Teoria do Construtivismo Social defende a ideia de que o uso da linguagem através do contacto com sujeitos que a dominem (como professores, pais e também amigos) permite que o indivíduo adquira o seu sistema simbólico interno usado no processo de pensamento. Como tal, a linguagem e inteligência são domínios considerados interligados,

uma vez que se potenciam mutuamente (Spencer, Marscherk & Erting, 2000).

De facto, há crianças com imparidades auditivas que crescem num meio onde a língua gestual está fortemente implementada, o que lhes permite adquirir uma comunicação adaptada, impulsionadora de um desenvolvimento mental positivo. Porém, estas situações constituem uma minoria, já que a ausência de um código de transmissão acessível e compreensível é comum perante estas condições, o que produz profundas consequências no desenvolvimento individual, nomeadamente no que reverencia as relações pessoais e a estabilidade emocional (Reed in Mittler, 1978).

A partir destas ideias, torna-se relativamente claro que famílias que possuam experiência na área da surdez detenham ferramentas mais complexas para promover a adaptação das necessidades sociais e comunicativas das crianças surdas, o que resulta numa vantagem a nível do Q.I. Para além disso, a relação que o sujeito estabelece com o exterior ouvinte também afliu para a construção de traços de carácter, os quais se referem às atitudes e comportamentos agressivos e impulsivos derivados das constantes situações que proporcionam frustração - como as barreiras comunicativas (Souza & Silvestre, 2007).

Para além das vertentes cognitiva e comportamental, é relevante abordar as imagens construídas em torno do próprio e dos outros, sendo para tal importante atentar a classificação que é feita relativamente aos julgamentos pessoais. Em situações em que as crianças surdas são consideradas como idênticas, evidenciam-se níveis satisfatórios de pertença, ligação e segurança. Consequentemente, são estabelecidas ligações mais confortáveis com outros portadores de imparidades auditivas e também com ouvintes que usem a língua gestual. Na verdade, a comunicação sobrevém como um factor preponderante na demarcação do conforto sentido pela criança na vinculação com os outros. Em situações em que existe inacessibilidade comunicativa e sentimentos de rejeição por parte dos pares ouvintes, derivados de julgamentos de diferenciação, são despoletados a timidez, o nervosismo e o desconforto (Spencer, Marscherk & Erting, 2000).

Em 1990 foi introduzido um novo conceito que engloba a identidade da pessoa surda. Assim, consideram-se três possibilidades: os sujeitos surdos com uma identidade ouvinte, os que adoptam uma identidade surda e os que se identificam com a vertente mista, que integra os elementos das outras duas. Contudo, esta conceptualização, apesar de introduzir as possibilidades de identidade dos indivíduos surdos, não considera muitos outros factores (Souza & Silvestre, 2007).

Pode apontar-se o exemplo da integração do sujeito numa educação especial. Um estudo citado por Souza e Silvestre (2007) patenteia que crianças surdas que frequentem

um ensino especial desenvolvem uma auto-imagem mais positiva, o que coopera com um posterior favorável desenvolvimento acadêmico. Outro factor que as autoras aludem prende-se com a existência ou não de implantes. As crianças que recebem um implante coclear na idade adequada para a aquisição da linguagem oral, tendem a identificar-se com a cultura ouvinte, apesar de continuarem surdas. Porém, segundo Zaidman-Zait (2008), para além das vantagens, existem barreiras para o uso de implantes. As desvantagens ligam-se com as eventuais dificuldades de implantação e com os problemas diários (como complicações na manutenção do equipamento).

Pais Ouvintes com Filhos Surdos

A presença de um sujeito com imparidade auditiva altera a estrutura familiar, nomeadamente no que respeita a relação entre os pais e a criança surda. Citando Gispert e Matos (1999) “A doença de uma criança provoca, em geral, nos pais um estado de ansiedade que altera o ambiente familiar. Os comportamentos podem ir da hiperprotecção ou do alarmismo exagerado à indiferença, mas, seja qual for a situação, através deles a criança aprende a responder à doença” (p. 569).

O desenvolvimento de qualquer criança é afectado por um conjunto expressivo de variáveis, designadamente o ambiente familiar. Apesar de a família ser um elemento central, a intervenção educativa têm-se focalizado primordialmente nos Educadores e nos Psicólogos. Apenas recentemente este ponto começou a ser alvo de análise, introduzindo-se o papel dos pais no desenvolvimento da criança. Começou então a considerar-se o significado que um filho com incapacidade tem para os seus pais e para o resto da família e no papel que esta possui no seu processo evolutivo (Coll, Marchesi & Palacios, 2004).

O nascimento de uma criança é um acontecimento marcante na vida de um ser humano, comportando medos e fantasias que se geram em torno do filho, mesmo antes do seu nascimento, o que poderá derivar da projecção dos próprios pais e das suas idealizações. Como tal, perante uma situação de diferença, surgem dificuldades de adaptação.

A partir do momento em que os pais têm conhecimento da existência da deficiência ocorre uma crescente cristalização das suas preocupações relativamente ao presente e ao futuro. Ocorrem modificações no ciclo de vida familiar, o que a marcará, com maior ou menor intensidade, consoante os casos. Para além disso, as inúmeras decisões que terão

que tomar, a aquisição de um conjunto de novas informações, os gastos extraordinários e o papel que a deficiência possui na sociedade irão afectar a família, apesar de algumas conseguirem atingir níveis de satisfação e de adaptação favoráveis.

Os pais de crianças com necessidades especiais não devem ser descontextualizados do núcleo das famílias ditas comuns. Ao confrontarem-se com o nascimento de uma criança diferente, gera-se uma crise, que advém do despoletar de uma situação inesperada. Estes pais têm, então, que mobilizar ferramentas que os permitam adequar-se ao problema. Porém, nem sempre as estratégias de *coping* são delineadas dentro de um panorama favorável, o que cria inevitáveis fontes de stress (Sousa, 1998).

Inicialmente, é frequente ocorrer uma negação do diagnóstico, o que propicia a criação constante de hipóteses que sustentem uma teoria oposta (Braden, 1994).

Alguns pais insistem em diagnósticos sucessivos, na esperança que esta situação seja transitória ou que exista uma cura. É, portanto, produzido um comportamento desviado relativamente à comunicação e ao processo interactivo da criança (Filipe, 2001). Quando tal já não pode ser sustido, surgem sentimentos de culpa e raiva que afectam, muitas vezes inconscientemente, a relação entre os pais e o filho, o que poderá comprometer o desenvolvimento do último (Braden, 1994).

Podem definir-se três estágios de aceitação do diagnóstico da surdez do filho. O primeiro refere-se ao choque, negação, tristeza e depressão. Depois surgem sentimentos de ambivalência, culpa, raiva e vergonha. O terceiro estágio caracteriza-se pelo aparecimento de manifestações de protesto, terminando com a adaptação e reorganização (Pinhal, Ricou, Antunes, & Nunes in Nunes, 1998). Porém, existem pais que aceitam o diagnóstico – não se integrando no processo anteriormente descrito – procurando adoptar uma postura adequada que se coaduna com as necessidades da criança surda, favorecendo a sua autonomia e comunicação (Filipe, 2001).

Outro ponto saliente refere-se à dependência que advém da surdez e do seu impacto na comunicação que o sujeito dirige com tudo o que o rodeia. Estes períodos de dependência são muitas vezes alternados com fases de extrema independência, o que caracteriza o momento de desenvolvimento da autonomia nas crianças ditas normais. Contudo, em situações de surdez, esta alternância despoleta nos pais estados emotivos que estão associados com consequentes alterações do seu comportamento, que compreendem a sobreprotecção, a dependência de interacções e as tentativas para controlar os esforços do filho para alcançar a independência (Braden, 1994).

Segundo as ideias referidas, e de acordo com o mesmo autor, é relativamente

compreensível que a intensidade da crise varie de caso para caso, sendo a capacidade de adaptação de determinadas famílias superior a outras. Tal facto deve-se a um conjunto de factores que cristalizam a vulnerabilidade ao stress. Podem apontar-se a falta de informação, o isolamento social, a existência de patologias parentais, a presença de problemas socioeconómicos – que se traduzem na necessidade de trabalhar muitas horas, para que seja possível fornecer os cuidados necessários à criança – bem como a presença de condições habitacionais inadequadas, e a insatisfação conjugal e familiar. Por sua vez, os factores que propiciam uma melhor adaptação à crise são a existência de um sistema familiar coeso, a estabilidade financeira, condições habitacionais adequadas e possuir carro (Sousa, 1998).

No âmbito da adaptação à deficiência e complementando o que foi referido anteriormente, consideremos as seguintes dimensões:

a) As características da deficiência – que influenciam a reacção da família: a severidade da deficiência, associada ao grau de autonomia, actua no modo como os pais aceitam o despoletar desta problemática. Se a criança tem um nível de surdez profunda, o que afecta significativamente a sua capacidade comunicativa no meio ouvinte e requer apoios médicos constantes, então o drama familiar experienciado é considerável (Pereira, 1996).

O momento da descoberta da deficiência também é relevante. Na verdade, existe uma certa incongruência relativamente ao impacto que o momento da descoberta da surdez despoleta. Se a idade de aquisição da imparidade auditiva é anterior ao domínio da linguagem oral, então poderão surgir profundas interferências na obtenção de conceitos abstractos, regras gramaticais básicas e de vocabulário novo. Por outro lado, se a criança já dominava a linguagem, poderá desenvolver uma menor apetência para a fala e alguma dificuldade em controlar a intensidade da sua voz. Se a perda auditiva emerge após a normalização do desenvolvimento motor, a criança vai precisar de reorganizar essa motricidade em função da perda auditiva (Telmo, Santos, Fernandes & Madeira, 1987). Também Ruggieri-Marone, Lichting e Marone (2002), citados por Maia e Santos (2007), mencionam que uma descoberta mais tardia pode incluir a perda de informações auditivas relevantes, anteriores ao tempo de diagnóstico, e influenciadoras do desenvolvimento da comunicação. Marschark (2007) acompanha estas ideias, referindo que um diagnóstico tardio está associado à perda da capacidade para a criança integrar os sons da linguagem materna, o que ocorre normalmente nos primeiros meses de vida, facto que terá implicações na relação entre a díade.

Focando a atenção noutros estudos, se o diagnóstico é feito logo no nascimento, o impacto é maior. Contrariamente, uma descoberta mais tardia está associada a um choque mais reduzido, apesar de poderem surgir sentimentos de culpa (Fortier & Wanless, 1984; Londsdale, 1978; Walther-Thomas, Hazel, Schumaker, Vernon & Deshler, cit. Pereira, 1996). Estes sentimentos de culpabilidade também foram analisados por Datta, Russell e Gopalakrishna (2002), citados por Grotberg (2004), os quais referem que a culpa referida está associada ao surgimento de índices de Depressão. Outros autores atestam que as crianças cujo diagnóstico de surdez foi efectuado mais tarde não favorecem de um programa de intervenção mais prematuro, o que produz nas mães relatos de maiores dificuldades comportamentais por parte dos filhos (Lederberg & Golbach, 2002; Sobral, 2001). Também Zaidman-Zait (2008) defendem que níveis superiores de Stress estão relacionados com diagnósticos mais tardios.

b) As características da família: o número de filhos pode ser um factor determinante nos níveis de Stress e Ansiedade experimentados pelos pais. Pereira (1996) relata um estudo que comprova que a presença de um maior número de filhos proporciona uma atmosfera de normalidade, favorecendo a aparente aceitação da deficiência, já que existem outras crianças sem a doença na família. O tipo de família (monoparental ou nuclear) também influencia a aceitação face ao problema. Vários estudos sugerem que a presença de dois pais promove uma melhor adaptação, bem como a sua respectiva idade - pais mais jovens produzem níveis superiores de Stress (Trute & Hanch, 1998 cit. Pereira, 1996).

Parigua (2004) menciona também o aspecto económico. As famílias com crianças com Necessidades Especiais possuem gastos excepcionais nos campos da Medicina, Ortopedia, Reabilitação e Educação, independentemente do apoio de serviços públicos existente. Para além disso, muitas vezes um membro do casal deixa de trabalhar para apoiar a criança, alterando o orçamento familiar. Todavia, existem igualmente evidências de que há pais que se adaptam bastante bem à situação, acompanhando o desenvolvimento dos filhos com entusiasmo. Para além das diferenças individuais - relacionadas com as carências e problemas das famílias - destacam-se as necessidades integradas num cenário interactivo. Este ponto não incide, portanto, na deficiência do filho nem em outras variáveis familiares, mas sim na resposta ou falta desta no meio social, o que poderá aumentar ou diminuir as carências destas famílias (Coll, Marchesi & Palacios, 2004).

Ericks-Brophy, Durieux-Smith, Olds, Fitzpatrick, Duquette e Whittingham (2006) elaboraram um estudo que pretendia examinar as percepções de integração de indivíduos

surdos e os factores que servem como facilitadores ou como barreiras para a sua inserção no contexto escolar, na família e na comunidade. Relativamente à família, os facilitadores incluíam a participação nos programas de intervenção precoces, a existência de grupos de apoio e a manutenção de uma comunicação aberta entre os pais e o resto da família. De outro modo, a falta de suporte ao casal, a incapacidade para pedir ajuda, a tentativa constante de demonstrar controlo, a presença de stress excessivo (bem como sentimentos de culpa) e a predominância de comportamentos de sobreprotecção constituem-se como barreiras.

Zaidmant-Zait (2008), através da análise dos problemas diários e fontes de stress de pais com crianças que possuem implante coclear, obteve uma conclusão convergente: os pais que lidam com a situação sem apoio e recursos tendem a experimentar sentimentos de incompetência relativamente ao seu papel parental, o que aumenta os níveis depressivos e sentimentos de isolamento.

Os pais analisados por Eriks-Brophy e seus colaboradores referiram ter abdicado de inúmeras oportunidades em detrimento do bem-estar dos filhos e da tentativa de proporcionar-lhes os melhores serviços. A inclusão social é descrita pelos participantes como fundamental e os pais representam um papel muito relevante neste sentido. O seu envolvimento não engloba apenas o encorajamento da socialização a nível do contexto escolar, mas também muitos outros níveis. Este estudo também permitiu analisar as diferenças dos papéis parentais entre mães e pais com filhos surdos. Constatou-se que os pais se encontram envolvidos no progresso do seu filho com perda auditiva, nomeadamente no que diz respeito a actividades sociais, mais particularmente desportivas. Demonstram uma vontade activa em participar nas decisões e actividades que envolvem a integração do seu filho. As mães parecem encontrar-se mais envolvidas na estimulação da linguagem e nas actividades de intervenção, especialmente nos primeiros anos.

Regressando a Zaidman-Zait (2008), é possível sublinhar outras conclusões: grande parte das limitações enfrentadas por pais ouvintes está relacionada com as dificuldades de comunicação e comportamento da criança surda, o que concorre para a formação de uma ideia de gestão difícil. Esta ocorrência vai de encontro à afirmação de Kaplan (1990), citado por Thompson e Gustafson (1996), em que é referido que as doenças crónicas infantis compreendem as expectativas relativamente à vida e todos os outros factores que estão envolvidos na capacidade de realizar as actividades diárias.

Outro ponto sublinhado pelo estudo de Zaidman-Zait (2008) refere-se à relação directa entre o Stress parental e a Qualidade de Vida, o que fomenta o surgimento de sentimentos

de incompetência, falta de apoio e a presença de Depressão.

Quando os pais se confrontam com uma criança surda, começam a usar estratégias para que estes comecem a falar. O uso de língua gestual não é, ainda, muito bem aceite pelos pais, o que pode derivar da falta de informação sobre esta problemática. Desta forma, a comunicação dentro do seio familiar torna-se pobre (Pinhal et al. in Nunes, 1998).

A ausência de resposta por parte dos filhos conduz à formação de sentimentos de frustração nos pais, facto que contribui para um empobrecimento da comunicação e, conseqüentemente, para um possível isolamento de ambas as partes (Filipe, 2001). Na verdade, uma das maiores inquietações sentidas pelos pais ouvintes com filhos surdos refere-se à comunicação. Esta preocupação forma-se após o diagnóstico, permanece ao longo da vida e influencia o modo como o papel parental é vivido pelos pais (no que diz respeito a aspectos do quotidiano ou mesmo a projecções futuras), sugerindo os seus actos e decisões. A tendência converge para a tentativa de minimizar a surdez e, conseqüentemente, as dificuldades comunicativas. Para tal, são fornecidas às crianças ferramentas para que estas possam comunicar de forma a aproximarem-se mais da norma. Podem, por exemplo, recorrer à colocação de próteses auditivas, implantes cocleares, à aprendizagem da língua gestual, procura de melhores serviços, entre outros.

Normalmente são as mães que assumem o papel de relevo na procura dos diferentes apoios para as crianças, envolvendo-se mais que o companheiro. Contudo, quando existem diferenças na aceitação da surdez dentro do casal, estando a dificuldade de aceitação centrada na mãe, são os pais que protagonizam um papel mais activo, investindo um maior esforço. É comum apenas um dos pais investir na aprendizagem da Língua Gestual, o que pode ser vantajoso para a criança.

Para além das dificuldades comunicativas existem outros factores que se constituem como preocupação parental. Pode referir-se a preocupação com o futuro da criança - futuro emprego, saídas profissionais, etc. (Rodrigues & Pires, 2002).

Quittner, Glueckauf e Jackson (1990) avaliaram o Stress parental em 96 mães de crianças surdas e 118 sujeitos de um grupo de controlo. Os pesquisadores analisaram também o apoio social e sintomas de angústia, tais como Depressão e Ansiedade. Não foram encontrados efeitos moderadores para o suporte social. Em contraste, associaram o Stress parental com a percepção reduzida de apoio emocional e sintomas de Ansiedade e de Depressão mais elevados (Feher-Prout, 1996)

Pinhal e cols. (1998) defendem a ideia de que as redes de suporte se encontram directamente relacionadas com o nível de Stress parental. Logo, redes de menor dimensão

encontram-se associadas a níveis superiores de Stress (Nunes, 1998). Também Rodrigues e Pires (2002) consideram que o apoio familiar é sentido pelos pais como elementar, pois vai permitir uma maior abertura para minorar a surdez da criança e as dificuldades comunicativas. Ao apoio do parceiro é, normalmente, atribuída uma certa passividade, já que um deles possui um papel mais predominante, isto é, quanto maior é o investimento de um membro do casal, menor é a percepção de empenho relativamente ao outro membro. Para além do apoio dentro da família, existe o suporte de terceiros (outros pais, técnicos, amigos, etc.), ponto também relevante.

O número de crianças surdas com pais ouvintes é bastante elevado (cerca de 95%), logo é fundamental que a família procure lidar com a situação de forma adequada, informando-se e contactando com sujeitos que partilhem da mesma experiência. Deste modo, aprenderão a gerir as suas emoções e atitudes bem como as dos sujeitos que os rodeiam (Melo, 1998 in Nunes, 1998).

Para que o equilíbrio familiar se estabeleça, é importante considerar as necessidades de todos os membros da família e não só do sujeito surdo (por exemplo, considerar o irmão ouvinte).

A comunicação também deve ser alvo de intervenção. A Língua Gestual deverá fazer parte da família, de modo a que as relações sejam facilitadas. O foco não deve incidir na diferença e no desviante, mas sim na aceitação da surdez. Deverá existir, então, uma adaptação emocional dos pais, bem como uma reformulação dos seus sonhos e expectativas. Contudo, a utilização de recursos sociais depende de vários factores, nomeadamente da personalidade, dos agentes causadores de Stress, das redes de suporte, da localização geográfica, entre outros.

É precisamente na avaliação das variáveis psicológicas no âmbito da surdez que o presente trabalho recai, facto que requer a sua descrição. Apresenta-se, de seguida, a sua análise para que, posteriormente, o estudo prossiga o seu curso.

Qualidade de Vida

As tentativas de avaliar a Qualidade de Vida (QDV) iniciaram-se nos anos 60, no âmbito do relatório *Commission on National Goals*, do presidente Eisenhower, que propendia para a promoção da Qualidade de Vida da população. Neste relatório constavam factores sociais e ambientais, como a educação, a saúde, o bem-estar e o crescimento económico. Mais

tarde, em 1964, o presidente Lyndon Johnson defendeu que os objectivos não se poderiam cingir ao factor económico, mas sim à Qualidade de Vida de cada sujeito. Foram, assim, fornecidas as primeiras directrizes para a formulação do conceito de QDV. A partir daí elaboraram-se inúmeros estudos com este intuito, embora ainda não se tenha chegado a uma nítida concepção (Ribeiro, 2007a).

A popularidade deste conceito traduz-se na sua utilização gratuita, o que está significativamente relacionado com a dificuldade de definir a Qualidade de vida, já que este vocábulo faz parte da linguagem do homem comum, sendo, de maneira mais ou menos correcta, do conhecimento de todos.

A expressão *Qualidade de Vida* enquadra-se em inúmeros debates que têm ocorrido ao longo dos tempos, mas a sua definição não é clara e precisa. Pode apontar-se o caso da 10ª Conferência Nacional de Saúde (1996), na qual se precisou a relação entre Saúde e Qualidade de Vida, sem ter ocorrido um discernimento do segundo termo (Moreira, 2000).

Neste caso, em que existe um vínculo entre ambos os termos referidos, a Qualidade de Vida surge com uma ligação de dependência relativamente à doença, mais precisamente no que respeita as percepções que o indivíduo produz sobre as suas causas e consequências, as crenças que constrói relativamente aos juízos que a sociedade elabora, bem como as suas próprias avaliações sobre o seu “eu” doente e as emoções envolvidas em todo este processo (Ribeiro, 2001). Assim, a *Qualidade de Vida relacionada com a saúde* possui características distintivas da Qualidade de Vida, já que esta última tem uma amplitude superior. Porém, são frequentemente usadas como sinónimos.

Apesar de a QDV muitas vezes aparecer associada à saúde, detém uma multiplicidade de dimensões que não se confinam às suas condições. Existem muitos outros agentes que a constituem, como a satisfação com a vida, a percepção que o sujeito tem de si e dos outros, as capacidades próprias que desenha relativamente ao alcance de objectivos, etc.. Como tal, a interpretação incrementada em torno dos inúmeros aspectos que participam na sua vivência é proeminente ao consideramos a Qualidade de Vida, estando essa visão pessoal associada a um conjunto de crenças e valores pessoais que foram integrados no próprio “eu” ao longo do crescimento (Inouye, Pedrazzani & Pavarini, 2008).

