



UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E SOCIOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA DA LINGUAGEM E LOGOPEDIA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PARA OBTENÇÃO DE GRAU DE MESTRE EM  
PSICOLOGIA DA LINGUAGEM E LOGOPEDIA

PSICOLOGIA DA LINGUAGEM E LOGOPEDIA E IMPLANTES COCLEARES

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), E.P.E. - Hospital dos Covões,  
Serviço de Otorrinolaringologia (SORL), Unidade de Implantes Cocleares (UIC)

Margarida Isabel Rovira da Silva G. de Oliveira – N°20080554

SEMINÁRIO DIRIGIDO POR: Professora Doutora. Mónica Pires

ORIENTADOR: Professora Doutora Mónica Pires

*Universidade Autónoma de Lisboa*

Lisboa – 2014

## AGRADECIMENTOS

Este trabalho não teria sido possível sem o apoio incondicional com que pude contar ao longo do meu percurso académico.

Agradeço ao Serviço de ORL do Hospital dos Covões – Centro Hospitalar de Coimbra, ao Director de Serviço Dr. Carlos Ribeiro, e em particular ao Dr. Luís Filipe Silva, por me ter dado a oportunidade de integrar a equipa do Centro de Implantes Cocleares, como estagiária do serviço, e por ter permitido que realizasse a investigação que deu origem a este trabalho.

Aproveito também para agradecer em especial às Terapeutas Marisa Alves e Daniela Ramos e aos Audiologistas Jorge Humberto Martins e João Januário, profissionais do serviço que me apoiaram e que contribuíram para o enriquecimento do meu conhecimento e da minha pessoa.

À Professora Mónica Pires, pelo apoio e disponibilidade, pelas palavras na altura certa.

Avó Fernanda, João, Pai, cada um de vós, de uma forma muito especial e única, está presente aqui e teve um lugar fundamental na prossecução e concretização dos meus objectivos e sonhos.

Mãe, obrigada por seres quem és, por me fazeres sempre acreditar que tudo é possível, por seres o pilar da minha vida.

Ao meu avô e à minha avó.

## RESUMO

O presente relatório descreve o trabalho de estágio realizado no âmbito do Mestrado em Psicologia da Linguagem e Logopedia, o qual teve lugar na Unidade de Implantes Cocleares, do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital dos Covões – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

A população abrangida compreendeu indivíduos diagnosticados com perda auditiva incluídos no Programa de Implantes Cocleares, os seus familiares directos e outros indivíduos acompanhados na consulta médica de ORL<sup>1</sup> e/ou em Terapia da Fala.

As actividades desenvolvidas no estágio foram de carácter indirecto e de carácter directo, do qual destacamos a avaliação e acompanhamento individual e intervenção em grupo com pais e/ou cuidadores de crianças implantadas. Os acompanhamentos são descritos e analisados do ponto de vista clínico e é apresentada a reflexão pessoal da estagiária face aos facilitadores e às limitações. São aprofundados dois casos clínicos, sendo apresentado em detalhe a avaliação, a intervenção e a análise clínica e pessoal. A especialização em Psicologia da Linguagem e Logopedia, a qual permite intervir ao nível das perturbações de comunicação e de linguagem de carácter emocional, assumiu um papel fundamental na intervenção, tendo-se observado que potenciou o desenvolvimento de sentimentos mais positivos e melhorou a capacidade dos indivíduos para comunicar.

*Palavras – Chave:* Implantes Cocleares, Avaliação, Intervenção, (Re)habilitação, Psicologia da Linguagem e Logopedia

---

<sup>1</sup> Otorrinolaringologia

### *Abstract*

This report describes the work performed in the internship held on the Master in Psychology of Language and Speech, which took place in the Cochlear Implant Unit, Service of Otorhinolaryngology, Hospital Covões – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

The target population comprised individuals diagnosed with hearing loss included in the Cochlear Implant Program, their immediate families and other individuals followed in the ENT medical consultation and / or in Speech Therapy.

The activities developed in the internship were indirect and direct, from which we highlight the individual assessment and monitoring, and group intervention with parents and / or caregivers of children with cochlear implants. The accompaniments are described and analyzed from a clinical perspective and it's presented a personal reflection of the intern, behalf the facilitators and limitations. Two clinical cases are deepened, being presented in detail the assessment, intervention, and a critical and personal analysis. Specialization in Psychology of Language and Speech, which allows intervening at the level of communication and language disorders of emotional order, assumed a key role in the intervention, and it was observed that potentiated the development of more positive feelings and improved the ability of individuals to communicate.

*Key – words:* Cochlear Implant, Assessment, Intervention, (Re)habilitation, Psychology of Language and Speech

## ÍNDICE

Agradecimentos.....	II
Resumo.....	III
Abstract .....	IV
INDICE .....	V
ÍNDICE DE QUADROS.....	VII
ÍNDICE DE FIGURAS .....	VIII
INTRODUÇÃO .....	10
I PARTE – REVISÃO DA LITERATURA.....	17
Enquadramento da Revisão da Literatura .....	18
1.1. Surdez e Envelhecimento.....	18
1.2. A Tristeza e a Depressão no Idoso.....	20
1.3. Surdez e Depressão .....	24
1.4. Surdez, IC e Depressão – (Re)habilitação e Qualidade de Vida.....	25
II PARTE - TRABALHO DE ESTÁGIO .....	28
2.1. Papel do Psicólogo no Contexto do Estágio.....	29
2.2. Instrumentos de Avaliação e Intervenção Psicológica .....	34
2.2.1. Crianças / População pediátrica .....	35

2.2.2. Adultos/População adulta. ....	37
2.3. Actividades Desenvolvidas no Estágio .....	42
2.3.1. Objectivos da intervenção do psicólogo. ....	42
Objectivos globais.....	43
Objectivos específicos. ....	44
2.3.2. Trabalho Indirecto.....	47
2.3.3. Trabalho Directo .....	51
III PARTE – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS CASOS CLÍNICOS.....	65
3.1. Apresentação do Caso N. ....	66
3.2. Apresentação do Caso M.....	85
CONCLUSÃO .....	106
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	112

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Outros instrumentos de avaliação psicológica (população pediátrica) .....	37
Tabela 2 – Instrumentos de avaliação psicológica (população adulta) .....	38
Tabela 3 – Síntese dos casos de acompanhamento psicológico.....	58

**ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1 – Resultados da avaliação de desenvolvimento pré e pós IC .....	56
Figura 2 – Genograma do Caso N. ....	69
Figura 3 – Genograma do Caso M. ....	87



**PSICOLOGIA DA LINGUAGEM E LOGOPEDIA E IMPLANTES COCLEARES**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

## INTRODUÇÃO

O trabalho realizado no âmbito do estágio curricular referente ao 2º ano de Mestrado em Psicologia da Linguagem e Logopedia teve lugar no Serviço de Otorrinolaringologia (S. ORL) do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) - E.P.E., tendo-se centrado na população de indivíduos com surdez, submetidos a cirurgia de Implante Coclear, na fase de (re)habilitação auditiva, dividindo-se em sessões de avaliação e acompanhamento psicológico individual e em sessões de dinâmicas de grupo. No âmbito deste trabalho, incluíram-se igualmente actividades realizadas em colaboração com os profissionais do serviço de ORL, numa perspectiva multidisciplinar, como reuniões de equipa, elaboração de material informativo e apresentações temáticas.

A Psicologia da Linguagem e Logopedia é uma área de conhecimento destinada à intervenção no âmbito de alterações psicológicas que se relacionem com problemas de linguagem e/ou comunicação. De extrema relevância no âmbito da psicologia da saúde, surge como um recurso adequado ao contexto do presente estágio, uma vez que a população a que se destina beneficiará de uma intervenção que integrará as problemáticas emocionais e comunicacionais na globalidade.