Porém, é pertinente considerar que a individualidade está inserida numa colectividade – marcada pela cultura, pela época e pelo espaço geográfico - facto que condiciona inevitavelmente as percepções pessoais elaboradas. Existem, portanto, três pontos de referência que devem ser sublinhados. O primeiro é o histórico, que explica o facto de a Qualidade de Vida possuir diferentes acepções consoante a etapa histórica na qual se

insere, o que considera o desenvolvimento económico, tecnológico e social. O segundo ponto é o cultural, já que diferentes povos constroem divergentes valores e necessidades. O último respeita as classes sociais. A existência de discrepâncias significativas a nível social acompanha variações nas concepções de bem-estar (Minayo, Hartz & Buss, 2000).

Apesar de não existir um significado consensual, têm sido elaborados esforços para que se recorra a uma abordagem mais ampla e integrada. A Organização Mundial de Saúde refere-se a este conceito através de cinco dimensões: saúde física, saúde psicológica, nível de independência (no que respeita a mobilidade, realização de tarefas diárias, rendimentos...), relações sociais e meio ambiente. Todavia, não se devem negligenciar os aspectos subjectivos referidos anteriormente, já que permitem obter uma visão integral da Qualidade de Vida (Souza e Carvalho, 2003).

Inouye, Pedrazzani e Pavarini (2008) afirmam que vários pesquisadores consentem nas seguintes características da QDV: é multidimensional, o que comporta a existência de inúmeras dimensões, tais como as mental, física, cultural, económica; é dinâmica, o que se explica pela sua inconstância no tempo e no espaço; e é subjectiva, já que é determinada pela percepção que o sujeito atribui às experiências inter e intra-individuais.

A definição mais reconhecida pela comunidade científica internacional é a de Robert Shalock (1996):

“A Qualidade de Vida é um conceito que reflecte as condições de vida desejadas por uma pessoa em relação às suas necessidades fundamentais que representam um núcleo das dimensões da vida de cada um: bem-estar emocional, relações inter-pessoais, bem-estar material, desenvolvimento pessoal, bem-estar físico, auto-determinação, inclusão social e desejos” (Verdugo & Schalock in Alonso, Borja & Veja, 2001).

Hoje em dia a QDV está em parte associada a bens materiais, nomeadamente os que se enquadram nas áreas de lazer, arte e diversão. Estes elementos permitem satisfazer as necessidades humanas, na medida em que os indivíduos estão expostos a um desgaste físico significativo, que se prende com o aumento da exigência no mercado de trabalho, logo a sua ausência reduziria a Qualidade de Vida. Todavia, a sociedade capitalista tem vindo a reforçar estas componentes, atribuindo o seu valor ao bem-estar pessoal. Por conseguinte, grande parte das actuais necessidades é moldada pela comunicação social, que as imprimem numa integração social. Mas, apesar das exigências modernas, a Qualidade de Vida não depende da aquisição dos bens materiais divulgados pela *media*, já que estes fornecem uma satisfação meramente momentânea, mas "...possui uma relação directa tanto com o bem-estar (felicidade) quanto com os elementos objectivos - bens materiais e

serviços, indispensáveis para a manutenção da dignidade humana" (Moreira, 2000, p. 32).

Para além da Qualidade de Vida, a Ansiedade, a Depressão e o Stress também serão alvo de análise no presente estudo. Como tal, descrever-se-ão tais conceitos, de seguida.

Ansiedade, Depressão e Stress

Ansiedade

Jacob Mendes DaCosta, em 1871, descrevera o seu contacto com casos associados a uma peculiar forma de desordem disfuncional do coração, a qual denominou por *coração irritável*. Pouco tempo depois, esta desordem ficou conhecida dentro e fora do hospital. DaCosta procedeu à análise de um conjunto de pacientes que apresentavam os sintomas relacionados com a disfunção apresentada, constatando a ausência de qualquer lesão no coração. Tal facto sustentou a sua conclusão de que a perturbação do sistema nervoso simpático era a causa dos sintomas cardíacos. A síndrome de DaCosta tornou-se alvo de expansão junto das entidades médicas, sendo o seu diagnóstico frequentemente elaborado por cirurgiões militares em soldados combatentes nas guerras de 1870 e 1890 (Kaplan & Sadock, 1985).

O elemento de Ansiedade foi incluído no trabalho de Freud, *On the Grounds for Detaching a Particular Syndrome from Neurasthenia under the Description of "Anxiety Neurosis"*, em 1895. A Ansiedade como sintoma havia sido reconhecida pelos neurologistas há algumas décadas, apesar de não ser foco de diagnóstico próprio (surgia sempre associada a outras doenças). A partir de Freud a Ansiedade começou a ser considerada pelos psiquiatras como uma entidade psicológica de extrema importância, dando origem a uma família de desordens emocionais (Ansiedade estado, Ansiedade como reacção, Ansiedade como neurose e Perturbação de Pânico). Porém, a adopção desta caracterização foi lenta (Kaplan & Sadock, 1985).

A perturbação de Ansiedade vinca a experiência do indivíduo na experimentação de ansiedade significativa e nos consequentes esforços para lidar com ela, facto que se distingue da Depressão (descrita posteriormente), na qual o sujeito manifesta um vincado humor melancólico, associado a um desespero que se une a uma falta de esperança na mudança da situação actual.

O sujeito ansioso apresenta um estado de apreensão constante, receando a chegada de acontecimentos negativos. Estes sintomas causam um sofrimento significativo, embora a sua severidade não se equipare aos transtornos psicóticos (Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2007).

A Ansiedade significa, etimologicamente, *incomodidade*, o que converge com as expectativas do sujeito de que algo desagradável lhe vai acontecer. Tal facto é acompanhado por estados de tensão, alarme, insegurança e medo. O comportamento manifestado caracteriza-se pela inquietação e demonstrações da hiperactividade do sistema nervoso simpático (Teixeira, 2005).

A resposta emocional natural despoletada perante a percepção de uma ameaça associada a acontecimentos denomina-se por ansiedade normal. O seu carácter de normalidade é explicado pelo estímulo desencadeante, que é esporádico e que não interfere no funcionamento cognitivo e corporal do sujeito. Por conseguinte, este tipo de Ansiedade possui um carácter adaptativo, sendo considerada uma reacção vivencial a acontecimentos ameaçadores. Contrariamente, a Ansiedade patológica surge como uma resposta desproporcional ao estímulo desencadeante (Ansiedade reactiva psicológica) ou então sobrevém sem possuir aparente ligação com o estímulo (Ansiedade endógena). A sua ocorrência é constante e o sujeito revive situações passadas que foram sentidas como ameaçadoras. Existem, portanto, repercussões corporais, emocionais e cognitivas. Ambas as formas de ansiedade descritas referem-se a uma ansiedade primária, sendo específicas da perturbação de Ansiedade propriamente dita. Porém, é possível distinguir a Ansiedade secundária, que se associa a estados psicopatológicos, ou seja, nestas situações a Ansiedade relaciona-se, por exemplo, com Psicoses, Depressões, Perturbações de personalidade, entre outros (Pires, 2003).

A Ansiedade é normalmente caracterizada por três componentes distintas. A componente somática refere-se à presença de sensações físicas, como palpitações, suores, tremores, dor no peito, náuseas e irregularidades respiratórias, que podem ocorrer isoladamente ou combinados. Quando quatro ou mais sintomas ocorrem juntamente (ou menos sintomas mas combinados com o medo de morrer ou de enlouquecer e perder o controlo), estamos perante um ataque de Pânico. Este pode ocorrer no contexto de qualquer Perturbação de Ansiedade, embora seja mais comum na Perturbação de Pânico (Rycroft, 1972).

Nas Perturbações de Pânico, constata-se frequentemente a tendência para desenvolver um medo de recorrência destes episódios, o que agrava ainda mais o sofrimento sentido.

Assim, estamos na presença da Agorafobia (Gleitman, Fridlund, Reisberg, 2007). O sujeito agorafóbico desenvolve, então, uma ansiedade relativamente a lugares ou situações nos quais a fuga possa ser difícil ou embaraçosa, ou nos quais o indivíduo possa não ter ajuda no caso de ter um ataque de Pânico ou sintomas semelhantes ao pânico (American Psychiatric Association, 1996).

A segunda componente da Perturbação de Ansiedade designa-se por componente cognitiva, que consiste, normalmente, na presença recorrente e intrusiva de pensamentos, imagens e preocupações. A forma das cognições podem englobar a ocorrência de súbitos *flashbacks*, bem como a existência de pensamentos que envolvam receio e desenhos antecipados de acontecimentos negativos que estão associados a um evento ou objecto particulares. Estes pensamentos são acompanhados por tentativas constantes de eliminá-los. Tal como a componente física, os sintomas cognitivos podem ser desencadeados pela ocorrência de um evento específico (e.g. andar de avião) mas também podem surgir subitamente.

A terceira componente da Perturbação de Ansiedade é a evitação comportamental, na qual o indivíduo evita a situação ou o evento que lhe provoca sintomas físicos e psicológicos negativos. Uma das suas formas específicas respeita os rituais, que são actos repetitivos e específicos que facilitam a diminuição ou mesmo a fuga aos efeitos de certos estímulos, eventos ou situações (Rycroft, 1972).

Para além da Ansiedade, surge um outro transtorno relevante para o presente estudo, a Depressão.

Depressão

Existem inúmeras explicações elaboradas face aos transtornos depressivos. Uma das mais remotas refere-se à história de Job, um homem com poder e consciencioso, que reagiu ao infortúnio com desespero persistente, auto-condenação, inércia e queixas somáticas. A explicação deste facto é Bíblica, dizendo que seria a vontade de Deus atormentar Job com o intuito de testar a sua fé (Wittenborg in Wolman, 1965).

De facto, as explanações para o surgimento de sintomas depressivos estariam relacionadas com a força dos deuses ou com a possessão demoníaca, o que era frequentemente constatável na literatura clássica. Noutros casos, certos Africanos consideravam que a experimentação de sintomas de baixa auto-estima e valor pessoal referia-se à sua conversão para a bruxaria. Estes sujeitos fazem parte de uma comunidade

que acredita na existência de bruxas. Na verdade, em algumas comunidades, a conversão pessoal para a bruxaria condiz com uma tentativa de concretizar a culpa irracional e a auto-condenação sentidas, factos vincadamente característicos da Depressão. A confissão de bruxaria muitas vezes era realizada, nomeadamente na época da Inquisição, por sujeitos susceptíveis a fortes reacções depressivas que, quando confrontados com falsas acusações, responderiam com episódios depressivos que gerariam sentimentos de culpa e, conseqüentemente, a falsa confissão (Kendler, 1976).

Já Hipócrates e Platão referiam-se à Depressão como um distúrbio nos sucos corporais. De facto, o termo *melancolia* pode ter surgido através da ênfase que Hipócrates dava à bÍlis negra em sujeitos com sintomas depressivos. Assim, durante pelo menos dois mil anos, as explanações da depressão referiam-se a uma base física, normalmente constituída na natureza. Este ponto sofreu alterações no decorrer da primeira parte do século XX, sendo comumente assumido que as depressões, nomeadamente perturbações que são seguidas por períodos de carácter maníaco-depressivo, não possuíam uma constituição apenas baseada na natureza, podendo também ser o resultado de determinação hereditária. Conquanto, a natureza exacta das características determinadas geneticamente era incerta e paradoxal. A partir de Hipócrates, ou mesmo antes, surgiram declarações que associavam o tipo de corpo com traços temperamentais e com a susceptibilidade à doença. Estas afirmações possuíam uma qualidade delicada. (Wittenborg in Wolman, 1965).

Após a elaboração de inúmeras investigações no âmbito das perturbações depressivas, particularmente das de natureza cíclica (maníaco-depressivas), constatou-se que estas desordens poderiam ser herdadas de acordo com um padrão dominante. Posteriormente, muitos outros estudos foram realizados o que diminuiu o realce da hereditariedade. Assim, um extenso leque de investigações surgiu com o intuito de analisar a epidemiologia da doença mental.

Apesar do conteúdo académico que tais estudos atribuíram à Depressão, o seu termo é comumente utilizado para descrever um estado passageiro, bastante diferente do seu significado científico.

Contrariamente ao que é dito pelo senso comum, os estados depressivos ou Depressões são “o conjunto de manifestações psicológicas (e físicas) que exprimem a polarização triste do humor e afectos, tendo manifestações fundamentais e acessórias. Podem ter causas múltiplas e expressões clínicas diversas” (Teixeira, 2005, p.128).

Os pontos base da Depressão são o sentimento de tristeza – também referido como melancolia e desespero – e a percepção de reduzido valor próprio (Simon, 1993).

Teixeira (2005) refere três manifestações principais:

- Humor deprimido: manifesta-se no sujeito como a fixação no pólo de tristeza, correspondendo a uma fraca modulação pelos acontecimentos. O indivíduo experimenta estados de desânimo, dor e abatimento, estando a sua expressão concordante com o estado de espírito;

- Perturbação psicomotora: manifesta-se, normalmente, através de uma lentificação, embora também possam surgir inquietação e agitação provenientes da ansiedade (que muitas vezes acompanha a depressão). A perda de iniciativa, a dificuldade de agir, a falta de motivação, o pensamento lentificado e a fala monocórdica são características presentes nos sujeitos deprimidos. Como tal, as manifestações motoras podem englobar um empobrecimento dos movimentos (hipocinesia), fadiga generalizada e falta de expressividade;

- Autodesvalorização: refere-se à perda de auto-estima, à cristalização de sentimentos de inferioridade e de culpa. O sentimento de culpa pode ser delirante quando a Depressão é psicótica.

Para além destas características, existem muitas outras que são típicas da Depressão, como perturbações de sono e de alimentação, desinteresse sexual, incapacidade de realizar tarefas anteriormente efectuadas com sucesso, perda de energia, fadiga constante, pensamentos suicidas, sentimentos de culpa, irritabilidade, choro e dores de cabeça crónicas. Todavia, estes factores não são universais, variando de caso para caso. Por exemplo, existem sujeitos nos quais a depressão se manifesta através de uma perda de prazer (anedonia) e não pela presença de dor (Harold, Bloomfield & McWilliams, 1996). Assim, o diagnóstico da Depressão torna-se complexo, pois pode camuflar-se nas experiências normais de vida.

Para se compreender a essência da Depressão é necessário analisar a sua natureza. Em primeiro lugar, a Depressão pode ser um sintoma, fazendo parte do corpo. Neste sentido, serve para alertar para o facto de algo estar errado. Pode citar-se como exemplo uma doença física. A Depressão pode surgir com o fim de patentear a existência de uma disfunção efectiva, daí acompanhar algumas doenças (como perturbações do sistema endócrino). Esta forma de Depressão também pode ser denominada por Depressão endógena, já que deriva do interior do corpo, sendo normalmente entendida como uma consequência de perturbações bioquímicas do cérebro, do sistema hormonal ou do sistema nervoso. Nestes casos existe, normalmente, uma resposta positiva a anti-depressivos (Martin, 2001). As depressões psicóticas são a forma mais grave de depressão endógena. É

atribuído este termo pela severidade dos seus sintomas.

Para além disto, a própria Depressão também pode ser uma doença, denominada por Depressão Major, que se divide em duas formas principais, sendo estas a Depressão unipolar (estados apenas depressivos) e a Depressão bipolar (estados depressivos alternados com estados maníacos). Este tipo de Depressão, muitas vezes denominada por Depressão neurótica, pertence às Perturbações do Humor, mais especificamente às Perturbações depressivas, e caracteriza-se pela presença de dois ou mais Episódios Depressivos Major (American Psychiatric Association, 1996).

Para estes últimos ocorrerem, e segundo a mesma referência literária, têm que estar presentes cinco ou mais dos seguintes sintomas: Humor depressivo, diminuição clara do interesse ou prazer nas actividades, perda de peso, insónia ou hipersónia quase todos os dias, agitação ou lentificação motora, fadiga ou perda de energia, sentimentos de desvalorização e culpa excessiva e inapropriada, diminuição da capacidade de pensamento ou da concentração e pensamentos recorrentes acerca da morte (as duas características iniciais têm que estar necessariamente presentes).

Por fim, a Depressão pode ser uma reacção face a acontecimentos de vida (Depressão reactiva), variando o seu tempo de duração consoante a estabilidade psicológica do sujeito, isto é, se um indivíduo for emocionalmente sadio então a Depressão será vivenciada durante um curto período de tempo, diferenciando-se das situações crónicas (Hart,1993).

As causas desta perturbação podem estar relacionadas com os processos de pensamento; com uma ameaça real ou imaginária para a auto-estima ou mesmo com a existência de familiares com a mesma perturbação. Normalmente persiste durante meses ou anos, interferindo consideravelmente na vida do indivíduo.

Stress

O Stress encontra-se marcadamente sublinhado na sociedade actual, o que deriva do ritmo frenético e das constantes mudanças ocorridas a nível das atitudes, comportamentos, valores, entre outros. A trivialidade do conceito de Stress conduziu ao uso generalizado do seu conteúdo, embora tal esteja longe de reportar um significado claro.

O termo Stress nasceu no campo da arquitectura e da física e referia-se à acção de alguns agentes externos nos materiais de construção.

Walter Cannon (investigador médico), em 1932, usou precocemente o termo Stress, após realizar uma experiência que permitiu reconhecer que a falta de oxigénio, valores

extremos de temperatura e outras reacções promotoras de excitação emocional provocam um efeito excitante no corpo. Denominou, então, esse efeito de Stress, acreditando que era uma causa comum dos problemas médicos (Straub, 2005).

Numa das suas outras experiências, realizada com gatos, Cannon verificou que se geraria uma resposta corporal perante situações de Stress, sendo esta denominada por *reacção de luta ou fuga*. Tal facto é bastante adaptativo para o sujeito, na medida em que promove uma reacção imediata que possibilita a acção (Straub, 2005). Como tal, Cannon, através dos seus estudos sistemáticos dos efeitos do Stress no corpo, averiguou que, se um estímulo físico ou emocional for suficientemente severo, pode induzir, tanto em humanos como em animais, a capacidade de agir para além dos seus limites adaptativos (Elliott, 1989).

Hans Selye, de acordo com medições corporais e químicas, definiu o Stress como um conjunto de reacções somáticas ou mentais advindas das exigências efectuadas sobre o corpo. Para além disso, afirmara também que o Stress resulta, normalmente, de uma luta para a homeostase das partes dentro do todo. Há, portanto, um conjunto de doenças de adaptação produzidas a partir de reacções desproporcionadas ou de defesa do organismo, assim como da sua submissão. Este autor possuiu um papel distinto na promoção da ideia de que existe uma ligação entre o Stress e a doença física (Selye in Golberger, 1982).

Seley (1982), citado pelo mesmo autor, descobriu que uma grande variedade de substâncias tóxicas produzia nos animais o que parecia ser uma resposta física não específica, que ele denominou de Síndrome de Adaptação Animal. Identificou, então, três fases desta síndrome: a primeira diz respeito a uma reacção de alarme, na qual a adaptação ainda não foi adquirida; na segunda, denominada por fase de resistência, a adaptação é óptima; e, por fim, na fase de exaustão, a adquirida adaptação volta a perder-se. Seley, impressionado com o que parecia ser uma resposta universal, afirmara que o Stress deveria referir-se a essa resposta, e não aos estímulos que a produziram, chamando-a de *stressors*.

Lipp (2000) identificou uma quarta fase, através da construção do inventário de Sintomas de Stress, que se situa entre as fases de resistência e de exaustão. Esta fase – de quase exaustão – ocorre quando o sujeito se encontra enfraquecido, não conseguindo adaptar-se mais ao factor promotor de Stress. Assim, as doenças podem surgir num nível mais leve do que na fase de exaustão (Silva & Muller, 2007).

Numa perspectiva geral “o Stress é considerado como um factor negativo, o que se atribui de uma forma indefinida a razão de ser do nosso mal-estar psicológico e físico, ou os resultados negativos da nossa acção” (Pinto & Silva, 2005, p. 13). Mas, apesar de afectar

negativamente o bem-estar dos indivíduos bem como a sua satisfação com a vida, conduzindo a uma possível adopção de comportamentos de risco, constitui-se como uma experiência fundamental com benefícios adaptativos.

O Stress também pode definir-se como um estado psicológico que deriva da avaliação psicológica de sucesso elaborada pelo sujeito, na qual se poderão ajustar as exigências do meio envolvente. Assim, reside na percepção que o indivíduo possui do equilíbrio. As exigências não se constituem como o foco fundamental, tendo que considerar-se a habilidade que o indivíduo tem para lidar com as mesmas (Cox, 1988).

Relação entre a Ansiedade, a Depressão e o Stress

A descrição das perturbações clínicas, bem como as suas semelhanças e diferenças, é fundamental para a investigação.

Estudos elaborados no Reino Unido, mais propriamente em Newcastle, que englobaram doentes internados com manifestações graves, permitiram delinear uma barreira entre a Ansiedade e a Depressão. Tal facto despoletou o surgimento de um conjunto de investigações nesta área que, na verdade, não contribuíram significativamente para o aumento de conhecimento. Só mais tarde é que foi possível comprovar que a estabilidade de diagnóstico não é tão sólida como se pensava, o que é constatável pela presença de diagnósticos de Depressão e de Ansiedade em alturas distintas num mesmo sujeito. Aliás, muitos doentes preenchem os critérios de ambas as perturbações simultaneamente (Hallstrom & Macclure, 2000).

Vários estudos empíricos demonstram que o estado depressivo e o estado ansioso estão relacionados (tanto na infância, adolescência e fase adulta). Estudos que utilizam apenas um instrumento, como, por exemplo, o auto-questionário, têm comprovado uma associação entre o estado depressivo (e outros sintomas da Depressão) e a Ansiedade (que engloba outras emoções negativas, tais como irritabilidade e agressividade). Outros, que utilizam mais que um método (ex. relatórios provenientes de várias fontes – criança/adolescente, pais, professores) têm demonstrado uma forte associação entre o estado depressivo e outras emoções negativas, particularmente a Ansiedade (Compas & Oppedisano, 2000).

Embora estas duas perturbações possam coexistir, é de salientar a sua diferenciação. Uma das perspectivas relativas a estas temáticas das perturbações de Ansiedade e Depressão é que são de facto distintas, com tendência a ocorrer uma após a outra em

praticamente todos os sujeitos afectados.

Apesar das inter-relações que a Ansiedade e a Depressão apresentam, estes estados mentais também possuem uma relação estreita com o Stress, facto detalhado pela literatura.

Várias experiências indicaram que eventos de vida adversos poderão produzir sentimentos de depressão e tristeza. Alguns investigadores têm focado o seu interesse na associação entre o Stress e a Depressão clínica. Em 60% dos casos os episódios depressivos precedem a ocorrência de factores de stress, nomeadamente de origem psicossocial. Relativamente aos factores genéticos, pode dizer-se que a sua influência no desenvolvimento da Depressão poderia estar associada a uma maior sensibilidade a eventos de Stress (Joca, Padovan & Guimarães, 2003).

Muitos estudos tentaram examinar a hipótese de que eventos de vida agudos podem conduzir a um episódio de Depressão. Normalmente, os resultados suportavam a hipótese.

Também a Ansiedade tende a ser confundida com o Stress devido a alguns sintomas convergentes, daí ser necessário referir as linhas diferenciadoras. A Ansiedade, como já foi apontado, refere-se a um medo generalizado e profundo associado à apreensão e antecipação de situações temerosas. Por sua vez, o Stress surge nos sintomas de Ansiedade, logo é considerado uma força externa adaptativa, o que não é aplicável à Ansiedade - doença ou patologia (Hallstrom & Macclure, 2000).

Através da revisão de literatura é possível compreender que uma criança surda provoca inevitáveis alterações na estrutura familiar, conduzindo a necessários ajustamentos. A reacção dos pais face à deficiência auditiva de um filho pode ser variada. Na verdade, o processo de adaptação é essencial para que a criança possua os benefícios que lhe permita desenvolver as ferramentas favoráveis a um crescimento positivo. Porém, são muitos os factores que poderão intervir no modo como os pais encaram a situação, daí a importância de conhecer as suas variáveis psicológicas e relacioná-las com o decurso adaptativo.

Este estudo permite, portanto, compreender a vertente interna dos pais que têm filhos surdos, facto que não tem sido muito explorado na população portuguesa e que merece relevo significativo. A grande parte das investigações foca-se nos sujeitos surdos e não nos familiares que os rodeiam, apesar de ser fundamental realizar um despiste das necessidades e problemáticas experienciadas pelos pais, para que possa existir uma intervenção eficaz a nível destas crianças. Apesar de existirem alguns estudos na área, a sua análise ocorre em moldes diferenciados dos usados na presente investigação.

MÉTODO

Participantes

A amostra utilizada é intencional heterogénea sendo, mais propriamente, representativa, o que é legitimado pelo carácter propositado da sua escolha, garantindo a representação das variáveis.

A recolha da amostra decorreu em Lisboa, junto de utentes do serviço do centro auditivo WIDEX, bem como de pais de crianças que frequentam o Instituto Jacob Rodrigues Pereira.

A amostra é constituída por 56 sujeitos: 28 pais com filhos cuja surdez foi adquirida/diagnosticada à nascença e 28 pais cujos filhos obtiveram o diagnóstico mais tardio (números que pertencem à variável principal). As suas faixas etárias variam entre os 26 e os 56 anos, o nível de escolaridade mínimo corresponde ao 1º ano e o número de sujeitos empregados é de 44. O género feminino corresponde a 40 indivíduos, sendo apenas 16 do sexo masculino. O tipo de família é, em 40 casos, nuclear e 39 pais têm dois ou mais filhos.

Tabela 1. Caracterização dos pais ouvintes e dos seus respectivos filhos surdos

S	Género	Idade dos	Nível de escolaridade	Situação Laboral	Tipo de	Nº de filhos	Surgimento da
---	--------	-----------	-----------------------	------------------	---------	--------------	---------------

			pais				família		surdez	
	Pais	Filho	34	Pais	Filho					
1	M	M	34	Sec.	1° C	E	N	≤ 2	Nascença	
2	F	M	41	Sec.	1° C	E	N	≤ 2	Nascença	
3	M	M	43	Sup.	1° C	E	N	≤ 2	Nascença	
4	F	M	40	B	2° C	E	N	≤ 2	Mais tarde	
5	M	M	45	Sup.	2° C	E	N	≤ 2	Nascença	
6	F	M	37	Sec.	1° C	E	N	≤ 2	Nascença	
7	M	M	35	Sup.	1° C	E	N	≤ 2	Nascença	
8	F	M	41	Sec.	1° C	NE	M	1	Nascença	
9	F	M	28	B	1° C	E	M	1	Mais tarde	
10	F	F	41	B	1° C	NE	M	≤ 2	Mais tarde	
11	F	M	29	B	1° C	NE	N	1	Mais tarde	
12	F	F	29	B	1° C	E	N	1	Mais tarde	
13	F	F	28	Sec.	1° C	E	M	1	Nascença	
14	F	F	33	B	1° C	NE	N	≤ 2	Mais tarde	
15	F	M	43	Sup.	2° C	E	N	≤ 2	Mais tarde	
16	M	F	33	Sec.	1° C	E	N	≤ 2	Nascença	
17	F	F	30	B	1° C	NE	M	≤ 2	Mais tarde	
18	F	M	39	B	1° C	NE	N	1	Mais tarde	
19	F	M	26	B	1° C	E	N	≤ 2	Mais tarde	
20	F	M	42	Sec.	2° C	E	M	1	Nascença	
21	F	F	36	Sec.	1° C	E	N	≤ 2	Mais tarde	
22	F	F	32	B	PE	E	N	≤ 2	Mais tarde	
23	F	F	32	Sup.	PE	E	N	≤ 2	Nascença	
24	M	F	30	Sec.	PE	E	N	≤ 2	Nascença	
25	M	M	36	Sup.	PE	E	N	≤ 2	Nascença	
26	F	F	37	Sec.	1° C	E	N	≤ 2	Nascença	
27	F	F	44	Sec.	PE	E	N	≤ 2	Nascença	
28	M	M	50	Sup.	2° C	E	M	≤ 2	Mais tarde	
29	F	M	41	Sup.	1° C	E	N	≤ 2	Mais tarde	
30	M	M	43	Sup.	1° C	E	N	≤ 2	Mais tarde	
31	M	M	44	Sup.	1° C	E	M	1	Nascença	
32	F	M	46	Sec.	1° C	NE	M	1	Nascença	

33	F	F	50	B	1° C	E	M	≤ 2	Mais tarde
34	F	F	31	Sup.	1° C	E	N	≤ 2	Nascença
35	F	F	32	Sup.	PE	E	N	≤ 2	Mais tarde
36	F	M	36	Sec.	1° C	E	N	1	Nascença
37	F	M	29	Sup.	PE	E	N	1	Nascença
38	M	M	44	Sec.	PE	E	N	≤ 2	Nascença
39	F	F	31	Sup.	PE	E	N	1	Nascença
40	F	M	40	B	PE	E	N	1	Nascença
41	F	M	36	Sec.	PE	E	N	1	Nascença
42	M	F	44	B	1° C	E	M	≤ 2	Mais tarde
43	F	F	44	B	1° C	E	M	≤ 2	Mais tarde
44	F	M	42	Sup.	1° C	E	N	≤ 2	Mais tarde
45	F	F	42	B	1° C	E	M	1	Mais tarde
46	F	M	44	B	1° C	E	N	≤ 2	Nascença
47	M	M	47	B	1° C	NE	N	≤ 2	Nascença
48	F	M	32	Sec.	1° C	E	N	≤ 2	Mais tarde
49	M	M	34	Sup.	1° C	E	N	≤ 2	Mais tarde
50	F	F	39	B	1° C	NE	M	≤ 2	Nascença
51	M	F	35	B	1° C	NE	M	≤ 2	Nascença
52	M	M	43	Sup.	1° C	E	N	≤ 2	Mais tarde
53	F	M	41	Sup.	1° C	E	N	≤ 2	Mais tarde
54	F	F	33	Sup.	1° C	NE	N	≤ 2	Mais tarde
55	F	F	47	Sec.	2° C	NE	M	1	Mais tarde
56	F	F	56	B	2° C	E	N	1	Mais tarde

Nota F = Feminino; M = Masculino; B = Ensino Básico; Sec. = Ensino secundário; Sup. = Ensino Superior; E = empregado; NE = Não empregado; N = família nuclear; M = Família monoparental.

Material

Para avaliarmos as dimensões anteriormente apontadas, seleccionaram-se dois questionários, aferidos para a população portuguesa, e desenvolveu-se um questionário de

caracterização da amostra. Assim, o Protocolo de Avaliação é constituído por:

- a) Questionário de caracterização da amostra;
- b) Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21);
- c) WHOQOL-Bref.

A tabela 1 (Anexo E) apresenta um resumo dos instrumentos utilizados.

De seguida, descrever-se-á, em detalhe, o material utilizado.

a) Questionário de Caracterização da Amostra

O Questionário de Caracterização da Amostra foi elaborado com o intuito de recolher informações dos sujeitos amostrados a diversos níveis. Assim, é possível dividi-lo em três eixos. O primeiro eixo engloba os pontos 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7, que abordam questões sócio-demográficas, permitindo, então, obter dados sociais e demográficos (ex., habilitações literárias, género, idade, número de filhos). O segundo eixo (pontos 8 e 9) refere-se a questões clínicas da criança, respeitando, mais precisamente, as características da surdez (como o nível de surdez, o momento de surgimento da surdez e a presença ou ausência de implante coclear). Por fim, o terceiro e último eixo abrange as questões clínicas dos pais e também perguntas abertas de cariz qualitativo (itens 10-15).

b) Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) permite avaliar estes três construtos através de um modelo tripartido, em que a Ansiedade e a Depressão se reúnem em três estruturas básicas. A primeira refere-se ao Distress, que está associado a sintomas que são experimentados por sujeitos deprimidos e também ansiosos – facto que se articula com a forte relação que a Ansiedade e a Depressão possuem – podendo estes revelar-se sob a forma de insónias, irritabilidade, dificuldade de concentração, entre outros. As restantes estruturas dizem respeito à tensão somática e à hiperactividade, como factores associados à ansiedade, à anedonia (perda da capacidade de sentir prazer) e à ausência de afecto positivo, específicos da Depressão.

Lovibond e Lovibond (1995) construíram uma escala, denominada por *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS), que considera as perturbações psicológicas dimensionais, ou

seja, as diferenças experimentadas entre indivíduos normais e sujeitos portadores de patologia são fundamentalmente de grau. Esta escala ponderaria o envolvimento de todos os sintomas de Depressão e Ansiedade, destacando os critérios psicométricos e distinguindo com precisão ambos os construtos.

Os mesmos autores caracterizam a escala de Depressão pela baixa auto-estima, perda de motivação e diminuta capacidade percebida de alcance de objetivos relevantes para o sujeito; a escala de Ansiedade pela ligação entre estados significativos de ansiedade e respostas de medo; e o Stress por estados de excitação e tensão constantes e por uma fraca capacidade de tolerar a frustração.

A escala possui 42 itens e a sua classificação é composta por cinco posições que varia entre “normal” e o “muito grave”.

Contudo, existe uma versão de 21 itens, designada por EADS-21, que faculta a medição dos construtos de forma equitativa à versão de 42 itens, possuindo a vantagem de poder ser aplicada a sujeitos fragilizados, nomeadamente em contextos de saúde, sem constituir uma sobrecarga significativa. Esta escala reduzida divide-se em três sub-escalas, como já foi referido, sendo estas a Depressão, Ansiedade e Stress. A escala da Depressão organiza-se da seguinte forma: Disforia (um item); Desânimo, (um item); Desvalorização da vida (um item); Auto-depreciação (um item); Falta de interesse ou de envolvimento (um item); Anedonia (um item); Inércia (um item). A escala de Ansiedade possui os itens que se seguem: Excitação do Sistema Autónomo (três itens); Efeitos Músculo Esqueléticos (um item); Ansiedade Situacional (um item); Experiências Subjectivas de Ansiedade (dois itens). Por fim, a escala de Stress é caracterizada por: Dificuldade em Relaxar (dois itens); Excitação Nervosa (um item); Facilmente Agitado/Chateado (um item); Irritável/Reacção Exagerada (dois itens); Impaciência (um item). A escala institui-se em quatro pontos de gravidade ou frequência, sendo a sua composição de tipo Likert: “não se aplicou nada a mim”, “aplicou-se a mim algumas vezes”, “aplicou-se a mim muitas vezes”, “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”. A população à qual se dirige terá que apresentar uma idade superior a 17 anos.

Ribeiro, Honrado e Leal (2004) adaptaram a versão mais reduzida da escala à população portuguesa e apuraram a sua qualidade psicométrica. A consistência interna foi avaliada através do Alfa de Cronbach. Os valores encontrados para a EADS-21 foram de 0,85 para a escala de Depressão; de 0,74 para a escala de Ansiedade e de 0,81 para a de Stress. Tais resultados confirmam a existência de um favorável grau de coerência entre as respostas dadas pelos sujeitos a cada um dos itens que compõem a escala.

A tabela 2 (Anexo E) apresenta os valores encontrados para a validade convergente-discriminante. A validade dos itens é “inspeccionada pela comparação da correlação do item com a escala a que pertence (corrigida para sobreposição) com as correlações com as escalas a que não pertence. Uma boa convergência/discriminação aponta para que os valores da correlação de Pearson com a escala a que pertence devem ser superiores aos valores com as escalas a que não pertence em cerca de 25 pontos. Em condições ideais os valores de correlação item-escala a que pertence deviam ser acima de 0,40 e abaixo de 0,30 com aquelas a que não pertence” (Pais-Ribeiro, Honrado e Leal, 2004).

Os resultados apontam para uma inscrição dentro dos padrões exigidos, apesar de os valores da correlação dos itens com as escalas a que não pertencem serem mais elevados do que seria ideal, facto que indica a existência de uma contaminação entre os construtos Ansiedade, Depressão e Stress. Os itens em que existe sobreposição referem-se aos domínios de Ansiedade e Stress, ambos dirigidos para energias nervosas, o que está de acordo com a relação existente entre ambas as síndromes avaliadas.

Para ser possível efectuar a análise da correlação das escalas da EADS é necessário considerar que as correlações entre as três dimensões sejam baixas. Os resultados desta correlação encontram-se na tabela 3 (Anexo E). É possível reconhecer a presença de valores favoráveis quer na versão original como na versão portuguesa, estando as percentagens de variâncias compreendidas entre os 38% e os 27%.

c) Instrumento WHOQOL-Bref

O esforço para desenvolver métodos que permitam avaliar a Qualidade de Vida e o Bem-estar tem sido expressivo, primeiramente nos Estados Unidos e em Inglaterra, sendo, depois, traduzidos para outras línguas. Contudo, cada autor reflectia as suas preocupações de forma distinta, de acordo com a sua definição do conceito, cristalizando a dificuldade de criar critérios que permitisse formar um instrumento geral que avaliasse a Qualidade de Vida. Assim, a Organização Mundial de Saúde investiu na elaboração de um projecto que contou com a colaboração de 15 Centros sediados em diferentes países e que consistia no envolvimento de distintas línguas e culturas. Em consequência, deu-se a formulação de um Instrumento Geral de Avaliação da Qualidade de Vida, denominado por WHOQOL-100, cuja versão original é constituída por questões que avaliam 6 domínios distintos: Físico, Psicológico, Nível de independência, Relações Sociais, Meio Ambiente e Espiritualidade - Crenças Pessoais.

As características deste instrumento, traduzido em 20 línguas, permitem que seja utilizado em diferentes contextos, podendo ser aplicado em sujeitos com ou sem doença com idade superior a 18 anos ou inferior a esta, caso desempenhem papel de adulto.

As etapas de desenvolvimento deste instrumento foram várias, estando a primeira relacionada com a clarificação do conceito de Qualidade de Vida, tendo esta definição sido considerada um construto subjectivo, que se baseia na percepção individual do sujeito, através das suas experiências pessoais. Para além disso, é considerado multidimensional, incluindo dimensões físicas, psicológicas e sociais, constituindo-se, também, por dimensões negativas e positivas (OMS, 1998).

A análise final elaborada pelos 15 Centros referidos facultou o reconhecimento de que as características psicométricas do WHOQOL-100 preencheram os requisitos necessários ao nível da consistência interna, validade discriminante, validade convergente, validade de critério e fidedignidade teste-reteste, bem como a possibilidade de maneio a nível multicultural (OMS, 1998).

A necessidade de criar um instrumento mais reduzido que permitisse uma aplicação e interpretação mais rápidas conduziu à elaboração do WHOQOL-BREF. Este instrumento de versão reduzida é constituído por 26 questões, estando 24 ligadas às dimensões que compõe o instrumento original e 2 sublinhando aspectos gerais referentes à Qualidade de Vida e ao Estado Geral de Saúde.

A selecção das questões seguiu critérios psicométricos e conceptuais. Num primeiro nível, definiu-se que cada aspecto deveria ser avaliado a partir de uma única questão. Ao segundo nível, depreendeu-se que se seleccionava a questão que se correlacionasse em maior índice com o resultado total, calculando a média de todos os aspectos. Este nível distingue-se, portanto, do procedimento da versão original em que cada um dos 24 aspectos seria avaliado através de 4 questões.

Por fim, uma equipa de especialistas elaborou uma análise das questões seleccionadas, com o intuito de verificar se representavam cada domínio de onde os aspectos advinham. Assim, foram elaboradas as devidas alterações e, posteriormente, uma análise factorial que envolveu 20 Centros de 18 Países, o que confirmou a versão final do WHOQOL-BREF, constituído por 4 domínios (OMS, 1998), como é possível verifica-se na tabela 4 (Anexo E).

As questões do WHOQOL-BREF são fechadas, correspondendo ao formato tipo Likert, onde cada item possui diferentes possibilidades de resposta, podendo esta compreender pólos de discordância (0%) ou concordância (100%), considerando o que melhor se aplica

ao sujeito (ver tabela 5 no Anexo E).

A consistência interna para cada domínio foi avaliada pela Organização Mundial de Saúde através do cálculo do Alpha de Cronbach. Os valores iguais ou superiores a 0.70 são considerados satisfatórios. Para além disso, a estatística descritiva também foi considerada. A tabela 6 (Anexo E) apresenta os valores encontrados para a consistência interna e estatística descritiva. Constata-se que todos os domínios possuem valores superiores a 0.7, o que converge para uma favorável consistência interna. O domínio “Relações Sociais” possui o valor alfa mais baixo.

Relativamente à validade de critério constata-se que todos os domínios surgem num modelo linear que explica 44% da variância, com exceção do domínio 3 - Relações Sociais (ver tabela 7 no Anexo E).

A análise teste-reteste demonstra que os valores dos quatro domínios se encontram num padrão aceitável (saúde física: 0.81; saúde psicológica: 0.69; relações sociais: 0.80; saúde ambiental: 0.75). Os valores apresentados são elevados e marcadamente significativos, demonstrando uma boa fidedignidade teste-reteste (ver tabela 8 no Anexo E).

As características psicométricas do instrumento WHOQOL-BREF na sua versão em português revelam resultados semelhantes aos apresentados na versão original abreviada.

Procedimento

Este trabalho abordou a situação emocional de pais ouvintes com filhos surdos, definindo-se pelo seu carácter quantitativo, comparativo, exploratório e analítico-transversal (pois pretende explicar os resultados através de relações estatísticas entre as variáveis num dado momento, ou seja, as correlações entre a presença de filhos surdos e a Qualidade de Vida, a Depressão, a Ansiedade e o Stress).

As variáveis independentes são definidas como o tempo de surgimento da surdez (de nascença ou adquirida mais tarde), a situação laboral dos pais (empregados, não empregados), a idade dos pais (até 40 anos, 40 anos ou mais), o género dos filhos (feminino, masculino), a presença ou ausência de implante coclear, a dificuldade de integração dos filhos (Sim, Não), a inserção da criança num ensino especial (Sim, Não), bem como a existência de acompanhamento e apoio para a mesma, e o suporte social (Sim, Não). As variáveis dependentes dizem respeito à Qualidade de Vida, Depressão, Ansiedade e Stress.

Espera encontrar-se uma correlação positiva entre a presença de níveis significativos de Depressão, Ansiedade e Stress em pais cujo (s) filho (s) possuam uma surdez adquirida mais tarde, em que o nível de suporte social é reduzido, bem como o nível socioeconómico, sendo a Qualidade de Vida percebida como mais baixa. Prevê-se que as restantes variáveis também tenham uma relação directa com os níveis de Ansiedade, Depressão e Stress, tais como o tipo de família monoparental, a existência de dois ou mais filhos, a presença de dificuldade de integração, a não inserção num ensino especial bem como a ausência de qualquer tipo de apoio ou acompanhamento.

A elaboração deste estudo passou por diferentes fases. Iniciou-se um primeiro contacto com vários sujeitos pertencentes à comunidade surda. O trabalho de natureza literária foi encetado, prolongando-se por todo o tempo de elaboração do estudo, seguindo-se a escolha dos instrumentos e a construção do questionário de caracterização da amostra.

A recolha de dados decorreu de Fevereiro a Junho de 2009. Inicialmente estabeleceram-se contactos com variadas instituições, via e-mail e telefone. A segunda etapa passou pelo contacto directo. Após um processo de análise, mais propriamente dos objectivos da investigação e dos questionários a ser aplicados, o Instituto Jacob Rodrigues Pereira aceitou colaborar com a pesquisa. Enviaram-se, então, os questionários para casa, através dos alunos, numa primeira fase. Posteriormente, efectuaram-se diversos momentos de sensibilização, presencialmente, auxiliando os pais a preencherem os questionários, caso necessário. O mesmo processo ocorreu no centro auditivo WIDEX, no qual parte da recolha também foi efectuada.

A aplicação dos instrumentos deverá seguir um conjunto de regras, cuja ausência poderá afectar, directa ou indirectamente, a recolha. Primeiramente ocorreu uma apresentação do investigador aos sujeitos presentes, seguindo-se uma abordagem dos objectivos da investigação, sublinhando o anonimato e a confidencialidade dos participantes e dos dados respectivos. Após a obtenção do consentimento informado e do conseqüente agradecimento pela colaboração com o projecto, introduziram-se o questionário de caracterização da amostra bem como as duas escalas de avaliação (EADS e WHOQOL-Bref), para, de seguida, se proceder à sua aplicação na ordem determinada.

RESULTADOS

Os resultados do estudo encontrar-se-ão anunciados neste capítulo, estando decompostos por instrumentos de avaliação, de modo a que a leitura dos dados seja coadjuvada.

1. Questionário de Caracterização da Amostra

Inicialmente, apresentar-se-ão os valores descritivos referentes ao questionário de caracterização da amostra para os grupos M1 (filhos cuja surdez é inata) e M2 (filhos cuja surdez foi adquirida mais tarde). A tabela 9 (Anexo E) expõe os dados referentes a tal análise.

Tal como é possível observar nas figuras subsequentes, no grupo M1 o número de crianças que frequenta o Ensino Especial é significativamente inferior ao grupo M2. Neste último grupo, a quantidade de pais que considera possuir Apoio Social é superior ao grupo M1. Contudo, as dificuldades de integração dos filhos e, conseqüentemente, da família na comunidade são mais elevadas no grupo M2 quando comparadas com o grupo M1.