A opção por explorar a surdez, as consequências que representa e as soluções disponíveis para as minimizar está intimamente relacionada com o potencial de (re)habilitação física e emocional, que na adultícia e anciania se reveste de momentos de adaptação e de adopção de estratégias de *coping* por vezes difíceis de implementar sem o auxílio de uma equipa técnica, na qual figura o Psicólogo como elemento primordial.

O local escolhido para domiciliar a intervenção é uma unidade de IC de referência a nível nacional. Como tal, possui uma vasta população com características variadas,

permitindo uma análise diferencial dos casos e do seu prognóstico, bem como das suas necessidades psicoterapêuticas.

O CHUC é um centro de referência regional e nacional em especialidades assumidas como pólos de excelência e tem como missão providenciar cuidados de saúde diferenciados, abrangendo todo o espectro etário e prestando acompanhamento desde a prevenção até à reabilitação. Dedicar-se, igualmente, à investigação, ao ensino e à formação pré e pós graduada. Ao CHUC pertencem diversas unidades de cuidados de saúde, entre as quais se destacam o Hospital Pediátrico de Coimbra, as Maternidades Bissaya Barreto e Daniel de Matos e o Hospital dos Covões. O Serviço de Otorrinolaringologia, integrado no Hospital dos Covões, é um serviço reconhecido que, entre outras especialidades, se distingue na (re)habilitação auditiva, tendo como recurso principal o Centro de Implantes Cocleares, onde até 2011/2012 foram realizados cerca de 90% dos IC's a nível nacional, abrangendo todas as faixas etárias (informação estatística fornecida pelo serviço).

Este centro dispõe de uma equipa multidisciplinar, composta por Otorrinolaringologistas, Audiologistas e Terapeutas da Fala, os quais são elementos cruciais em todas as fases inerentes ao protocolo de IC. Contudo, sendo que a referida intervenção pressupõe a existência de uma cirurgia, são não só os profissionais deste serviço, como também aqueles que pertencem ao Serviço de Cirurgia do Hospital dos Covões, que integram o complexo e longo processo de (re)habilitação a que estes pacientes estão sujeitos.

A comunicação entre todos os elementos envolvidos é pautada por uma forte cultura de pragmatismo, apesar de se revestir de formalidades obrigatórias e inerentes ao processo. A partilha de informação entre técnicos realiza-se sempre privilegiando o bem – estar do paciente e com vista a obter soluções e resultados positivos para o mesmo. A (re)habilitação auditiva implica a sua presença frequente no serviço durante um período mínimo de três

meses, para que se realizem programações audiológicas do implante e sessões de terapia da fala, cuja periodicidade é dependente da idade do implantado e da evolução da sua (re)habilitação. As crianças e seus pais beneficiam da integração na residência da Casa Acreditar durante o período de (re)habilitação intensiva. Os adultos, em função das suas necessidades económicas, podem beneficiar de apoio, o qual é desencadeado pela Assistente Social, pertencente ao hospital geral, que presta apoio a este serviço.

Até à actualidade a intervenção do psicólogo neste serviço não existiu, pela carência de recursos humanos e incapacidade do hospital para integrar um novo psicólogo na equipa. Contudo, a unidade de IC revela uma necessidade absoluta da presença deste profissional, transmitindo que os indivíduos integrados em protocolo de IC deveriam beneficiar de avaliação e acompanhamento psicológico em todas as fases do processo, tanto em sessões individuais como em sessões colectivas, onde deveria ter lugar o esclarecimento de dúvidas e a sugestão de estratégias, no sentido de potenciar a utilização do implante e para (re)adoptar estratégias de comunicação adaptadas às actuais capacidades do indivíduo, uma vez que toda a intervenção da equipa depende do equilíbrio emocional do implantado.