Figura 1. Percentagem de filhos que frequentam o Ensino Especial para a variável “Surgimento da surdez” (M1, M2)

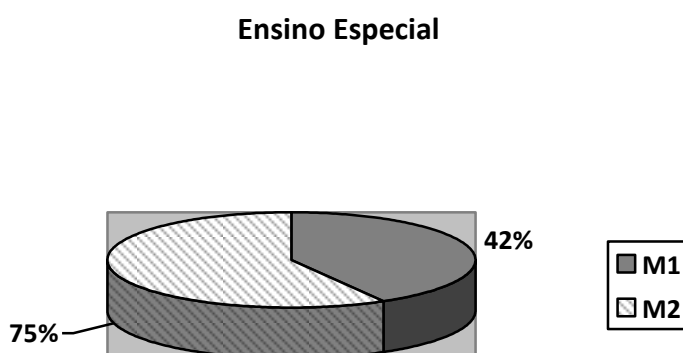


Figura 2. Percentagem de pais que consideram possuir Apoio Social para a variável “Surgimento da surdez” (M1, M2)

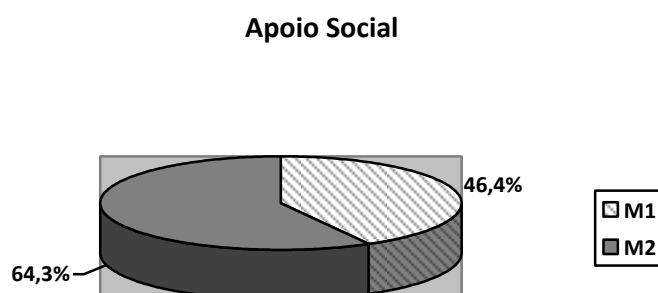
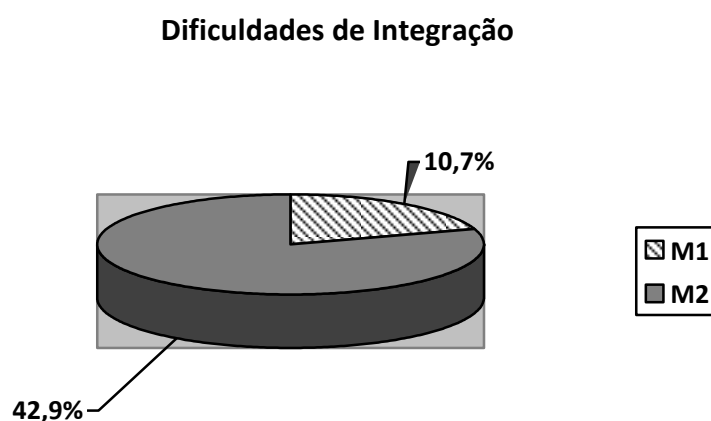
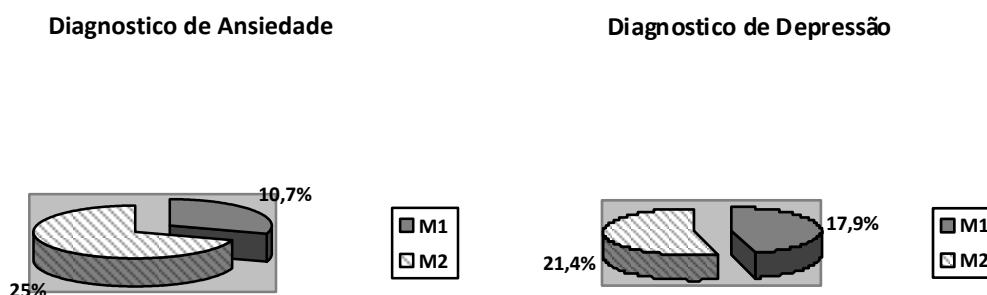


Figura 3. Percentagem de sujeitos que declaram que o seu filho possui Dificuldades de Integração para a variável “Surgimento da surdez” (M1, M2)



O número de pais que já receberam diagnóstico de Ansiedade e Depressão é ligeiramente superior no grupo M2, bem como a sua consequente necessidade de receberem medicação para o efeito. Naturalmente, os valores associados à fracção de pais que possuem qualquer tipo de apoio ou acompanhamento são mais elevados no grupo M2 relativamente ao grupo M1.

Figuras 4 e 5. Percentagens de pais com diagnóstico anterior de Ansiedade e Depressão para a variável “Surgimento da surdez” (M1, M2).



Figuras 6 e 7. Percentagens de pais que receberam anterior medicação para a Ansiedade e para a Depressão, considerando a variável “Surgimento da surdez” (M1, M2)

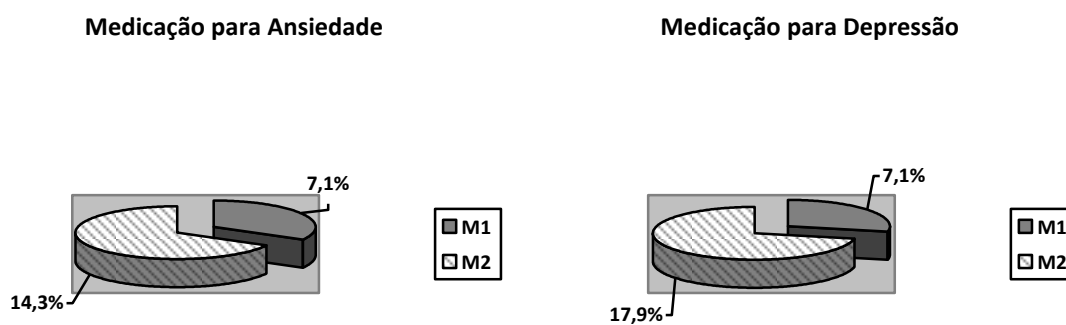
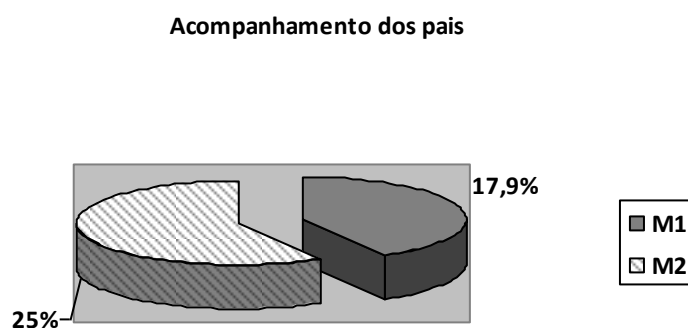


Figura 8. Percentagem de pais com qualquer tipo de Apoio ou Acompanhamento



2. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress

A Ansiedade, a Depressão e o Stress foram primeiramente examinados face à variável “Surgimento da surdez”.

As diversas dimensões desta escala foram analisadas através do teste Mann-Whitney, o que se justifica pela ausência de distribuição normal (constatado pelo teste Kolmogorov-Smirnov) em todas elas. Os valores estatísticos apresentam-se na tabela 2, em baixo.

Os resultados obtidos no teste Mann-Whitney relativos à Ansiedade demonstram a presença de diferenças significativas entre os dois grupos (M1 e M2). Posteriormente, investigou-se em que subescalas as discrepâncias ocorrem, comprovando-se a sua comparência na “Excitação do Sistema Autónomo”, nos “Efeitos dos músculos esqueléticos” e na “Experiência Subjectiva de Ansiedade”. Como tal, apenas na subescala “Ansiedade situacional” é que não se presenciaram diferenças significativas. Para as restantes, os valores de Ansiedade são expressivamente mais elevados nos pais com filhos cuja surdez foi adquirida mais tarde.

No que respeita a escala da Depressão, o teste Mann-Whitney permite verificar a presença de diferenças significativas. Ao se averiguar onde estas disparidades sobrevêm, obtém-se a subescala “Disforia”. Como tal, os níveis de Disforia para os pais cujos filhos possuem uma surdez adquirida mais tarde são significativamente superiores aos pais com filhos que apresentam uma surdez inata.

Os valores relativos ao Stress demonstram a ausência de diferenças significativas para os pais que têm filhos com uma surdez adquirida à nascença e para aqueles cujos filhos adquiriram a surdez mais tarde.

As três grandes dimensões desta escala também foram estudadas face à variável “Idade dos pais”.

O uso do teste Mann-Whitney (justificado pela inexistência de distribuição normal através do teste Kolmogorov-Smirnov) para o domínio da Ansiedade permitiu constatar a ausência de diferenças significativas para todos os subdomínios correspondentes. Para a Depressão, os resultados obtidos, também a partir do uso do teste Mann-Whitney, demonstraram a ausência de diferenças significativas para a Depressão global. Porém, verificou-se que as subdivisões “Desânimo” e “Falta de interesse” apresentam disparidades.

Tal é justificado pelo facto de os seus valores estarem no limite, o que se deve à dimensão da amostra. Como tal, as diferenças constatadas não são consideradas fiáveis, daí o valor da depressão global apontar para o oposto.

A dimensão relativa ao Stress não apresenta diferenças significativas, para nenhum subdomínio, no que respeita esta variável.

Os valores de Ansiedade global para a variável “Género dos filhos” permitem averiguar, pelo uso do teste Mann-Whitney, a presença de diferenças significativas. O mesmo resultado é constatado em todos os subdomínios da Ansiedade, entre os grupos de pais cujos filhos surdos são do sexo feminino e aqueles com filhos surdos do sexo masculino. Consequentemente, os níveis de Ansiedade são superiores no primeiro grupo citado, em todos os domínios da Ansiedade.

O mesmo teste estatístico foi utilizado para a Depressão. O valor da Depressão global afere a presença de diferenças significativas. A existência destas diferenças é encontrada nas subescalas “Desânimo”, “Auto-depreciação” e “Inércia”, sendo os valores de Depressão superiores para o grupo de pais cujos filhos surdos são do género feminino.

Relativamente ao Stress, o teste Mann-Whitney demonstrou a ausência de diferenças significativas para todos os subdomínios.

Relativamente à variável “Apoio social” os números relativos à Ansiedade global indicam a ausência de diferenças significativas. Porém, na subescala “Ansiedade situacional” o valor aponta para o oposto. Tal evidência é suportada pelo facto de a Ansiedade global obter-se através do somatório das suas respectivas subescalas. Como apenas uma subescala, que é precisamente a apontada, apresenta diferenças significativas, todas as outras pesam mais vincadamente no resultado total. Assim, as diferenças encontradas no subdomínio “Ansiedade situacional” diluem-se no meio das restantes ausências constatadas. Assim, é comprovada a ausência de diferenças significativas para todas as escalas, incluindo a de Ansiedade.

Tabela 2: Valores obtidos no teste Mann-Whitney para as variáveis Ansiedade, Depressão e Stress.

Variáveis		Surgimento da surdez	Idade dos pais	Género dos	Apoio social
------------------	--	-----------------------------	-----------------------	-------------------	---------------------

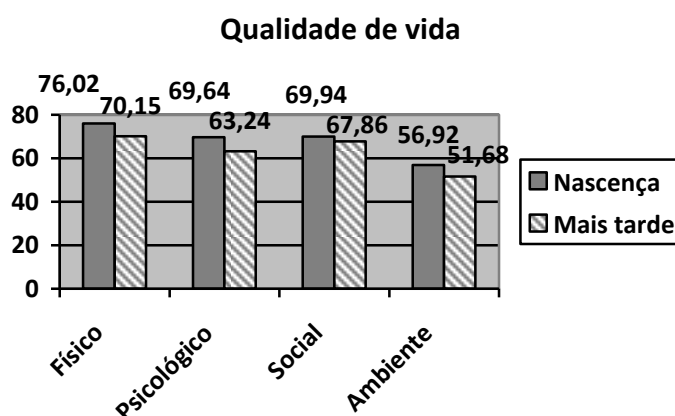
				filhos	
		<i>p-valeu</i>	<i>p-valeu</i>	<i>p-valeu</i>	<i>p-valeu</i>
Ansiedade	Excitação do sistema autónomo	0,010	0,915	0,013	0,397
	Efeitos músculos esqueléticos	0,021	0,906	0,014	0,053
	Ansiedade situacional	0,074	0,143	0,009	0,009
	Experiências subjectivas de ansiedade	0,029	0,741	0,014	0,070
	Ansiedade global	0,009	0,648	0,006	0,201
Depressão	Disforia	0,004	0,907	0,445	0,218
	Desânimo	0,233	0,044	0,047	0,854
	Desvalorização da vida	0,208	0,151	0,076	0,803
	Auto-depreciação	0,066	0,348	0,043	0,443
	Falta de interesse ou de envolvimento	0,506	0,043	0,106	0,261
	Anedonia	0,359	0,059	0,159	0,172
	Inércia	0,355	0,336	0,015	0,549
	Depressão global	0,021	0,335	0,020	0,385
Stress	Dificuldade em relaxar	0,159	0,257	0,245	0,029
	Excitação nervosa	0,596	0,832	0,422	0,466
	Facilmente agitado/C hateado	0,437	0,060	0,653	0,012
	Irritável/Reacção exagerada	0,533	0,613	0,062	0,330
	Impaciência	0,338	0,395	0,855	0,190
	Stress global	0,191	0,246	0,216	0,064

3. WHOQOL-Bref: Qualidade de Vida

Os vários domínios da Qualidade de Vida foram analisados no programa estatístico em causa (SPSS), facto que permitiu apurar que as dimensões física, psicológica e relações sociais não apresentam diferenças significativas para o grupo M1 e M2 (variável surgimento da surdez). Tal resultado foi retirado através da execução do teste Mann-Whitney. Porém, o domínio meio ambiente foi examinado a partir de um outro teste, o T-student, o que advém da presença de distribuição normal (verificado através do teste Kolmogorov-Smirnov) e da homogeneidade das variâncias (observado pelo teste de Levene). De acordo com tais evidências, compararam-se as médias populacionais, verificando-se que o meio ambiente também não apresenta diferenças para os dois grupos.

Apesar de não existirem variâncias estatísticas para a variável “Surgimento da Surdez” é válido referir que a avaliação da Qualidade de Vida foi superior para o Domínio Físico e inferior para o Domínio Ambiente, apresentando níveis mais elevados para o grupo de pais com filhos cujo diagnóstico foi elaborado à nascença em todos os domínios, tal como é possível visualizar na Figura 9.

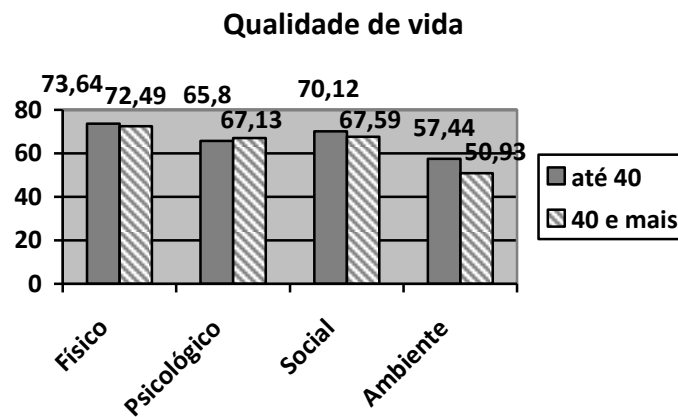
Figura 9. Valores da Qualidade de Vida para os seus diversos domínios no que respeita a variável independente “Surgimento da surdez”



Para a variável “Idade dos pais”, a análise inicial da Qualidade de Vida possibilitou a constatação da presença de distribuição normal para o domínio “Meio ambiente” desta escala. A consequente utilização do teste de Levene justificou a homogeneidade das variâncias, conduzindo para o uso final do teste T-student para este subdomínio específico. O resultado converge com a ausência de diferenças significativas entre os dois grupos (pais

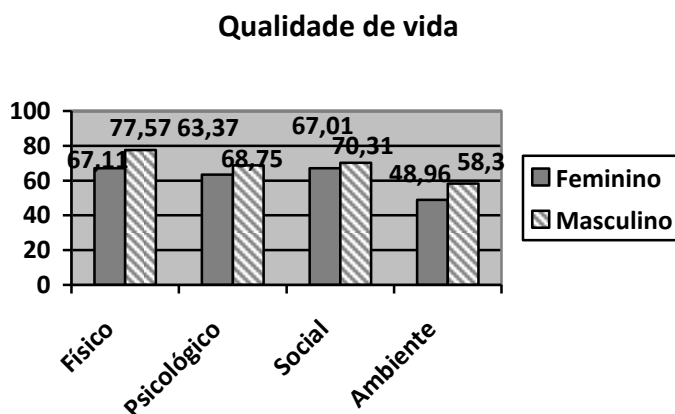
com idade inferior a 40 anos e pais com idade igual ou superior a 40 anos). As restantes sub-escalas (Físico, Psicológico e Relações sociais) foram examinadas através do teste Mann-Whitney e o resultado acompanha a inexistência de diferenças significativas. Porém, pode referir-se que os Domínios Físico e Ambiente comportam os valores mais elevados e mais baixos, respectivamente. Em todos, os níveis da Qualidade de Vida são superiores para o grupo de pais com idade inferior aos 40 anos, exceptuando o Domínio Psicológico, no qual se constata o oposto, tudo isto não esquecendo a inexistência de diferenças significativas.

Figura 10. Valores da Qualidade de Vida para os seus diversos domínios no que respeita a variável independente “Idade dos pais”



A Qualidade de Vida para a variável “Género dos filhos” não apresenta distribuição normal, o que conduz à necessária utilização do teste Mann-Whitney. Os resultados apontam para a presença de diferenças significativas para os domínios Físico e Ambiente. Os valores desta escala são mais elevados para o grupo de pais cujos filhos são do sexo masculino. Tal análise foi elaborada através do uso do teste T-sudent para o subdomínio “Ambiente” e do teste Mann-Whitney para os restantes.

Figura 11. Valores da Qualidade de Vida para os seus diversos domínios no que respeita a variável independente “Género dos filhos”



DISCUSSÃO

Após a apresentação dos resultados, passaremos à sua discussão e consequente análise crítica, considerando as bases teóricas descritas na primeira parte do trabalho.

O objectivo desta investigação consistiu em verificar se os pais ouvintes com crianças surdas apresentariam quadros de Ansiedade, Depressão e Stress, bem como avaliar a sua Qualidade de Vida. Para tal, partiu-se da constituição de dois grupos, diferenciados a partir da variável principal do estudo “Surgimento da surdez”, cada um formado por 28 pais.

Procuramos, inicialmente, dar sentido a alguns resultados relativos a variáveis do Questionário de Caracterização da Amostra.

A maioria dos pais participantes na presente investigação (69,64%) tem dois ou mais filhos. O número de filhos aparece na literatura como um factor influenciador da vertente emocional dos pais. Pereira (1996) relata um estudo elaborado por Trevino (1979) que confirma que um número superior de filhos oferece o estabelecimento de um ambiente de normalidade. A existência de outras crianças na família sem deficiência propicia um incremento da aceitação da mesma.

O mesmo autor cita Trute & Hauch (1988), que defende a ideia de que a presença dos dois pais promove uma melhor adaptação à doença. O número de pais do presente estudo pertencentes a uma família nuclear é avultado (71,43%), o que auxilia o ultrapassar dos eventuais problemas, conduzindo a que a sua saúde mental não seja tão afectada.

Um número expressivo de sujeitos (78,57%) encontra-se empregado. Parigua (2004), citado por Coll, Marchesi e Palacios (2004) refere que o factor económico é signficante na ocorrência de uma integração eficaz da deficiência na vida quotidiana. As famílias que têm crianças com necessidades especiais possuem gastos excepcionais nos campos de

intervenção, nomeadamente da medicina, reabilitação e educação, independentemente dos serviços públicos existentes. Porém, muitas vezes um membro do casal deixa de trabalhar para apoiar a criança, o que afectará, inevitavelmente, o orçamento familiar. No presente estudo, grande parte dos pais encontra-se empregado, o que propiciará uma melhor situação económica e uma adesão mais facilitada aos serviços. Consequentemente, a Qualidade de Vida aumentará e a saúde mental dos pais, apesar de ser influenciada por muitos outros factores, tenderá a ficar mais equilibrada.

A percentagem de pais com crianças que frequentam o Ensino Especial é de 64,29%. Uma investigação citada por Souza e Silvestre (2007) comprova que a recorrência a um Ensino Especial por parte das crianças surdas promove o desenvolvimento de uma auto-imagem mais positiva, concorrendo favoravelmente para o posterior desenvolvimento académico. Na verdade, o bem-estar dos filhos faculta níveis de satisfação nos pais, incrementando uma melhor adaptação de toda a família à doença. Naturalmente, a Qualidade de Vida tenderá a reforçar-se, bem como o equilíbrio mental de todos.

Para além do Ensino Especial, 83,93% dos filhos possuem acompanhamento (71,43% possuem apoio médico especializado; 57,14% têm apoio terapêutico de fala; 12,5% possuem outro tipo de apoio, nomeadamente escolar; 10,71% são acompanhados por um psicólogo; e apenas 8,93% não apresentam qualquer tipo de acompanhamento/apoio). Todos os tipos de acompanhamento apontados são essenciais para que a criança desenvolva as suas capacidades e se molde ao meio envolvente. Assim, para além dos próprios filhos, toda a família beneficiará com as consequências de tal apoio.

Na verdade, é relevante considerar o prognóstico da doença ou a probabilidade de futuras mudanças na capacidade de acção. Como tal, os programas de intervenção e o tratamento exercerão influência na Qualidade de Vida do doente e da sua família.

Grande parte dos participantes do presente estudo possui filhos inseridos em programas de intervenção, tal como está patente na descrição anteriormente efectuada. Usufruem, portanto, na sua grande maioria, de apoio médico especializado, de terapeutas (nomeadamente da fala) e psicólogos. A comparência destes pontos permite que seja desenvolvida uma adaptação eficaz da criança e da sua família à sociedade.

Associado à pertença a um Ensino Especial e à existência de acompanhamento e apoio, surge a dificuldade de integração. 73,21% dos pais consideram que o seu filho surdo não apresenta dificuldades de integração na sociedade, bem como a própria família. Como se compreende, tal contribui para sobrepujar as dificuldades adjacentes à doença de surdez.

O número de filhos implantados presentes na amostra é reduzido. Na verdade, 92,86% dos pais possuem filhos sem implante coclear. Zaidman-Zait (2008) aponta várias vantagens e barreiras para o uso de implantes. As desvantagens ligam-se com os problemas diários. Podem citar-se as complicações diárias na manutenção do equipamento e as eventuais dificuldades de implantação. Na verdade, o mesmo autor defende a presença de dois proeminentes factores: A frustração dos pais para desenvolverem capacidades necessárias ou ferramentas para que a implantação produza resultados positivos; e a aptidão para as crianças ouvirem quando o implante tem problemas de funcionamento. Para além disso, todo o processo de implantação é doloroso, bem como a posterior adaptação ao resultado da operação. É natural, portanto, que, apesar das possíveis vantagens que o implante possa trazer, este seja um decurso que produza nos pais níveis de Stress, Ansiedade e Depressão mais elevados.

Após a descrição das variáveis do Questionário de Caracterização da Amostra, partiremos para a análise do objectivo geral do estudo, que se centra precisamente na relação entre o Momento de descoberta/aquisição da surdez nos filhos e as variáveis psicológicas dos pais.

Os valores obtidos na presente investigação atestam que os pais das crianças cuja surdez foi adquirida mais tarde possuem níveis de Ansiedade e Depressão mais elevados, para as subescalas onde se evidenciam diferenças significativas. Estes sintomas são primários, logo não derivam de outra condição psiquiátricas, o que sugere a sua relação com o impacto à doença crónica. Relativamente ao Stress não se constatou a presença de diferenças significativas entre ambos os grupos, apesar de os valores serem mais elevados para o grupo de pais com filhos cujo diagnóstico ocorreu mais tarde. Também a Qualidade de Vida não manifestou diferenças significativas.

Várias investigações mencionam que o momento de descoberta/aquisição da deficiência é um ponto relevante e influenciador da vertente emocional dos pais. A detecção e identificação da perda auditiva permitem a iniciação imediata de um processo de trabalho que oferece condições para o desenvolvimento da linguagem, bem como dos campos educacionais, sociais e psíquicos (Maia & Santos, 2007).

Lederberg e Golbach (2002) declaram que as crianças cujo diagnóstico de surdez foi efectuado mais tarde não beneficiaram de um programa de Intervenção mais precoce, o que produz nas mães relatos de maiores dificuldades comportamentais por parte dos filhos.

O objectivo primário do trabalho de Intervenção Precoce consta no acompanhamento psico-afectivo-social da criança e dos seus pais, de modo a que seja oferecido um suporte

que possibilite um melhor desenvolvimento da criança e uma melhoria das capacidades comunicacionais entre as díades (Sobral, 2001)

A ausência de Intervenção Precoce produz um incremento na barreira comunicacional das crianças surdas relativamente ao meio externo, actuando na relação que estabelecem com a própria família. Consequentemente, surgem dificuldades acrescidas de adaptação que afectam a saúde mental dos pais.

De facto, como Sobral (2001) refere, a descoberta da surdez deve ser realizada o mais cedo possível, permitindo que sejam estabelecidos planos de intervenção com a criança e com os pais.

Também Ruggieri-Marone, Lichting e Marone (2002), citados por Maia e Santos (2007), referem que uma descoberta mais tardia pode implicar perda de informações auditivas relevantes e influenciadoras do desenvolvimento da comunicação, associadas ao tempo anterior do diagnóstico. Para além disso, e como Marschark (2007) refere, um diagnóstico tardio implica que as crianças surdas não integrem os sons da linguagem materna, processo que ocorre nos primeiros meses de vida, como acontece com as ouvintes. Não aprendem a reconhecer a voz da mãe nem são proporcionadas conversas entre as díades, factos que produzirão impacto na criança, nos seus pais e na sua respectiva relação.

Em oposição a tais evidências, surgem referências que objectam parcialmente os resultados apresentados. Vários estudos declaram que uma descoberta mais tardia está relacionada a um choque mais reduzido, o que não anula a possibilidade de surgimento de sentimentos de culpa associados a esta detecção serôdia (Fortier & Wanless, 1984; Londsdale, 1978 cit. Pereira, 1996).

Os sentimentos de culpa relatados constituem-se como um ponto relevante no surgimento de sintomas depressivos. Tal como referem Datta, Russell e Gopalakrishna (2002), citados por Grotberg (2004), a Depressão é despoletada quando o cuidador atribui a si mesmo sentimentos de culpabilidade por não conseguir melhorar a situação ou por não o ter conseguido fazer anteriormente, o que proporciona falta de esperança. Existe, portanto, uma percepção de incapacidade para satisfazer as necessidades da criança, ponto central para o surgimento da Depressão. Esta justificação prende-se com uma descoberta mais tardia, já que os pais culpam-se por não terem agido de modo a que o diagnóstico tenha sido mais precoce, o que seria vantajoso para a criança, ou por não terem actuado para que a surdez não tenha ocorrido (por exemplo., no caso de a imparidade auditiva ter sido provocada por acidente ou pelo uso de certos medicamentos).

Relativamente à Qualidade de Vida não foi encontrada variância estatística para a variável “Surgimento da surdez”. Porém, pode salientar-se que a avaliação foi mais elevada para o Domínio Físico e mais baixa para o Domínio Ambiente, estando o primeiro associado a questões de mobilidade, de sono, de capacidade de trabalho e de actividades da vida quotidiana, e o último a factores financeiros, de cuidados de saúde e sociais, de poluição ambiental e segurança física. Para todos os domínios, os valores de Qualidade de Vida apresentam níveis superiores no grupo de pais com filhos cuja surdez foi diagnosticada à nascença, apesar da inexistência de diferenças significativas.

Para além do objectivo geral, proceder-se-á à análise de objectivos específicos, referentes às variáveis “Idade dos pais”, “Género dos filhos” e “Apoio Social”.

Associação entre a Idade dos Pais e os valores de Ansiedade, Depressão, Stress e Qualidade de Vida

Os resultados auferidos provam a não existência de diferenças significativas para os diversos domínios. A avaliação realizada na presente investigação foca-se na divisão de pais com idades inferiores a 40 anos e de pais com idades iguais ou superiores a 40 anos. Tal repartição permite obter valores mais concretos, afastados de um possível enviesamento, possibilitando uma avaliação baseada em dois grupos com números de sujeitos equivalentes. Para além disso, a idade 40 faculta uma separação adequada, com a obtenção final de dois grupos de sujeitos pertencentes a um grupo de idades com características distintas.

Pereira (1996) defende a ideia de que pais mais jovens produzem níveis de Stress mais elevados face à deficiência. Contrariamente, Santos (2003) concluiu que os cuidadores com mais idade percebem uma Qualidade de Vida mais baixa. Existe, portanto, uma certa incongruência nas bases literárias encontradas.

A justificação primordial para a presença dos valores obtidos respeita o facto de existirem muitos outros factores que propiciam o incremento dos níveis de Stress, Ansiedade e Depressão, bem como da Qualidade de Vida, nos pais com crianças portadoras de qualquer deficiência. Consequentemente, perante o panorama situacional de cada sujeito, a idade dilui-se como influência significativa na saúde mental. Podem referir-se como exemplo as dificuldades comunicacionais das crianças. Estas provocam um aumento no Stress experimentado pelos pais, já que se constitui como uma barreira diária impeditiva da constituição de uma relação mais saudável. Para além disso, os medos que estes pais

formam quanto à futura adaptação da criança na sociedade, advindos desta dificuldade comunicacional, são abundantes. Estas dificuldades e preocupações diárias seriam, por si só, suficientes para que os níveis de Ansiedade e Depressão aumentassem.

Associação entre o Género dos Filhos Surdos e as Variáveis Psicológicas nos Pais

Constatou-se a presença de níveis superiores de Ansiedade, Depressão e Stress para os pais com filhos surdos do género feminino.

A literatura a respeito das práticas educativas parentais demonstra que o género dos filhos possui relevância no modo como os pais se relacionam e interagem com os mesmos, tal como foi confirmado por Sampaio (2007). As diferenças reportam-se a factores como a relação de vinculação, o modo comunicacional, os papéis individuais socialmente esperados, entre outros.

Para além disso, e não menos importante, a existência de diferenças de Ansiedade, Depressão e Stress entre ambos os grupos pode dever-se à evidência de que a Qualidade de Vida destes pais é superior para o grupo com filhos do género masculino, para o subdomínio “Meio ambiente”. Isso significa que os pais deste estudo com filhos do género feminino inserem-se em meios menos favorecidos, tanto a nível de localização, como de qualidade, o que interfere naturalmente com a Qualidade de Vida e, conseqüentemente, com os níveis de Ansiedade, Depressão e Stress.

Relativamente à Qualidade de Vida existem diferenças significativas, provando-se que os pais dos filhos do género masculino possuem uma Qualidade de Vida superior para os domínios Físico e Ambiente. Como tal, os resultados obtidos para esta variável derivam de factores respeitantes às características da casa, do ambiente, grande parte deles resultantes de fracas condições económicas e escassas possibilidades de inserção num ambiente mais saudável. Assim, compreende-se que, na amostra recolhida, os pais de crianças do género feminino possuem condições económicas inferiores ou inserem-se em locais de habitação menos favoráveis. Conseqüentemente, a Qualidade de Vida diminui. Portanto, a presença de diferenças significativas na variável em causa não se deve às características específicas da mesma, como inicialmente se deveria esperar, mas sim, a componentes secundárias.

Ligação entre o Apoio Social e as Variáveis Psicológicas nos Pais

A análise dos valores de Ansiedade e da Depressão admite a não existência de diferenças significativas para a variável “Apoio social”, tal como apontam Quittner, Glueckauf e Jackson (1990), citados por Feher-Prout (1996). Os mesmos autores consideram que o Stress está associado a baixas percepções de suporte emocional. Já Pinhal e os seus colaboradores (1998) referiram que as redes sociais influenciam o Stress parental, nomeadamente no que respeita a sua dimensão, isto é, redes mais reduzidas estão ligadas a níveis de Stress superiores (Nunes, 1998). Tais evidências contrariam os resultados obtidos, já que constámos a inexistência de divergências para o Stress global, bem como para a Ansiedade e para a Depressão.

Apesar de estes estudos apontarem para uma relação directamente proporcional entre o Stress e o suporte social, reconhece-se, na presente investigação, que a comparência de Stress é independente do suporte social. Estes dados apontam para uma justificação dada por Lederberg e Golbach (2002), que assenta na presença de pontos que marcam tão vincadamente os níveis de Stress dos pais de crianças com imparidades auditivas (como as dificuldades comportamentais enfrentadas devido à carência de uma intervenção precoce), o que conduz a que outros factores, nomeadamente o apoio social, não afectem os seus níveis de Stress e a sua saúde mental.

Consequentemente, a Qualidade de Vida surge, mais uma vez, isenta de diferenças significativas, precisamente devido ao carácter esbatido que o Apoio Social sugere.

Em resumo, e após a análise dos objectivos geral e específicos do estudo, os resultados obtidos permitem compreender que:

- Os níveis mais elevados de Ansiedade, Depressão e Stress surgem ligados ao grupo de pais com filhos cuja surdez foi adquirida/diagnosticada mais tarde;
- Os valores mais reduzidos da Qualidade de Vida aparecem associados ao Domínio Meio Ambiente, o que sugere que as condições económicas e ambientais de habitação e acessibilidade estão associadas à capacidade de coping. Na verdade, capacidades financeiras inadequadas e meios habitacionais desajustados incrementam a vulnerabilidade sentida pelas famílias face ao problema da surdez;
- A informação recolhida da entrevista semi-estruturada facultou diversas informações relevantes, não previstas inicialmente. O tempo de deslocação entre a habitação e as

escolas de apoio/ensino especial provocam um decréscimo da Qualidade de Vida. Na verdade, foram vários os sujeitos que relataram que o seu dia-a-dia é agitado e dificultado pelo tempo que necessitam de despende em viagens entre a casa e a escola. Tal facto deve-se à inexistência de muitos Institutos de Apoio Especial, para crianças surdas, nesta região. Assim, surge a necessidade de realização de viagens longas para que os filhos beneficiem de apoio e desenvolvam as suas capacidades de forma favorável.

CONCLUSÃO

O objectivo deste estudo recaiu na avaliação da Qualidade de Vida, Ansiedade, Depressão e Stress em pais ouvintes com filhos surdos, mediante um leque de variáveis. Com base nos resultados estatísticos comprovou-se a existência de níveis normais de Ansiedade, Depressão e Stress, bem como a presença de uma Qualidade de Vida satisfatória. Constatou-se, também, que o momento de aquisição ou descoberta da surdez e o género dos filhos têm influência na saúde mental dos pais, tal como é confirmado pela literatura (Lederberg & Golbach, 2002; Datta, Russell & Gopalakrishna, 2002; Sampaio, 2007). Para além disso, verificou-se que, para a idade dos pais e para o apoio social não existem diferenças significativas, facto que é comprovado por diversos estudos (Quittner,

Glueckauf & Jackson, 1990; Lederberg & Golbach, 2002). Finalmente, atestou-se que a Qualidade de Vida não é inculcada pelas variáveis “Surgimento da surdez”, “Idade dos pais”, “Apoio social” e “Género dos filhos”, o que converge com as conclusões obtidas por Kaplan (1990), citado por Thompson e Gustafson (1996).

Com base nesta amostra foi possível observar que condições económicas satisfatórias (associadas à empregabilidade dos pais), a inserção da criança num ensino especial, a existência de acompanhamento, a pertença a uma família nuclear, a presença de dois ou mais filhos (sendo apenas um surdo), a ausência de percepção de dificuldades de integração e a inexistência de implante coclear incrementam a Qualidade de Vida dos pais, permitindo a sua estabilidade emocional. Estas conclusões são primordiais para a apreensão das verdadeiras necessidades de pais com filhos surdos, o que propicia o desenvolvimento de uma intervenção eficaz. Na verdade, a escassez de estudos para a população portuguesa que se foquem nas variáveis usadas no presente estudo, não permite o desenvolvimento de estratégias de promoção de um desenvolvimento positivo destas crianças e das suas respectivas famílias. Nesta investigação, partiu-se da análise dos pais, já que são estes que constituem o universo mais significativo da criança, possuindo um papel central na sua adaptação.

Apesar dos ditos contributos, existem limitações que devem ser referidas. Em primeiro lugar, a surdez o facto de alguns sujeitos necessitarem de apoio para o preenchimento dos questionários – devido à sua baixa escolarização – e a conseqüente ajuda prestada por parte do entrevistador, pode provocar nos sujeitos sentimentos de intrusão que enviesam, inevitavelmente, os resultados. O número de participantes no estudo é razoável, para o universo amostral considerado, mas, arriscaria em propor uma investigação com uma amostra superior, com o intuito de alargar as oportunidades de análise. Na verdade, a impossibilidade de analisar estatisticamente algumas variáveis – denominadas por variáveis “estáveis” – torna-se um ponto de limitação. Apesar de ter sido exequível retirar conclusões a partir das mesmas, devido à sua estabilidade, seria interessante analisá-las estatisticamente. Para isso, necessitar-se-ia de uma amostra de maior dimensão.

Na prática, e de acordo com Ruivo (1998), a surdez é uma deficiência de elevada intensidade, já que produz significativas implicações a nível do desenvolvimento, mas de baixa frequência, abrangendo apenas uma fracção das crianças com Necessidades Educativas Especiais. A baixa frequência justifica o esquecimento produzido pelas estruturas educativas face à problemática da surdez, as quais regulavam o seu ensino, até há bem pouco tempo, através da obrigatoriedade da fala e inibição do uso da Língua

Gestual. Esse motivo, acrescido a outros, como a ausência de uma intervenção precoce, conduziu ao agravamento do problema.

Tais pontos alertam para a relevância da expansão da área de escolaridade pré-escolar, dando prioridade às crianças com deficiência auditiva com idades inferiores a 4 anos, de modo a que a intervenção precoce seja implementada, ideias também defendidas por Sobral (2001). Paralelamente, os profissionais deverão adquirir uma formação continuada que facilite a criação de estratégias educativas mais produtivas.

Para além disso, há necessidade de serem desenvolvidos programas de intervenção psicológica para os pais de crianças com qualquer tipo de limitação, nomeadamente auditiva. A intervenção não deve focar-se apenas na criança, mas também na família. O resultado produzirá um maior envolvimento (mas menos intrusivo) por parte dos pais nas actividades da criança, o que produzirá melhorias na aquisição da linguagem e do posterior desenvolvimento académico.

O processo de apoio aos pais não deverá focar-se, apenas, na orientação face à audição dos filhos, mas também nas suas preocupações e angústias, auxiliando-os a produzirem uma visão mais realista e motivadora das verdadeiras possibilidades de desenvolvimento do seu filho. Assim, seria relevante a formação de uma equipa de profissionais que permitisse actuar a nível de orientação, oferecendo serviços (nomeadamente cursos de Língua Gestual Portuguesa) para que as relações comunicativas prosperem.

Seria importante proporcionar oportunidades aos pais de crianças com recente diagnóstico para conhecer outros pais de crianças com deficiências auditivas, incentivando a sua interacção. O contacto com pais mais experientes permite a aquisição de novas informações sobre as abordagens e recursos e o conseqüente incremento da confiança.

Devem ainda ser desenvolvidas estratégias que ajudem os pais nas deslocações entre casa-escola, em situações em que a habitação se distancia consideravelmente do local de ensino/apoio especial.

REFERÊNCIAS

Alters, S. (2000). *Biology: understanding life* (3th ed.). Boston: Jones and Bartlett.

American Psychiatric Association (1996). *DSM-IV: manual de diagnóstico e estatística*

das perturbações mentais. Lisboa: Climepsi editores.

Bachen, E., Cohen, S., & Marsland, A. (1997). Psychoimmunology. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West, & C. McManus (Eds.), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (pp. 35-39). Cambridge UK: Cambridge University Press.

Bento, R., Miniti, A., & Marone, S. (1998). *Tratado de Otologia*. São Paulo: Edusp.

Braden, J. (1994). *Deafness, deprivation, and I.Q.* New York: Plenum Press.

Brito, A., & Dessen, M. (1999). Crianças surdas e suas famílias: um panorama geral. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12 (2), 429-445.

Coll, C., Marchesi, A., & Palacios, J. (2004). *Desenvolvimento psicológico e educação. Transtornos de desenvolvimento e necessidades educativas especiais*, Vol. 3. São Paulo: Artmed Editora.

Compas, B., & Oppedisano, G. (2000). Mixed anxiety and depression. In M. Lewis & A. Sameroff (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press.

Cox, T. (1988). Psychobiological factors in stress and health. In S. Fisher & J. Reason (Eds.), *Handbook of life stress, cognition and health* (pp. 603-628). New York: John Wiley.

Elliott, G. (1989). Stress and illness. In S. Cheren (Ed.), *Psychosomatic Medicine: Theory, Physiology and Practise*. (pp. 45-90). Madison: International Universities Press.

Ericks-Brophy, A., Durieux-Smith, A., Olds, J., Fitzpatrick, E., Duquette, C., & Whittingham, J. (2006). Facilitators and barriers to the integration of orally educated children and youth with hearing loss into their families and communities. *The Volta Review*, 107 (1), 5-36.

Feher-Prout, T. (1996). Stress and coping in families with deaf children. *Journal of Deaf*

Studies and Deaf Education, 1 (3), 155-166.

Filipe, I. (2001). *Interações sociais entre crianças surdas e crianças ouvintes: os benefícios cognitivos no seio das díades*, em *Psicologia Educacional*, não publicado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

Fonseca, C. (2004). *Resiliência e factores de protecção em crianças maltratadas*, em *Psicologia de Saúde e Medicina*, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

Gispert, C., & Matos, A. (1999). *Enciclopédia da psicologia*. Lisboa: Oceano.

Gleitman, H., Fridlund, A., & Reisberg, D. (2007). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (Tradução do original em inglês *Psychology*. New York: Norton & Company, Inc., 1981).

Gray, C. D. (2001). Emotional development in deaf children: facial expressions, display rules, and theory of mind. In D. Clark, M. Marschark & M. Karchmer (Eds.), *Context, cognition, and deafness* (pp. 135-160). Washington: Gallaudet University.

Grotberg, E. H. (2004). *Children and caregivers: the role of resilience*. Jinan: International Council of Psychologists Convention.

Hall, W. (2003). *Decrease of deaf potential in a mainstreamed environment*. Consultado em 20 de Novembro de 2008 através da fonte <http://www.personalityresearch.org/papers/hall.html>.

Hallstrom, C., & McClure, N. (2000). *Ansiedade e depressão: perguntas e respostas*. Lisboa: Climepsi Editores.

Harold, H., Bloomfield, M., & McWilliams, P. (1996). *How to heal depression*. California: Paperback.

Hart, A. D. (1993). *Dark clouds, silver linings*. Colorado: Word Books.

Inouye, K., Pedrazzani, E., & Pavarini, S. (2008). Octogenários e cuidadores: perfil sócio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida. *Revista Texto e Contexto-Enfermagem*, 17 (2), 350-357.

Jackson, C., & Turnbull, A. (2004). Impact of deafness on family life: a review of the literature. *Early Childhood Special Education*, 24 (1), 15-29.

Joca, S. R., Padovan, C. M., & Guimarães, F. S. (2003). Estresse, depressão e hipocampo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (2), 46-51.

Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1985). *Comprehensive textbook of psychiatry*, Vol. 1 (4th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.

Kendler, H. H. (1976). *Introdução à psicologia*, Vol. I. New York: Appleton-Century-Craft.

Lebedeff, T. (2001). *Família e surdez: algumas considerações sobre o impacto do diagnóstico e a necessidade de orientação*. Consultado em 20 de Novembro de 2008 através da fonte <http://coralx.ufsm.br/revce/ceesp/2001/01/a2.htm>.

Lederberg, A., & Golbach, T. (2002). Parenting stress and social support in hearing mothers of deaf and hearing children: a longitudinal study. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 7 (4), 330-345.

Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the depression anxiety stress scales* (2nd ed.). Sydney: Psychology Foundation.

Loureiro, E. (2006). *Estudo da relação entre o stress e os estilos de vida nos estudantes de medicina*, em Psicologia da Saúde, Instituto de Educação e Psicologia, Minho.

Luterman, D. (1997). Emotional aspects of hearing loss. *The Volta Review*, 99 (5), 75-83.

Maia, A. L. W., & Santos, M. F. C. (2007). *Monitoramento audiológico de lactentes com indicadores de risco para perda auditiva progressiva e/ou tardia*. Comunicação apresentada

no 22º Encontro Internacional de Audiologia de Natal.

Marks, D., Murray, M., Evans, B., & Willig, C. (2000). *Health psychology: Theory, research and practice*. London: Sage.

Martin, P. (2001). *A mente doente: cérebro, comportamento, imunidade e doença*. Lisboa: Bizâncio.

Marschark, M. (2007). *Raising and educating a deaf child: a comprehensive guide to the choices, controversies, and decisions faced by parents and educators*. New York: Oxford University press.

Meadow-Orlans, K. (Org.). (2001). *Social change and conflict: context for research on deafness*. Washington: Gallaudet University.

Melo, H. (1998). Aspectos jurídicos dos implantes cocleares. In R. Nunes (Ed.), *Controvérsias na reabilitação da criança surda*. Porto: Fundação Engenheiro António de Almeida.

Minayo, M. S., Hartz, Z. M., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Colectiva*, 1 (5), 7-18.

Moreira, M. (2000). *Trabalho, qualidade de vida e envelhecimento*. Dissertação de Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz.