A literatura realça que, actualmente, a atenção crescente concedida ao paciente e às incapacidades que podem advir da sua condição tem vindo a centrar-se no seu bem-estar emocional, privilegiando a importância da saúde mental para o sucesso da adaptação aos factores inerentes à doença. Os profissionais da área da saúde mental constituem uma plataforma de apoio de extrema importância para os indivíduos com incapacidade, cuja função primordial é a de olhar para o cliente como um todo, considerando que as estratégias de adaptação a que o indivíduo recorre dependem inteiramente das suas características pessoais, do seu estado emocional e dos recursos de que dispõe para superar os problemas. O desenvolvimento sócio - emocional dos indivíduos implantados é, inevitavelmente,

consequência directa do acompanhamento familiar e do apoio técnico especializado (Hintermair, 2006; 2007).

As dificuldades associadas à surdez, à colocação do IC e ao processo de reabilitação têm um impacto no equilíbrio pessoal e familiar, que se estende à alteração de rotinas diárias, à modificação das estratégias de comunicação, ao envolvimento nas tomadas de decisão no campo médico e educacional, à aprendizagem relativa ao apoio tecnológico, ao cumprimento dos programas de intervenção e às exigências financeiras decorrentes de todo o processo (Calderon & Greenberg, 1993; Meadow-Orlans & Sass-Lehrer, 1995).

Estudos demonstram que no decurso inicial, as expectativas do adulto candidato a IC tendem a ser altas, acompanhadas de alguma ansiedade sentida pelo próprio e seus familiares, sendo que quando se aproxima a fase de reabilitação, a confrontação com as suas exigências aumenta o nível de ansiedade, de forma mais acentuada quando as metas idealizadas não estão a ser atingidas (Beadle, Shores & Wood, 2000).

A população idosa constitui um grupo etário em que a prevalência de patologias relacionadas com a audição é elevada, em concomitância com outras patologias inerentes ao envelhecimento, criando um contexto propício à instabilidade emocional e à depressão (Sprinzi & Riechelmann, 2010).

A instalação da surdez durante a infância permite que o indivíduo a integre como uma componente da sua identidade, facilitando as suas estratégias de adaptação no dia-a-dia. Contrariamente, quando a surdez se instala na fase adulta pode assistir-se a uma alteração da auto-imagem, e, conseqüentemente, à desintegração da identidade. A capacidade para lidar com as intempéries do quotidiano diminui drasticamente, podendo levar a que situações até aí facilmente solucionáveis provoquem extrema ansiedade no indivíduo ou provoquem mesmo

sintomas depressivos. Na fase inicial da identificação da deficiência auditiva, o adulto encontra-se pouco receptivo à utilização de qualquer tipo de ajuda que vise minimizar as consequências da surdez na comunicação (Kübler-Ross, 1997). A deficiência auditiva pode ser encarada pelo adulto de formas distintas, em função da idade de instalação, do grau da perda, dos dispositivos de auxílio à audição utilizados, do contexto sócio-económico e da dimensão psico-afectiva (Vernon & Andrews, 1990).

Apesar da fase de instalação da surdez ser ditadora de alterações emocionais específicas da faixa etária, há reacções comuns a todas as idades, que o indivíduo manifesta perante a notícia, as quais se podem traduzir em negação, raiva, isolamento social, fadiga e depressão (Vernon & Andrews, 1990).

Indivíduos que sofreram uma instalação da surdez precoce percorrem o seu desenvolvimento acompanhados de alguns dos aspectos emocionais acima referidos, os quais, na fase adulta, podem estar latentes e só emergirem em circunstâncias de grande ansiedade (Vernon & Andrews, 1990).

Podem ser observados sintomas depressivos, manifestados por alterações no sono, oscilação de peso, redução da interacção, ou choro constante. Trata-se de uma fase de maior reflexão em relação ao problema e que pode relacionar-se com a verdadeira percepção das limitações que o mesmo impõe na sua vida. A aceitação pode surgir neste momento, dado que o indivíduo se encontra emocionalmente capaz de avaliar as consequências da surdez e procurar mecanismos que a minimizem (Kübler-Ross, 1997).