Oliveira, R. G., Simionato, M. A., Negrelli, M. E., & Marcon, S. S. (2004). A experiência de famílias no convívio com a criança surda. *Maringá*, 26 (1), 183-191.

Organização Mundial de Saúde (1998). *Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL)*. Consultado em 19 de Abril de 2009 através de <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>

Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Levibond

e Levibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5 (1), 229-239.

Panko, T. (2003). *The social environment of a hearing family and its impact on deaf*. Consultado em 20 de Novembro de 2008 através da fonte <http://www.personalityresearch.org/papers/hall.html>

Paul, P. (1998). *Literacy and deafness: the development of reading, writing, and literate thought*. Boston: Allyn and Bacon.

Pereira (1996). *As representações dos professores de educação especial e as necessidades das famílias*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.

Pinhal, A., Ricou, M., Antunes, A., & Nunes, R. (1998). Adaptação familiar à criança deficiente auditiva. In R. Nunes (Ed.), *Controvérsias na reabilitação da criança surda* (pp. 171-189). Porto: F.E.A.A.

Pinto, A. M., & Silva, A. L. (2005). *Stress e bem-estar: modelos e domínios de aplicação*. Lisboa: Climepsi.

Pipp-Siegel, S. (1998). Touch and emotional availability in hearing and deaf or hard of hearing toddlers and their hearing mothers. *The Volta Review*, 100 (5), 279-299.

Pires, C. M. (2003). *Manual de psicopatologia: uma abordagem biopsicossocial*. Leiria: Editorial Diferença.

Reed, M. (1978). Deaf and partially hearing children. In P. Mittler (Ed.), *Psychological assessment of mental and physical disorder* (pp. 403-441). London: Methuen.

Ribeiro, J. L. (2007a). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto Editora.

Ribeiro, J. L. (2007b). *Avaliação em psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto Editora.

Ribeiro, T. P. (2001). *Qualidade de vida em pacientes com cefaleias crónicas*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Rodrigues, A., & Pires, A. (2002). Surdez infantil e comportamento parental. *Análise Psicológica*, 20 (3), 389-400.

Ruivo, J. B. (1998). *Os alunos com necessidades educativas especiais: Subsídios para o sistema de educação*. Lisboa: Conselho Nacional de Educação.

Rycroft, C. (1972). *A critical dictionary of psychoanalysis*. London: Penguin Books.

Sampaio, I. T. (2007). Práticas educativas parentais, gênero e ordem de nascimento dos filhos: atualização. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 17 (2), 144-152.

Santos, C. C. (2003). Qualidade de vida do familiar/cuidador do doente oncológico. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 8 (1), 115-131.

Selye, H. (1982). History and present status of the stress concept. In L. Goldberger (Ed.), *Handbook of Stress. Theoretical and clinical aspects* (pp. 7-17). New York : Free Press.

Severo, M., Santos, A., Lopes, C., & Barros, H. (2006). Fiabilidade e validade dos conceitos teóricos das dimensões de saúde física e mental da versão portuguesa do MOS SF-36. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 281-288.

Silva, J. D., & Muller, M. C. (2007). Uma integração teórica entre psicossomática, stress e doenças crônicas de pele. *Estudos de Psicologia*, 24 (2), 247-256.

Simon, J. L. (1993). *Good mood: The new psychology of overcoming depression*. Indiana: Open Court of Peru.

Sobral, F. M. (2001). *Surdez: estratégias de intervenção precoce*, em Psicologia, Universidade do Porto.

Sousa, L. (1998). *Crianças (con)fundidas entre a escola e a família: uma perspectiva*

sistemática para alunos com necessidades educativas especiais. Porto: Porto Editora.

Souza, R. A., & Carvalho, A. M. (2003). Programa de saúde da família e qualidade de vida: um olhar da psicologia. *Estudos de Psicologia*, 8 (3), 515-523.

Souza, R., & Silvestre, N. (2007). *Educação de surdos: pontos e contrapontos*. São Paulo: Summus Editorial.

Spencer, P., Marscherk, M., & Erting, C. (2000). *The deaf child in the family and at school: essays in honor of Kathryn P. Meadows-Orlans*. Mahwah: Lawrence Erlbaum.

Straub, R. O. (2005). *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: ArtMed.

Teixeira, A. C., Fonseca, A. R., & Máximo, I. M. (2002). Inventário SF36: avaliação da qualidade de vida dos alunos do curso de psicologia do centro UNISAL – U.E. de Lorena (SP). *Revista de Psicologia*, 3 (1), 16-27.

Teixeira, J. A. (2005). *Psicopatologia geral: Introdução, métodos e modelos, psicopatologia descritiva*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Telmo, I., Santos, M., Fernandes, M., & Madeira, R. (1987). *A criança diferente*. Lisboa: Ministério da educação.

Thompson, R. J., & Gustafson, K. E. (1996). *Adaptation to chronic childhood illness*. Washington, DC: American Psychological Association.

Trindade, I., & Teixeira, J. (2007). *Psicologia nos cuidados de saúde primários* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi.

Verdugo, M. A., & Schalock, R. L. (2001). El concepto de calidad de vida en los servicios humanos. In M. A. Verdugo & B. Jordán de Urries (Eds.), *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida* (pp. 105-112). Salamanca: Amarú.

Wittenborn, J. (1965). Depression. In Wolman, B. (Ed.), *Depression* (pp. 1030-1057).

New York: Macgraw-hill.

Zaidman-Zait, A. (2008). Everyday problems and stress faced by parents of children with cochlear implants. *Rehabilitation Psychology*, 53 (2), 139-152.

ANEXO A

Carta de Consentimento

Caros pais,

Os questionários que se seguem pertencem a um projecto de investigação que pretende avaliar a qualidade de vida e a depressão, ansiedade e *stress* numa amostra de pais ouvintes com filhos surdos. Para isso, gostaríamos de contar com a sua colaboração. Nestes questionários não existem respostas certas nem erradas, logo pretendemos apenas saber a sua opinião.

Agradeço que os questionários sejam preenchidos por ambos os pais separadamente, daí serem fornecidas duas cópias.

Se por qualquer motivo não pretender participar no estudo tem todo o direito de o fazer e agradecemos de igual modo a sua intenção. Desde já se assegura que as respostas são anónimas e os dados confidenciais.

Obrigada pela sua colaboração

A investigadora,

Carolina Taveira

Para quaisquer dúvidas ou informações:

Telefone: 917654255; E-mail: taveira.carolina@ gmail.com

_____(nome) declaro participar voluntariamente no projecto de
investigação “Quando o silêncio mergulha no ruído: pais ouvintes com filhos surdos”,
respondendo às questões para tal necessárias.

Data

___/___/___

Assinatura

ANEXO B

Questionário de Caracterização da Amostra

Preencha esta ficha relativamente aos seus dados pessoais com a maior exactidão possível.
Recordo-lhe que toda a informação é confidencial. Obrigada.

Data: ____/____/____

1. Sexo Masculino

 Feminino

2. Data de nascimento ____/____/____ **Idade** _____

3. Habilitações Literárias _____

4. Estado Civil

Casado (a)/Junto (a)

Divorciado (a)/Separado (a)

Solteiro (a)

Viúvo (a)

Número de filhos _____ Quantas pessoas vivem consigo _____

5. História Laboral

Possui alguma profissão? SIM NÃO

Actualmente está empregado ? SIM NÃO

6. Nível de escolaridade do seu filho surdo _____ Idade: _____ Sexo: _____

7. O seu filho frequenta um ensino especializado? SIM NÃO

8. Dados Clínicos

Número de filhos surdos: _____

Nível de surdez do seu filho

Número de filhos com este tipo de surdez

Surdez ligeira _____

Surdez moderada _____

Surdez profunda _____

Surdez Unilateral

Bilateral

Surgimento da surdez

Idade*

Número de filhos

Surgimento da surdez	Idade*	Número de filhos
Nascença		
Adquirida mais tarde		

*Indicar a idade apenas no caso de a surdez ter sido adquirida mais tarde

O (s) seus (s) filho (s) possuem um implante coclear?

SIM **NÃO**

No caso de responder NÃO, passe para a questão 9.

Indique o número de filho (s) que possui implante coclear _____

9. O (s) seu (s) filho (s) possui algum tipo de acompanhamento?

Psicólogo Apoio médico especializado Nenhum
 Terapeuta Apoio social Outro _____

10. Considera que beneficia de apoio/suporte social (como de familiares, de amigos ou da comunidade)?

SIM **NÃO** Se a resposta for **SIM**, qual/quais o (s) tipo (s) de apoio predominante (s)?

11. Sente dificuldades de integração da sua família e, nomeadamente, do (s) seu (s) filho (s) na comunidade?

SIM **NÃO**

12. Frequenta algum dos seguintes tipos de apoio e/ou tratamentos?

Grupo de apoio	<input type="checkbox"/>	Massagem	<input type="checkbox"/>
Psicólogo/Psiquiatra	<input type="checkbox"/>	Acupunctura	<input type="checkbox"/>
Yoga	<input type="checkbox"/>	Nenhum	<input type="checkbox"/>
Terapias alternativas	<input type="checkbox"/>	Outros	<input type="checkbox"/>

ANEXO C

EADS-21

Nome _____ Data ___/___/___

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si *durante a semana passada*. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

0 – não se aplicou nada a mim

1 – aplicou-se a mim algumas vezes

2 – aplicou-se a mim de muitas vezes

3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO

ANEXO D

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO E

Tabela 1. Síntese do material utilizado (Ribeiro,2007b)

Material	Objectivos
Questionário de caracterização da amostra	Caracterização demográfica, social e clínica da amostra.
Escala de Ansiedade, Depressão e Stress	Avaliação da ansiedade, depressão e stress nos pais ouvintes.
WHOQOL-BREF	Avaliação da qualidade de vida.

Tabela 2. Valores da validade convergente-discriminante para a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (Pais-Ribeiro, Honrado e Leal, 2004)

Correlação entre o item e as escalas, com valores corrigidos para sobreposição

Itens	Stress	Ansiedade	Depressão
1	0,66	0,58	0,47
6	0,52	0,34	0,34
8	0,69	0,50	0,39
11	0,51	0,36	0,41
12	0,49	0,35	0,43
14	0,44	0,36	0,32
18	0,54	0,51	0,30
2	0,21	0,34	0,16
4	0,27	0,43	0,17
7	0,41	0,52	0,36
9	0,40	0,39	0,46
15	0,55	0,57	0,50
19	0,54	0,54	0,40
20	0,39	0,44	0,29
3	0,43	0,40	0,55
5	0,31	0,43	0,55
10	0,34	0,33	0,61
13	0,50	0,37	0,66
16	0,43	0,36	0,67
17	0,44	0,40	0,68
21	0,41	0,39	0,67

Nota. A negrito apresentam-se as correlações com a escala a que pertence.

Tabela 3. Análise da correlação das escalas da Escala de Depressão Ansiedade e Stress (Pais-Ribeiro, Honrado e Leal, 2004)

Correlação entre as escalas ansiedade, depressão e stress de 21 itens (entre parêntesis mostra-se as correlações da versão de 42 itens, primeiro as da versão original e depois a versão de Portuguesa)

	Ansiedade-21	Depressão-21
Stress-21	0,62 (0,65; 0,66)	0,56 (0,60; 0,56)
Ansiedade-21		0,52 (0,54; 0,58)

Tabela 4. Versão final do WHOQOL-BREF, constituído por 4 domínios (OMS, 1998).

I Domínio Físico	II Domínio Psicológico	III Relações Sociais	IV. Meio Ambiente
1. Dor e Desconforto (questão 3)	8. Sentimentos positivos (questão 5)	14. Relações pessoais (questão 20)	17. Segurança física e protecção (questão 8)
2. Dependência de medicamentos ou de tratamentos (questão 4)	9. Espiritualidade, Religião, crenças Pessoais (questão 6)	15. Actividade sexual (questão 21)	18. Ambiente físico. Poluição, ruído e clima (questão 9)
3. Energia e fadiga (questão 10)	10. Pensar, aprender, memória e concentração (questão 7)	16. Suporte e apoio social (questão 22)	19. Recursos financeiros (questão 12)
4. Mobilidade (questão 15)	11. Imagem corporal e aparência (questão 11)		20. Oportunidade de adquirir novas informações (questão 13)
5. Sono e Repouso (questão 16)	12. Auto-estima (questão 19)		21. Participação e oportunidades de recreação e lazer (questão 14)
6. Actividades da vida Quotidiana (questão 17)	13. Sentimentos negativos (questão 26)		22. Ambiente no lar (questão 23)
7. Capacidade de trabalho (questão 18)			23. Cuidados de Saúde e

			sociais: disponibilidade e qualidade (questão 24)
			24. Transportes (questão 25)

Tabela 5. Formato do tipo de resposta do instrumento WHOQOL-BREF (Instrumento WHOQOL-BREF: Manual do utilizador e sintaxe)

Intensidade	(1) nada (2) muito pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) extremamente
Capacidade	(1) nada (2) muito pouco (3) médio (4) muito (5) completamente
Frequência	(1) nunca (2) algumas vezes (3) frequentemente (4) muito frequentemente (5) sempre
Avaliação	(1) muito má (2) má (3) nem boa nem má (4) boa (5) muito boa e (1) muito insatisfeito (2) insatisfeito (3) nem satisfeito nem insatisfeito (4) satisfeito (5) muito satisfeito

Tabela 6. Coeficiente de fidedignidade de Cronbach nos diferentes domínios e questões (OMS, 1998)

	Coeficientes de Cronbach	Nº de casos	Nº de itens
Domínios	0,7678	286	6
26 questões	0,9054	284	100
Domínio 1 (Físico)	0,8378	293	7
Domínio 2 (Psicológico)	0,7845	292	6
Domínio 3 (Relações Sociais)	0,6921	299	3

Tabela 7. Coeficiente de correlação dos valores dos diferentes domínios entre o teste e reteste (OMS, 1998)

	Coeficiente de correlação Teste-reteste	Sig.
Domínio 1 (Físico)	0,81	0,0001
Domínio 2 (Psicológico)	0,69	0,0001
Domínio 3 (Relações sociais)	0,80	0,0001
Domínio 4 (Meio-ambiente)	0,75	0,0001

Tabela 8. Regressão linear múltipla entre os diferentes domínios em relação à Qualidade de vida de vida geral (OMS, 1998)

Variável	B	T	Significância T
Domínio 1 (Físico)	0,43	7,36	0,0001
Domínio 2 (Psicológico)	0,21	2,80	0,005
Domínio 3 (Relações sociais)	0,04	0,75	0,453
Domínio 4 (Meio-ambiente)	0,27	3,35	0,001
Constante	0,57	0,58	0,564

Tabela 9. Tabela de descrição das variáveis do questionário sócio-demográfico.

Variáveis		M1		M2	
		Freq.	%	Freq.	%
Género dos pais	Feminino	17	60,7	23	82,1

	Masculino	11	39,3	5	17,9
Idade dos pais	Até 40	16	57,1	13	46,4
	40 e mais	12	42,9	15	53,6
Habilitações dos pais	Básico	5	17,9	15	53,6
	Secundário	14	50,0	3	10,7
	Superior	9	32,1	10	35,7
Situação laboral	Empregado	23	82,1	21	75,0
	Não empregado	5	17,9	7	25,0
Tipo de família	Nuclear	21	75,0	19	67,9
	Monoparental	7	25,0	9	32,1
Número de filhos	Apenas um	10	35,7	7	25,0
	Dois ou mais	18	64,3	21	75,0
Género dos filhos	Feminino	10	35,7	14	50,0
	Masculino	18	64,3	14	50,0
Surdez dos filhos	Moderada a severa	9	32,1	10	35,7
	Severa a profunda	19	67,9	18	64,3
Implante coclear	Sim	1	3,6	3	10,7
	Não	27	96,4	25	89,3
Ensino especial	Sim	15	53,6	21	75,0
	Não	13	46,4	7	25,0
Escolaridade dos Filhos	Pré-escolar	9	32,1	2	7,1
	1º Ciclo	17	60,7	21	75,0
	2º Ciclo	2	7,1	5	17,9
Acompanhamento filhos	Sim	24	85,7	23	82,1
	Não	4	14,3	5	17,9
Apoio social	Sim	13	46,4	18	64,3
	Não	15	53,6	10	35,7
Dificuldade integração	Sim	3	10,7	12	42,9
	Não	25	89,3	16	57,1
Acompanhamento pais	Sim	5	17,9	7	25,0
	Não	23	82,1	21	75,0

Diagnóstico anterior de ansiedade	Sim	3	10,7	7	25,0
	Não	25	89,3	21	75,0
Diagnóstico anterior de depressão	Sim	5	17,9	6	21,4
	Não	23	82,1	22	78,6
Medicação para ansiedade	Sim	2	7,1	4	14,3
	Não	26	92,9	24	85,7
Medicação para depressão	Sim	2	7,1	5	17,9
	Não	26	92,9	23	82,1

ANEXO F

Variável Principal: "Surgimento da Surdez"

*Tabelas de Descrição da Variável "Surdez Adquirida à Nascimento"***Género_pais**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Feminino	17	60,7	60,7	60,7
	Masculino	11	39,3	39,3	100,0
Total		28	100,0	100,0	

Idade_pais

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	até 40	16	57,1	57,1	57,1
	40 e mais	12	42,9	42,9	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Habilitações_pais

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Básico	5	17,9	17,9	17,9
	Secundário	14	50,0	50,0	67,9
	Superior	9	32,1	32,1	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Situação_labor

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Empregado	23	82,1	82,1	82,1
	Não empregado	5	17,9	17,9	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Tipo_família

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nuclear	21	75,0	75,0	75,0
	Monoparental	7	25,0	25,0	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

número_filhos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Apenas um	10	35,7	35,7	35,7
	Dois ou mais	18	64,3	64,3	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Gênero_filho

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Feminino	10	35,7	35,7	35,7
	Masculino	18	64,3	64,3	100,0

Género_filho

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Feminino	10	35,7	35,7	35,7
	Masculino	18	64,3	64,3	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Surdez_filho

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Moderada a severa	9	32,1	32,1	32,1
	Severa a profunda	19	67,9	67,9	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Surgimento_surd

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nascença	28	100,0	100,0	100,0

Implante_coclear

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	1	3,6	3,6	3,6
	Não	27	96,4	96,4	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Ensino_especial

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	15	53,6	53,6	53,6
	Não	13	46,4	46,4	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Escolaridade_filho

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pré-escolar	9	32,1	32,1	32,1
	1º ciclo	17	60,7	60,7	92,9

2º ciclo	2	7,1	7,1	100,0
Total	28	100,0	100,0	

Acompanh_filho

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	24	85,7	85,7	85,7
Não	4	14,3	14,3	100,0
Total	28	100,0	100,0	

Apoio_social

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	13	46,4	46,4	46,4
Não	15	53,6	53,6	100,0
Total	28	100,0	100,0	

Dific_integração

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	3	10,7	10,7	10,7
Não	25	89,3	89,3	100,0
Total	28	100,0	100,0	

Acomp_pais

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	5	17,9	17,9	17,9
Não	23	82,1	82,1	100,0
Total	28	100,0	100,0	

Diagn_anterior_ansiedade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	3	10,7	10,7	10,7
Não	25	89,3	89,3	100,0

Diagn_anterior_ansiedade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	3	10,7	10,7	10,7
	Não	25	89,3	89,3	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Diagn_anterior_depr

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	5	17,9	17,9	17,9
	Não	23	82,1	82,1	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Medic_ansiedade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	2	7,1	7,1	7,1
	Não	26	92,9	92,9	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Medic_depres

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	2	7,1	7,1	7,1
	Não	26	92,9	92,9	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Tabelas de Descrição da Variável "Surdez Adquirida Mais Tarde"

Gênero_pais

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Feminino	23	82,1	82,1	82,1

Masculino	5	17,9	17,9	100,0
Total	28	100,0	100,0	

Idade_pais

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid até 40	13	46,4	46,4	46,4
40 e mais	15	53,6	53,6	100,0
Total	28	100,0	100,0	

Habilitações_pais

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Básico	15	53,6	53,6	53,6
Secundário	3	10,7	10,7	64,3
Superior	10	35,7	35,7	100,0
Total	28	100,0	100,0	

Situação_labor

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Empregado	21	75,0	75,0	75,0
Não empregado	7	25,0	25,0	100,0
Total	28	100,0	100,0	

Tipo_família

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nuclear	19	67,9	67,9	67,9
Monoparental	9	32,1	32,1	100,0
Total	28	100,0	100,0	

número_filhos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Apenas um	7	25,0	25,0	25,0
Dois ou mais	21	75,0	75,0	100,0

número_filhos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Apenas um	7	25,0	25,0	25,0
	Dois ou mais	21	75,0	75,0	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Género_filho

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Feminino	14	50,0	50,0	50,0
	Masculino	14	50,0	50,0	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Surdez_filho

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Moderada a severa	10	35,7	35,7	35,7
	Severa a profunda	18	64,3	64,3	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Implante_coclear

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	3	10,7	10,7	10,7
	Não	25	89,3	89,3	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Ensino_especial

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	21	75,0	75,0	75,0
	Não	7	25,0	25,0	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Escolaridade_filho

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pré-escolar	2	7,1	7,1	7,1
	1º ciclo	21	75,0	75,0	82,1

2° ciclo	5	17,9	17,9	100,0
Total	28	100,0	100,0	

Acompanh_filho

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	23	82,1	82,1	82,1
Não	5	17,9	17,9	100,0
Total	28	100,0	100,0	

Apoio_social

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	18	64,3	64,3	64,3
Não	10	35,7	35,7	100,0
Total	28	100,0	100,0	

Dific_integração

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	12	42,9	42,9	42,9
Não	16	57,1	57,1	100,0
Total	28	100,0	100,0	

Acomp_pais

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	7	25,0	25,0	25,0
Não	21	75,0	75,0	100,0
Total	28	100,0	100,0	

Diagn_anterior_ansiedade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	7	25,0	25,0	25,0
Não	21	75,0	75,0	100,0
Total	28	100,0	100,0	

Diagn_anterior_depr

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	6	21,4	21,4	21,4
	Não	22	78,6	78,6	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Medic_ansiedade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	4	14,3	14,3	14,3
	Não	24	85,7	85,7	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Medic_depres

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	5	17,9	17,9	17,9
	Não	23	82,1	82,1	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Tabelas de Descrição das Variáveis Dependentes Quantitativas para a Variável Independente "Surdez Adquirida à Nascimento"

Ansiedade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	16	57,1	57,1	57,1
	2	3	10,7	10,7	67,9
	4	3	10,7	10,7	78,6
	6	3	10,7	10,7	89,3
	8	2	7,1	7,1	96,4
	26	1	3,6	3,6	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Depressão

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	11	39,3	39,3	39,3
	2	4	14,3	14,3	53,6
	4	5	17,9	17,9	71,4
	6	1	3,6	3,6	75,0
	8	1	3,6	3,6	78,6
	10	1	3,6	3,6	82,1
	14	1	3,6	3,6	85,7
	22	1	3,6	3,6	89,3
	26	1	3,6	3,6	92,9
	28	1	3,6	3,6	96,4
	30	1	3,6	3,6	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Stress

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	2	7,1	7,1	7,1
	2	4	14,3	14,3	21,4
	4	2	7,1	7,1	28,6
	6	4	14,3	14,3	42,9
	8	5	17,9	17,9	60,7
	10	1	3,6	3,6	64,3
	12	2	7,1	7,1	71,4
	14	3	10,7	10,7	82,1
	16	1	3,6	3,6	85,7
	22	1	3,6	3,6	89,3
	24	1	3,6	3,6	92,9
	26	1	3,6	3,6	96,4
	36	1	3,6	3,6	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Qual_vida_dominio_g

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	37,50	2	7,1	7,1	7,1
	50,00	7	25,0	25,0	32,1
	62,50	6	21,4	21,4	53,6
	75,00	11	39,3	39,3	92,9
	87,50	2	7,1	7,1	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Qual_vida_dominio1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	46,43	1	3,6	3,6	3,6
	50,00	1	3,6	3,6	7,1
	53,57	1	3,6	3,6	10,7
	57,14	1	3,6	3,6	14,3
	60,71	1	3,6	3,6	17,9
	67,86	1	3,6	3,6	21,4
	71,43	2	7,1	7,1	28,6
	75,00	3	10,7	10,7	39,3
	78,57	3	10,7	10,7	50,0
	82,14	9	32,1	32,1	82,1
	85,71	2	7,1	7,1	89,3
	89,29	1	3,6	3,6	92,9
	92,86	1	3,6	3,6	96,4
	96,43	1	3,6	3,6	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Qual_vida_dominio2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	33,33	1	3,6	3,6	3,6
	41,67	2	7,1	7,1	10,7
	45,83	1	3,6	3,6	14,3
	54,17	2	7,1	7,1	21,4
	58,33	1	3,6	3,6	25,0
	62,50	1	3,6	3,6	28,6
	66,67	1	3,6	3,6	32,1
	70,83	5	17,9	17,9	50,0
	75,00	6	21,4	21,4	71,4
	79,17	2	7,1	7,1	78,6

83,33	1	3,6	3,6	82,1
87,50	3	10,7	10,7	92,9
91,67	2	7,1	7,1	100,0
Total	28	100,0	100,0	

Qual_vida_dominio3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	33,33	1	3,6	3,6	3,6
	50,00	2	7,1	7,1	10,7
	58,33	3	10,7	10,7	21,4
	66,67	9	32,1	32,1	53,6
	75,00	6	21,4	21,4	75,0
	83,33	5	17,9	17,9	92,9
	91,67	2	7,1	7,1	100,0
Total		28	100,0	100,0	

Qual_vida_dominio4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	25,00	1	3,6	3,6	3,6
	34,38	1	3,6	3,6	7,1
	37,50	1	3,6	3,6	10,7
	43,75	2	7,1	7,1	17,9
	46,88	3	10,7	10,7	28,6
	50,00	1	3,6	3,6	32,1
	53,13	2	7,1	7,1	39,3
	56,25	3	10,7	10,7	50,0
	59,38	1	3,6	3,6	53,6
	62,50	2	7,1	7,1	60,7
	65,63	6	21,4	21,4	82,1
	68,75	1	3,6	3,6	85,7
	71,88	1	3,6	3,6	89,3
	75,00	3	10,7	10,7	100,0
Total		28	100,0	100,0	

Tabelas de Descrição das Variáveis Dependentes Quantitativas para a Variável Independente "Surdez Adquirida Mais Tarde"

Ansiedade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	9	32,1	32,1	32,1
	2	1	3,6	3,6	35,7
	4	4	14,3	14,3	50,0
	6	2	7,1	7,1	57,1
	8	1	3,6	3,6	60,7
	10	1	3,6	3,6	64,3
	12	3	10,7	10,7	75,0
	14	1	3,6	3,6	78,6
	18	1	3,6	3,6	82,1
	22	1	3,6	3,6	85,7
	26	1	3,6	3,6	89,3
	28	1	3,6	3,6	92,9
	32	1	3,6	3,6	96,4
	36	1	3,6	3,6	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Depressão

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	4	14,3	14,3	14,3
	1	1	3,6	3,6	17,9
	2	2	7,1	7,1	25,0
	4	4	14,3	14,3	39,3

6	3	10,7	10,7	50,0
8	2	7,1	7,1	57,1
10	2	7,1	7,1	64,3
12	3	10,7	10,7	75,0
14	1	3,6	3,6	78,6
18	1	3,6	3,6	82,1
22	1	3,6	3,6	85,7
28	1	3,6	3,6	89,3
30	2	7,1	7,1	96,4
38	1	3,6	3,6	100,0
Total	28	100,0	100,0	

Stress

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	3,6	3,6	3,6
	1	1	3,6	3,6	7,1
	2	1	3,6	3,6	10,7
	4	3	10,7	10,7	21,4
	6	3	10,7	10,7	32,1
	8	2	7,1	7,1	39,3
	10	5	17,9	17,9	57,1
	12	1	3,6	3,6	60,7
	16	2	7,1	7,1	67,9
	18	2	7,1	7,1	75,0
	20	2	7,1	7,1	82,1
	22	1	3,6	3,6	85,7
	26	1	3,6	3,6	89,3
	32	1	3,6	3,6	92,9
	34	1	3,6	3,6	96,4
	38	1	3,6	3,6	100,0
Total		28	100,0	100,0	

Qual_vida_dominio_g

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,00	1	3,6	3,6	3,6
	12,50	1	3,6	3,6	7,1
	37,50	1	3,6	3,6	10,7

50,00	3	10,7	10,7	21,4
62,50	9	32,1	32,1	53,6
75,00	10	35,7	35,7	89,3
87,50	3	10,7	10,7	100,0
Total	28	100,0	100,0	

Qual_vida_dominio1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	21,43	1	3,6	3,6	3,6
	53,57	4	14,3	14,3	17,9
	57,14	1	3,6	3,6	21,4
	60,71	2	7,1	7,1	28,6
	64,29	3	10,7	10,7	39,3
	67,86	2	7,1	7,1	46,4
	71,43	2	7,1	7,1	53,6
	75,00	2	7,1	7,1	60,7
	78,57	4	14,3	14,3	75,0
	82,14	3	10,7	10,7	85,7
	85,71	1	3,6	3,6	89,3
	89,29	1	3,6	3,6	92,9
	96,43	2	7,1	7,1	100,0
Total		28	100,0	100,0	

Qual_vida_dominio2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	25,00	1	3,6	3,6	3,6
	41,67	2	7,1	7,1	10,7
	45,83	1	3,6	3,6	14,3
	50,00	1	3,6	3,6	17,9

54,17	4	14,3	14,3	32,1
58,33	3	10,7	10,7	42,9
62,50	1	3,6	3,6	46,4
66,66	1	3,6	3,6	50,0
66,67	1	3,6	3,6	53,6
70,83	5	17,9	17,9	71,4
75,00	5	17,9	17,9	89,3
79,17	1	3,6	3,6	92,9
83,33	1	3,6	3,6	96,4
87,50	1	3,6	3,6	100,0
Total	28	100,0	100,0	

Qual_vida_dominio3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	25,00	1	3,6	3,6	3,6
	33,33	1	3,6	3,6	7,1
	41,67	1	3,6	3,6	10,7
	50,00	1	3,6	3,6	14,3
	58,33	5	17,9	17,9	32,1
	66,67	3	10,7	10,7	42,9
	75,00	11	39,3	39,3	82,1
	83,33	3	10,7	10,7	92,9
	91,67	2	7,1	7,1	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Qual_vida_dominio4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	25,00	1	3,6	3,6	3,6
	28,13	2	7,1	7,1	10,7
	34,38	1	3,6	3,6	14,3
	37,50	1	3,6	3,6	17,9
	40,63	2	7,1	7,1	25,0

43,75	2	7,1	7,1	32,1
46,88	4	14,3	14,3	46,4
50,00	1	3,6	3,6	50,0
53,13	2	7,1	7,1	57,1
56,25	1	3,6	3,6	60,7
59,38	4	14,3	14,3	75,0
62,50	1	3,6	3,6	78,6
65,63	2	7,1	7,1	85,7
68,75	2	7,1	7,1	92,9
71,88	1	3,6	3,6	96,4
84,38	1	3,6	3,6	100,0
Total	28	100,0	100,0	

Teste Kolmogorov-Smirnov para a Ansiedade

Tests of Normality

	Surgimento_surd	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
Ans_excitação_siste	Nascença	,367	28	,000	,653	28	,000
	Mais tarde	,197	28	,007	,814	28	,000
Ans_efeitos_muscul	Nascença	,524	28	,000	,266	28	,000
	Mais tarde	,406	28	,000	,645	28	,000
Ans_situacional	Nascença	,487	28	,000	,484	28	,000
	Mais tarde	,363	28	,000	,717	28	,000
Ans_exp_subj	Nascença	,452	28	,000	,506	28	,000
	Mais tarde	,320	28	,000	,771	28	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Teste Mann-Whitney para a Ansiedade

Ranks

	Surgimento_surd	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Ans_excitação_siste	Nascença	28	23,30	652,50
	Mais tarde	28	33,70	943,50
	Total	56		
Ans_efeitos_muscul	Nascença	28	25,00	700,00
	Mais tarde	28	32,00	896,00
	Total	56		
Ans_situacional	Nascença	28	25,41	711,50
	Mais tarde	28	31,59	884,50
	Total	56		
Ans_exp_subj	Nascença	28	24,48	685,50
	Mais tarde	28	32,52	910,50
	Total	56		
Ansiedade_global	Nascença	28	23,04	645,00
	Mais tarde	28	33,96	951,00
	Total	56		

Test Statistics^a

	Ans_excitação_siste	Ans_efeitos_muscul	Ans_situacional	Ans_exp_subj	Ansiedade_global
Mann-Whitney U	246,500	294,000	305,500	279,500	239,000
Wilcoxon W	652,500	700,000	711,500	685,500	645,000
Z	-2,580	-2,317	-1,785	-2,189	-2,631
Asymp. Sig. (2-tailed)	,010	,021	,074	,029	,009

a. Grouping Variable: Surgimento_surd

Teste Kolmogorov-Smirnov para a Depressão

Tests of Normality

	Surgimento_surd	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
Disforia	Nascença	,443	28	,000	,569	28	,000
	Mais tarde	,321	28	,000	,791	28	,000

Desânimo	Nasença	,433	28	,000	,606	28	,000
	Mais tarde	,348	28	,000	,741	28	,000
Desv_vida	Nasença	,469	28	,000	,534	28	,000
	Mais tarde	,393	28	,000	,667	28	,000
Auto_depreciação	Nasença	,487	28	,000	,484	28	,000
	Mais tarde	,367	28	,000	,717	28	,000
Anedonia	Nasença	,371	28	,000	,700	28	,000
	Mais tarde	,325	28	,000	,765	28	,000
Falta_interesse	Nasença	,400	28	,000	,645	28	,000
	Mais tarde	,358	28	,000	,706	28	,000
Inércia	Nasença	,317	28	,000	,755	28	,000
	Mais tarde	,244	28	,000	,797	28	,000
Depressão_global	Nasença	,306	28	,000	,693	28	,000
	Mais tarde	,193	28	,009	,846	28	,001

a. Lilliefors Significance Correction

Teste Mann-Whitney para a Depressão

		Ranks		
	Surgimento_surd	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Disforia	Nasença	28	22,77	637,50
	Mais tarde	28	34,23	958,50
	Total	56		
Desânimo	Nasença	28	26,29	736,00
	Mais tarde	28	30,71	860,00
	Total	56		
Desv_vida	Nasença	28	26,32	737,00
	Mais tarde	28	30,68	859,00
	Total	56		
Auto_depreciação	Nasença	28	25,32	709,00
	Mais tarde	28	31,68	887,00

Total		56		
Anedonia	Nasceça	28	26,71	748,00
	Mais tarde	28	30,29	848,00
	Total	56		
Falta_interesse	Nasceça	28	27,27	763,50
	Mais tarde	28	29,73	832,50
	Total	56		
Inércia	Nasceça	28	26,64	746,00
	Mais tarde	28	30,36	850,00
	Total	56		
Depressão_global	Nasceça	28	23,52	658,50
	Mais tarde	28	33,48	937,50
	Total	56		

Test Statistics^a

	Disforia	Desânimo	Desv_vida	Auto_deprecia ção	Anedonia	Falta_interess e	Inércia	Depressão_glo bal
Mann-Whitney U	231,500	330,000	331,000	303,000	342,000	357,500	340,000	252,500
Wilcoxon W	637,500	736,000	737,000	709,000	748,000	763,500	746,000	658,500
Z	-2,892	-1,193	-1,260	-1,836	-,917	-,664	-,926	-2,316
Asymp. Sig. (2-tailed)	,004	,233	,208	,066	,359	,506	,355	,021

a. Grouping Variable: Surgimento_surd

Teste Kolmogorov-Smirnov para o Stress

Tests of Normality

Surgimento_ surd		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Dif_relaxar	Nasceça	,268	28	,000	,853	28	,001
	Mais tarde	,173	28	,031	,889	28	,007
Excit_nervosa	Nasceça	,287	28	,000	,713	28	,000
	Mais tarde	,276	28	,000	,801	28	,000
Fac_agit_chat	Nasceça	,266	28	,000	,806	28	,000
	Mais tarde	,216	28	,002	,850	28	,001
Irrita_reac_ex	Nasceça	,199	28	,006	,881	28	,004
	Mais tarde	,215	28	,002	,877	28	,003
Impaciência	Nasceça	,316	28	,000	,745	28	,000
	Mais tarde	,251	28	,000	,791	28	,000

Stress_global	Nascença	,200	28	,006	,876	28	,003
	Mais tarde	,199	28	,006	,909	28	,019

a. Lilliefors Significance Correction

Teste Mann-Whitney para o Stress

Ranks

	Surgimento_surd	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Dif_relaxar	Nascença	28	25,50	714,00
	Mais tarde	28	31,50	882,00
	Total	56		
Excit_nervosa	Nascença	28	27,43	768,00
	Mais tarde	28	29,57	828,00
	Total	56		
Fac_agit_chat	Nascença	28	26,91	753,50
	Mais tarde	28	30,09	842,50
	Total	56		
Irrita_reac_ex	Nascença	28	27,18	761,00
	Mais tarde	28	29,82	835,00
	Total	56		
Impaciência	Nascença	28	26,61	745,00
	Mais tarde	28	30,39	851,00
	Total	56		
Stress_global	Nascença	28	25,66	718,50
	Mais tarde	28	31,34	877,50
	Total	56		

Test Statistics^a

	Dif_relaxar	Excit_nervosa	Fac_agit_chat	Irrita_reac_ex	Impaciência	Stress_global
Mann-Whitney U	308,000	362,000	347,500	355,000	339,000	312,500
Wilcoxon W	714,000	768,000	753,500	761,000	745,000	718,500
Z	-1,410	-,530	-,778	-,623	-,958	-1,308
Asymp. Sig. (2-tailed)	,159	,596	,437	,533	,338	,191

a. Grouping Variable: Surgimento_surd

Teste Kolmogorov-Smirnov para a Qualidade de Vida

Tests of Normality

	Surgimento_surd	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Qual_vida_dominio_g	Nascença	,244	28	,000	,894	28	,008
	Mais tarde	,268	28	,000	,806	28	,000
Qual_vida_dominio1	Nascença	,189	28	,012	,896	28	,009
	Mais tarde	,110	28	,200 [*]	,939	28	,101
Qual_vida_dominio2	Nascença	,209	28	,003	,926	28	,048
	Mais tarde	,166	28	,046	,952	28	,226
Qual_vida_dominio3	Nascença	,187	28	,013	,937	28	,092
	Mais tarde	,244	28	,000	,895	28	,009
Qual_vida_dominio4	Nascença	,143	28	,150	,950	28	,202
	Mais tarde	,096	28	,200 [*]	,982	28	,902

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Teste Mann-Whitney para a Qualidade de Vida (Domínios 1, 2, 3 e Global)

Ranks

	Surgimento_surd	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Qual_vida_dominio_g	Nascença	28	27,80	778,50
	Mais tarde	28	29,20	817,50
	Total	56		
Qual_vida_dominio1	Nascença	28	32,09	898,50
	Mais tarde	28	24,91	697,50
	Total	56		
Qual_vida_dominio2	Nascença	28	32,30	904,50
	Mais tarde	28	24,70	691,50
	Total	56		
Qual_vida_dominio3	Nascença	28	28,93	810,00
	Mais tarde	28	28,07	786,00
	Total	56		

Test Statistics^a

	Qual_vida_dominio_g	Qual_vida_dominio1	Qual_vida_dominio2	Qual_vida_dominio3
Mann-Whitney U	372,500	291,500	285,500	380,000
Wilcoxon W	778,500	697,500	691,500	786,000
Z	-,333	-1,659	-1,759	-,201
Asymp. Sig. (2-tailed)	,739	,097	,079	,841

Test Statistics^a

	Qual_vida_dominio_g	Qual_vida_dominio1	Qual_vida_dominio2	Qual_vida_dominio3
Mann-Whitney U	372,500	291,500	285,500	380,000
Wilcoxon W	778,500	697,500	691,500	786,000
Z	-,333	-1,659	-1,759	-,201
Asymp. Sig. (2-tailed)	,739	,097	,079	,841

a. Grouping Variable: Surgimento_surd

Teste T-Student para a Qualidade de Vida (Domínio 4)**Group Statistics**

	Surgimento_surd	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Qual_vida_dominio4	Nascença	28	56,9221	12,90888	2,43955
	Mais tarde	28	51,6775	14,42089	2,72529

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
								95% Confidence Interval of the Difference		
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper	
Qual_vida_dominio4	Equal variances assumed	,357	,552	1,434	54	,157	5,24464	3,65768	-2,08856	12,57785
	Equal variances not assumed			1,434	53,351	,157	5,24464	3,65768	-2,09061	12,57989

Variável Independente "Idade dos Pais"

Teste Kolmogorov-Smirnov para a Ansiedade

Tests of Normality

Idade_pais		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Ans_excitação_siste	até 40	,268	29	,000	,713	29	,000
	40 e mais	,262	27	,000	,699	27	,000
Ans_efeitos_muscul	até 40	,463	29	,000	,504	29	,000
	40 e mais	,484	27	,000	,494	27	,000
Ans_situacional	até 40	,368	29	,000	,701	29	,000
	40 e mais	,486	27	,000	,488	27	,000
Ans_exp_subj	até 40	,354	29	,000	,690	29	,000
	40 e mais	,423	27	,000	,635	27	,000
Ansiedade_global	até 40	,256	29	,000	,721	29	,000
	40 e mais	,268	27	,000	,689	27	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Teste Mann-Whitney para a Ansiedade

Ranks

	Idade_pais	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Ans_excitação_siste	até 40	29	28,71	832,50
	40 e mais	27	28,28	763,50
	Total	56		
Ans_efeitos_muscul	até 40	29	28,67	831,50
	40 e mais	27	28,31	764,50
	Total	56		
Ans_situacional	até 40	29	30,95	897,50
	40 e mais	27	25,87	698,50
	Total	56		
Ans_exp_subj	até 40	29	29,09	843,50

	40 e mais	27	27,87	752,50
	Total	56		
Ansiedade_global	até 40	29	29,41	853,00
	40 e mais	27	27,52	743,00
	Total	56		

Test Statistics^a

	Ans_excitação_s iste	Ans_efeitos_mus cul	Ans_situacional	Ans_exp_subj	Ansiedade_glob al
Mann-Whitney U	385,500	386,500	320,500	374,500	365,000
Wilcoxon W	763,500	764,500	698,500	752,500	743,000
Z	-,106	-,118	-1,466	-,331	-,456
Asymp. Sig. (2-tailed)	,915	,906	,143	,741	,648

a. Grouping Variable: Idade_pais

Teste Kolmogorov-Smirnov para a Depressão

Tests of Normality

	Idade_pais	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Disforia	até 40	,323	29	,000	,738	29	,000
	40 e mais	,272	27	,000	,737	27	,000
Desânimo	até 40	,301	29	,000	,766	29	,000
	40 e mais	,492	27	,000	,504	27	,000
Desv_vida	até 40	,379	29	,000	,690	29	,000
	40 e mais	,486	27	,000	,488	27	,000
Auto_depreciação	até 40	,400	29	,000	,657	29	,000
	40 e mais	,458	27	,000	,543	27	,000
Anedonia	até 40	,286	29	,000	,760	29	,000
	40 e mais	,409	27	,000	,600	27	,000
Falta_interesse	até 40	,305	29	,000	,770	29	,000
	40 e mais	,453	27	,000	,529	27	,000
Inércia	até 40	,330	29	,000	,753	29	,000
	40 e mais	,269	27	,000	,786	27	,000
Depressão_global	até 40	,173	29	,026	,836	29	,000
	40 e mais	,317	27	,000	,684	27	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Teste Mann-Whitney para a Depressão

Ranks

	Idade_pais	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Disforia	até 40	29	28,28	820,00
	40 e mais	27	28,74	776,00
	Total	56		
Desânimo	até 40	29	32,10	931,00
	40 e mais	27	24,63	665,00
	Total	56		
Desv_vida	até 40	29	30,90	896,00
	40 e mais	27	25,93	700,00
	Total	56		
Auto_depreciação	até 40	29	30,07	872,00
	40 e mais	27	26,81	724,00
	Total	56		
Anedonia	até 40	29	32,05	929,50
	40 e mais	27	24,69	666,50
	Total	56		
Falta_interesse	até 40	29	32,12	931,50
	40 e mais	27	24,61	664,50
	Total	56		
Inércia	até 40	29	26,64	772,50
	40 e mais	27	30,50	823,50
	Total	56		
Depressão_global	até 40	29	30,50	884,50
	40 e mais	27	26,35	711,50
	Total	56		

Test Statistics^a

	Disforia	Desânimo	Desv_vida	Auto_depreciação	Anedonia	Falta_interesse	Inércia	Depressão_global
Mann-Whitney U	385,000	287,000	322,000	346,000	288,500	286,500	337,500	333,500
Wilcoxon W	820,000	665,000	700,000	724,000	666,500	664,500	772,500	711,500
Z	-,117	-2,013	-1,436	-,939	-1,891	-2,024	-,962	-,964
Asymp. Sig. (2-tailed)	,907	,044	,151	,348	,059	,043	,336	,335

a. Grouping Variable: Idade_pais

Teste kolmogorov-Smirnov para o Stress

Tests of Normality

Idade_pais	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
Dif_relaxar	até 40	,217	29	,001	,904	29	,012
	40 e mais	,235	27	,001	,783	27	,000
Excit_nervosa	até 40	,288	29	,000	,755	29	,000
	40 e mais	,307	27	,000	,768	27	,000
Fac_agit_chat	até 40	,215	29	,001	,869	29	,002
	40 e mais	,262	27	,000	,774	27	,000
Irrita_reac_ex	até 40	,193	29	,007	,868	29	,002
	40 e mais	,225	27	,001	,859	27	,002
Impaciência	até 40	,285	29	,000	,777	29	,000
	40 e mais	,322	27	,000	,750	27	,000
Stress_global	até 40	,164	29	,044	,896	29	,008
	40 e mais	,198	27	,008	,869	27	,003

a. Lilliefors Significance Correction

Teste Mann-Whitney para o Stress

Ranks

	Idade_pais	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Dif_relaxar	até 40	29	30,83	894,00
	40 e mais	27	26,00	702,00
	Total	56		
Excit_nervosa	até 40	29	28,91	838,50
	40 e mais	27	28,06	757,50
	Total	56		
Fac_agit_chat	até 40	29	32,21	934,00
	40 e mais	27	24,52	662,00
	Total	56		
Irrita_reac_ex	até 40	29	29,53	856,50
	40 e mais	27	27,39	739,50
	Total	56		
Impaciência	até 40	29	30,12	873,50
	40 e mais	27	26,76	722,50
	Total	56		
Stress_global	até 40	29	30,93	897,00
	40 e mais	27	25,89	699,00
	Total	56		

Test Statistics^a

	Dif_relaxar	Excit_nervosa	Fac_agit_chat	Irrita_reac_ex	Impaciência	Stress_global
Mann-Whitney U	324,000	379,500	284,000	361,500	344,500	321,000
Wilcoxon W	702,000	757,500	662,000	739,500	722,500	699,000
Z	-1,133	-,212	-1,879	-,506	-,851	-1,160
Asymp. Sig. (2-tailed)	,257	,832	,060	,613	,395	,246

a. Grouping Variable: Idade_pais

Teste Kolmogorov-Smirnov para a Qualidade de Vida

Tests of Normality

	Idade_pais	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Qual_vida_dominio_g	até 40	,245	29	,000	,893	29	,007
	40 e mais	,193	27	,011	,869	27	,003
Qual_vida_dominio1	até 40	,162	29	,051	,945	29	,138
	40 e mais	,169	27	,047	,906	27	,018
Qual_vida_dominio2	até 40	,228	29	,000	,934	29	,071
	40 e mais	,155	27	,093	,949	27	,203
Qual_vida_dominio3	até 40	,174	29	,025	,951	29	,199
	40 e mais	,188	27	,015	,897	27	,012
Qual_vida_dominio4	até 40	,133	29	,200*	,944	29	,124
	40 e mais	,095	27	,200*	,976	27	,754

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Teste Mann-Whitney para a Qualidade de Vida (Domínios 1, 2, 3 e Geral)

Ranks

	Idade_pais	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Qual_vida_dominio_g	até 40	29	29,78	863,50
	40 e mais	27	27,13	732,50
	Total	56		
Qual_vida_dominio1	até 40	29	28,53	827,50
	40 e mais	27	28,46	768,50
	Total	56		

Qual_vida_dominio2	até 40	29	27,64	801,50
	40 e mais	27	29,43	794,50
	Total	56		
Qual_vida_dominio3	até 40	29	28,95	839,50
	40 e mais	27	28,02	756,50
	Total	56		

Test Statistics^a

	Qual_vida_dominio_g	Qual_vida_dominio1	Qual_vida_dominio2	Qual_vida_dominio3
Mann-Whitney U	354,500	390,500	366,500	378,500
Wilcoxon W	732,500	768,500	801,500	756,500
Z	-,632	-,017	-,413	-,218
Asymp. Sig. (2-tailed)	,527	,987	,679	,827

a. Grouping Variable: Idade_pais

Teste de Levene para a Qualidade de Vida (Domínio 4)

Tests of Normality

	Idade_pais	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Qual_vida_dominio4	até 40	,133	29	,200*	,944	29	,124
	40 e mais	,095	27	,200*	,976	27	,754

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Qual_vida_dominio4	Based on Mean	,042	1	54	,838
	Based on Median	,058	1	54	,811
	Based on Median and with adjusted df	,058	1	53,698	,811
	Based on trimmed mean	,050	1	54	,825

Teste T-student para a Qualidade de Vida (Domínio 4)

Group Statistics

	Idade_pais	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Qual_vida_dominio4	até 40	29	57,4379	13,08390	2,42962
	40 e mais	27	50,9293	14,02431	2,69898

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
								95% Confidence Interval of the Difference		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Qual_vida_dominio4	Equal variances assumed	,042	,838	1,797	54	,078	6,50867	3,62232	-,75365	13,77099
	Equal variances not assumed			1,792	52,934	,079	6,50867	3,63147	-,77534	13,79268

Variável Independente “Género dos Filhos”

Teste Kolmogorov-Smirnov para a Ansiedade

Tests of Normality

	Habilitações_pais	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Ans_excitação_siste	Básico	,177	20	,099	,865	20	,010

	Secundário	,424	17	,000	,626	17	,000
	Superior	,336	19	,000	,727	19	,000
Ans_efeitos_muscul	Básico	,330	20	,000	,746	20	,000
	Secundário	,537	17	,000	,262	17	,000
	Superior	,538	19	,000	,244	19	,000
Ans_situacional	Básico	,269	20	,001	,817	20	,002
	Secundário	,521	17	,000	,385	17	,000
	Superior	,499	19	,000	,452	19	,000
Ans_exp_subj	Básico	,216	20	,015	,853	20	,006
	Secundário	,493	17	,000	,498	17	,000
	Superior	,484	19	,000	,433	19	,000
Ansiedade_global	Básico	,158	20	,200	,895	20	,033
	Secundário	,374	17	,000	,666	17	,000
	Superior	,301	19	,000	,558	19	,000

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Teste Mann-Whitney para a Ansiedade

Ranks

	Gênero_filho	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Ans_excitação_siste	Feminino	24	34,29	823,00
	Masculino	32	24,16	773,00
	Total	56		
Ans_efeitos_muscul	Feminino	24	32,77	786,50
	Masculino	32	25,30	809,50
	Total	56		
Ans_situacional	Feminino	24	33,75	810,00
	Masculino	32	24,56	786,00
	Total	56		
Ans_exp_subj	Feminino	24	33,69	808,50
	Masculino	32	24,61	787,50
	Total	56		
Ansiedade_global	Feminino	24	35,08	842,00
	Masculino	32	23,56	754,00
	Total	56		

Test Statistics^a

	Ans_excitação_siste	Ans_efeitos_muscul	Ans_situacional	Ans_exp_subj	Ansiedade_global
Mann-Whitney U	245,000	281,500	258,000	259,500	226,000
Wilcoxon W	773,000	809,500	786,000	787,500	754,000
Z	-2,490	-2,449	-2,627	-2,447	-2,745

Asymp. Sig. (2-tailed)	,013	,014	,009	,014	,006
------------------------	------	------	------	------	------

a. Grouping Variable: G nero_filho

Teste Kolmogorov-Smirnov para a Depressão

Tests of Normality

G�nero_filho	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			
	Statistic	df	Sig.	Statistic	Df	Sig.	
Disforia	Feminino	,290	24	,000	,756	24	,000
	Masculino	,315	32	,000	,737	32	,000
Des�nimo	Feminino	,307	24	,000	,785	24	,000
	Masculino	,452	32	,000	,569	32	,000
Desv_vida	Feminino	,357	24	,000	,715	24	,000
	Masculino	,484	32	,000	,493	32	,000
Auto_deprecia�o	Feminino	,354	24	,000	,735	24	,000
	Masculino	,483	32	,000	,497	32	,000
Anedonia	Feminino	,306	24	,000	,786	24	,000
	Masculino	,382	32	,000	,688	32	,000
Falta_interesse	Feminino	,323	24	,000	,761	24	,000
	Masculino	,421	32	,000	,590	32	,000
In�rcia	Feminino	,215	24	,006	,855	24	,003
	Masculino	,351	32	,000	,684	32	,000
Depress�o_global	Feminino	,200	24	,014	,856	24	,003
	Masculino	,274	32	,000	,731	32	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Teste Mann-Whitney para a Depressão

Ranks

	G�nero_filho	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Disforia	Feminino	24	30,25	726,00
	Masculino	32	27,19	870,00
	Total	56		
Des�nimo	Feminino	24	32,75	786,00
	Masculino	32	25,31	810,00
	Total	56		
Desv_vida	Feminino	24	32,04	769,00
	Masculino	32	25,84	827,00
	Total	56		
Auto_deprecia�o	Feminino	24	32,54	781,00
	Masculino	32	25,47	815,00

	Total	56		
Anedonia	Feminino	24	31,67	760,00
	Masculino	32	26,13	836,00
	Total	56		
Falta_interesse	Feminino	24	31,96	767,00
	Masculino	32	25,91	829,00
	Total	56		
Inércia	Feminino	24	34,13	819,00
	Masculino	32	24,28	777,00
	Total	56		
Depressão_global	Feminino	24	34,27	822,50
	Masculino	32	24,17	773,50
	Total	56		

Test Statistics^a

	Disforia	Desânimo	Desv_vid a	Auto_depreci ação	Anedonia	Falta_interes se	Inércia	Depressão_ global
Mann-Whitney U	342,000	282,000	299,000	287,000	308,000	301,000	249,000	245,500
Wilcoxon W	870,000	810,000	827,000	815,000	836,000	829,000	777,000	773,500
Z	-,765	-1,984	-1,774	-2,022	-1,409	-1,615	-2,428	-2,324
Asymp. Sig. (2- tailed)	,445	,047	,076	,043	,159	,106	,015	,020

a. Grouping Variable: Género_fil

Teste Kolmogorov-Smirnov para o Stress

Tests of Normality

	Género_filho	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Dif_relaxar	Feminino	,187	24	,030	,899	24	,021
	Masculino	,203	32	,002	,862	32	,001
Excit_nervosa	Feminino	,276	24	,000	,806	24	,000
	Masculino	,282	32	,000	,707	32	,000
Fac_agit_chat	Feminino	,224	24	,003	,835	24	,001
	Masculino	,242	32	,000	,803	32	,000
Irrita_reac_ex	Feminino	,192	24	,022	,897	24	,019
	Masculino	,202	32	,002	,855	32	,001

Impaciência	Feminino	,309	24	,000	,763	24	,000
	Masculino	,310	32	,000	,750	32	,000
Stress_global	Feminino	,183	24	,037	,879	24	,008
	Masculino	,153	32	,055	,910	32	,011

a. Lilliefors Significance Correction

Teste Mann-Whitney para o Stress

Ranks

	Gênero_filho	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Dif_relaxar	Feminino	24	31,35	752,50
	Masculino	32	26,36	843,50
	Total	56		
Excit_nervosa	Feminino	24	30,38	729,00
	Masculino	32	27,09	867,00
	Total	56		
Fac_agit_chat	Feminino	24	29,56	709,50
	Masculino	32	27,70	886,50
	Total	56		
Irrita_reac_ex	Feminino	24	33,06	793,50
	Masculino	32	25,08	802,50
	Total	56		
Impaciência	Feminino	24	28,08	674,00
	Masculino	32	28,81	922,00
	Total	56		
Stress_global	Feminino	24	31,60	758,50
	Masculino	32	26,17	837,50
	Total	56		

Test Statistics^a

	Dif_relaxar	Excit_nervosa	Fac_agit_chat	Irrita_reac_ex	Impaciência	Stress_global
Mann-Whitney U	315,500	339,000	358,500	274,500	374,000	309,500
Wilcoxon W	843,500	867,000	886,500	802,500	674,000	837,500
Z	-1,161	-,804	-,450	-1,864	-,183	-1,238
Asymp. Sig. (2-tailed)	,245	,422	,653	,062	,855	,216

a. Grouping Variable: Gênero_filho

Teste Kolmogorov-Smirnov para a Qualidade de Vida

Tests of Normality

Género_filho		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Qual_vida_dominio_g	Feminino	,205	24	,010	,867	24	,005
	Masculino	,219	32	,000	,883	32	,002
Qual_vida_dominio1	Feminino	,119	24	,200*	,953	24	,313
	Masculino	,161	32	,034	,933	32	,046
Qual_vida_dominio2	Feminino	,220	24	,004	,930	24	,095
	Masculino	,152	32	,059	,963	32	,328
Qual_vida_dominio3	Feminino	,216	24	,005	,926	24	,081
	Masculino	,191	32	,004	,918	32	,018
Qual_vida_dominio4	Feminino	,137	24	,200*	,941	24	,173
	Masculino	,158	32	,042	,929	32	,037

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Teste Mann-Whitney para a Qualidade de Vida

Ranks

Género_filho		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Qual_vida_dominio_g	Feminino	24	24,27	582,50
	Masculino	32	31,67	1013,50
	Total	56		
Qual_vida_dominio1	Feminino	24	22,04	529,00
	Masculino	32	33,34	1067,00
	Total	56		
Qual_vida_dominio2	Feminino	24	25,58	614,00
	Masculino	32	30,69	982,00
	Total	56		
Qual_vida_dominio3	Feminino	24	27,65	663,50
	Masculino	32	29,14	932,50
	Total	56		
Qual_vida_dominio4	Feminino	24	22,85	548,50
	Masculino	32	32,73	1047,50
	Total	56		

Test Statistics^a

	Qual_vida_domi nio_g	Qual_vida_domi nio1	Qual_vida_domi nio2	Qual_vida_domi nio3	Qual_vida_domi nio4
Mann-Whitney U	282,500	229,000	314,000	363,500	248,500
Wilcoxon W	582,500	529,000	614,000	663,500	548,500
Z	-1,750	-2,585	-1,168	-,347	-2,251
Asymp. Sig. (2-tailed)	,080	,010	,243	,729	,024

a. Grouping Variable: Gênero_filho

Variável Independente “Apoio Social”

Teste Kolmogorov-Smirnov para a Ansiedade

Tests of Normality

	Apoio_s ocial	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Ans_excitação_siste	Sim	,278	31	,000	,743	31	,000
	Não	,308	25	,000	,773	25	,000
Ans_efeitos_muscul	Sim	,424	31	,000	,614	31	,000
	Não	,521	25	,000	,286	25	,000
Ans_situacional	Sim	,353	31	,000	,735	31	,000
	Não	,521	25	,000	,384	25	,000
Ans_exp_subj	Sim	,352	31	,000	,745	31	,000
	Não	,438	25	,000	,522	25	,000
Ansiedade_global	Sim	,230	31	,000	,777	31	,000
	Não	,234	25	,001	,792	25	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Teste Mann-Whitney para a Ansiedade

Ranks

	Apoio_s ocial	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Ans_excitação_siste	Sim	31	30,03	931,00
	Não	25	26,60	665,00
	Total	56		
Ans_efeitos_muscul	Sim	31	31,13	965,00

	Não	25	25,24	631,00
	Total	56		
Ans_situacional	Sim	31	32,58	1010,00
	Não	25	23,44	586,00
	Total	56		
Ans_exp_subj	Sim	31	31,48	976,00
	Não	25	24,80	620,00
	Total	56		
Ansiedade_global	Sim	31	30,89	957,50
	Não	25	25,54	638,50
	Total	56		

Test Statistics^a

	Ans_excitação_s iste	Ans_efeitos_mus cul	Ans_situacional	Ans_exp_subj	Ansiedade_glob al
Mann-Whitney U	340,000	306,000	261,000	295,000	313,500
Wilcoxon W	665,000	631,000	586,000	620,000	638,500
Z	-,847	-1,938	-2,626	-1,810	-1,280
Asymp. Sig. (2-tailed)	,397	,053	,009	,070	,201

a. Grouping Variable: Apoio_social

Teste Kolmogorov-Smirnov para a Depressão

Tests of Normality

	Apoio_s ocial	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Disforia	Sim	,281	31	,000	,767	31	,000
	Não	,354	25	,000	,710	25	,000
Desânimo	Sim	,393	31	,000	,684	31	,000
	Não	,390	25	,000	,674	25	,000
Desv_vida	Sim	,450	31	,000	,572	31	,000
	Não	,412	25	,000	,648	25	,000
Auto_depreciação	Sim	,415	31	,000	,632	31	,000
	Não	,443	25	,000	,551	25	,000
Anedonia	Sim	,323	31	,000	,762	31	,000
	Não	,373	25	,000	,662	25	,000
Falta_interesse	Sim	,370	31	,000	,706	31	,000

	Não	,429	25	,000	,590	25	,000
Inércia	Sim	,286	31	,000	,789	31	,000
	Não	,281	25	,000	,740	25	,000
Depressão_global	Sim	,241	31	,000	,773	31	,000
	Não	,202	25	,010	,836	25	,001

a. Lilliefors Significance Correction

Teste Mann-Whitney para a Depressão

Ranks

	Apoio_s ocial	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Disforia	Sim	31	30,69	951,50
	Não	25	25,78	644,50
	Total	56		
Desânimo	Sim	31	28,81	893,00
	Não	25	28,12	703,00
	Total	56		
Desv_vida	Sim	31	28,11	871,50
	Não	25	28,98	724,50
	Total	56		
Auto_depreciação	Sim	31	29,69	920,50
	Não	25	27,02	675,50
	Total	56		
Anedonia	Sim	31	30,89	957,50
	Não	25	25,54	638,50
	Total	56		
Falta_interesse	Sim	31	30,37	941,50
	Não	25	26,18	654,50
	Total	56		
Inércia	Sim	31	29,58	917,00
	Não	25	27,16	679,00
	Total	56		
Depressão_global	Sim	31	30,18	935,50
	Não	25	26,42	660,50
	Total	56		

Test Statistics^a

	Disforia	Desânimo	Desv_vida	Auto_depre	Anedoni	Falta_intere	Inércia	Depressão_
		o	a	ciação	a	sse		global

Mann-Whitney U	319,500	378,000	375,500	350,500	313,500	329,500	354,000	335,500
Wilcoxon W	644,500	703,000	871,500	675,500	638,500	654,500	679,000	660,500
Z	-1,232	-,184	-,249	-,768	-1,365	-1,124	-,600	-,868
Asymp. Sig. (2-tailed)	,218	,854	,803	,443	,172	,261	,549	,385

a. Grouping Variable: Apoio_social

Teste Kolmogorov-Smirnov para o Stress

Tests of Normality

	Apoio_social	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Dif_relaxar	Sim	,173	31	,019	,904	31	,009
	Não	,244	25	,000	,862	25	,003
Excit_nervosa	Sim	,260	31	,000	,782	31	,000
	Não	,282	25	,000	,769	25	,000
Fac_agit_chat	Sim	,262	31	,000	,866	31	,001
	Não	,322	25	,000	,752	25	,000
Irrita_reac_ex	Sim	,175	31	,016	,879	31	,002
	Não	,288	25	,000	,862	25	,003
Impaciência	Sim	,247	31	,000	,794	31	,000
	Não	,333	25	,000	,721	25	,000
Stress_global	Sim	,168	31	,025	,906	31	,010
	Não	,123	25	,200 [*]	,945	25	,196

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Teste Mann-Whitney para o Stress

Ranks

	Apoio_social	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Dif_relaxar	Sim	31	32,66	1012,50
	Não	25	23,34	583,50
	Total	56		
Excit_nervosa	Sim	31	29,82	924,50
	Não	25	26,86	671,50
	Total	56		
Fac_agit_chat	Sim	31	33,10	1026,00

	Não	25	22,80	570,00
	Total	56		
Irrita_reac_ex	Sim	31	30,35	941,00
	Não	25	26,20	655,00
	Total	56		
Impaciência	Sim	31	30,82	955,50
	Não	25	25,62	640,50
	Total	56		
Stress_global	Sim	31	32,11	995,50
	Não	25	24,02	600,50
	Total	56		

Test Statistics^a

	Dif_relaxar	Excit_nervosa	Fac_agit_chat	Irrita_reac_ex	Impaciência	Stress_global
Mann-Whitney U	258,500	346,500	245,000	330,000	315,500	275,500
Wilcoxon W	583,500	671,500	570,000	655,000	640,500	600,500
Z	-2,177	-,729	-2,504	-,974	-1,310	-1,853
Asymp. Sig. (2-tailed)	,029	,466	,012	,330	,190	,064

a. Grouping Variable: Apoio_social

Teste Kolmogorov-Smirnov para a Qualidade de Vida

Tests of Normality

	Apoio_s ocial	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Qual_vida_dominio_g	Sim	,228	31	,000	,872	31	,002
	Não	,202	25	,010	,784	25	,000
Qual_vida_dominio1	Sim	,190	31	,006	,915	31	,018
	Não	,147	25	,169	,942	25	,166
Qual_vida_dominio2	Sim	,192	31	,005	,938	31	,071
	Não	,175	25	,046	,956	25	,339
Qual_vida_dominio3	Sim	,219	31	,001	,881	31	,002
	Não	,180	25	,036	,922	25	,057
Qual_vida_dominio4	Sim	,120	31	,200 [*]	,964	31	,365
	Não	,136	25	,200 [*]	,950	25	,257

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Teste Mann-Whitney para a Qualidade de Vida (Domínios 1, 2, 3 e Global)

Ranks				
	Apoio_s ocial	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Qual_vida_dominio_g	Sim	31	30,24	937,50
	Não	25	26,34	658,50
	Total	56		
Qual_vida_dominio1	Sim	31	28,85	894,50
	Não	25	28,06	701,50
	Total	56		
Qual_vida_dominio2	Sim	31	28,81	893,00
	Não	25	28,12	703,00
	Total	56		
Qual_vida_dominio3	Sim	31	31,26	969,00
	Não	25	25,08	627,00
	Total	56		

Test Statistics ^a				
	Qual_vida_domi nio_g	Qual_vida_domi nio1	Qual_vida_domi nio2	Qual_vida_domi nio3
Mann-Whitney U	333,500	376,500	378,000	302,000
Wilcoxon W	658,500	701,500	703,000	627,000
Z	-,927	-,183	-,158	-1,441
Asymp. Sig. (2-tailed)	,354	,855	,875	,150

a. Grouping Variable: Apoio_social

Teste de Levene para a Qualidade de Vida (Domínio 4)

Qual_vida_dominio4	Equal variances assumed	2,524	,118	1,057	54	,295	3,92329	3,71002	-3,51485	11,36143
	Equal variances not assumed			1,091	53,699	,280	3,92329	3,59565	-3,28649	11,13307