A aceitação pode verificar-se pela integração da deficiência auditiva como uma nova característica que pode continuar a provocar emoções negativas no indivíduo, mas que já não interfere com as suas relações do quotidiano. Por outro lado, pode impelir o indivíduo a

considerar a utilização de próteses auditivas ou a optar pelo IC. Quando o primeiro estágio se prolonga por muito tempo é importante que beneficie de apoio psicológico, para que sejam desenvolvidas as estratégias adaptativas mais eficazes para lidar com o problema (Vernon & Andrews, 1990).

Os adultos com deficiência auditiva devem ser assumidos como uma totalidade, na qual se integram todos os aspectos relativos à sua infância, as experiências decorrentes da surdez e a sua perspectiva da problemática na actualidade. Principalmente na população idosa, a intervenção do psicólogo deve centrar-se nos sentimentos relativos à perda auditiva, na forma como esta é abordada e gerida no contexto familiar e na influência tiveram nas suas escolhas enquanto adulto. Neste momento, o apoio da família, bem como dos profissionais de saúde que acompanham o indivíduo é crucial para minimizar os efeitos emocionais do diagnóstico. Estes indivíduos necessitam de reaprender a interagir com o mundo e, para tal, devem beneficiar de acompanhamento psicológico para que se reestruture a sua auto-imagem e se recupere a auto-aceitação, no sentido de se virem a reintegrar com sucesso no contexto social (Vernon & Andrews, 1990).

A evidência do contributo positivo do psicólogo no processo de IC pode ser observada através da crescente capacidade que o indivíduo demonstra em colaborar com a equipa médica e técnica, facilitando a sua reacção aos momentos de crise. Pretende-se que a actuação do psicólogo abranja o implantado e a família e que seja co-dependente da equipa multidisciplinar. O seu trabalho com o paciente é indispensável em todas as fases do programa, contribuindo para a elaboração das problemáticas emocionais e para a antecipação dos diversos contextos da reabilitação e deve considerar todos os intervenientes indirectos que estejam implicados no processo, cuja dinâmica pessoal também pode ser afectada (Yamada & Bevilacqua, 2005).

Assumindo como exemplo a intervenção amplamente referida em artigos científicos da especialidade e implementada mundialmente em centros de implantes cocleares, delineámos a nossa intervenção neste centro, com base na premissa de que a intervenção do psicólogo no contexto do programa de IC se destinará a acompanhar o indivíduo em cada uma das fases inerentes à cirurgia (pré-operatória; cirurgia, pós-operatória), adaptando a actuação às especificidades de cada uma delas. O objectivo geral é que o candidato elabore novos significados para a sua vida, de forma a adaptar-se às alterações que decorrerão do IC, traduzindo-os em novos comportamentos e potenciando a sua utilização.

A estrutura do presente relatório tem início na revisão teórica das temáticas mais prementes, respeitantes às características dos dois casos clínicos apresentados em detalhe, concedendo particular relevância à doença crónica/surdez na terceira idade e às consequências emocionais que lhe são inerentes, as quais têm influência indubitável no usufruto das próteses auditivas, reflectindo-se na qualidade da sua (re)habilitação. São, igualmente, referidos outros casos acompanhados, nomeadamente as crianças integradas em protocolo de IC e seus cuidadores, bem como indivíduos com outras perturbações da comunicação.

A redacção do presente relatório não contemplou as normas do Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.



**I PARTE – REVISÃO DA LITERATURA**

## **Enquadramento da Revisão da Literatura**

A intervenção no âmbito do estágio abrangeu todas as faixas etárias, no entanto, no presente relatório optou-se por atribuir especial enfoque a dois casos clínicos e centrar a revisão teórica no âmbito dos mesmos.

Os casos são ambos de idosas do sexo feminino, submetidas a cirurgia de IC, as quais beneficiaram de acompanhamento psicológico por apresentar um quadro de sintomas depressivos associado ao défice auditivo, que se apresentavam como um impeditivo no desenvolvimento de competências auditivas que potenciassem a utilização do IC e contribuíssem para uma melhoria da sua audição e linguagem, bem como das suas competências comunicacionais e de relacionamento interpessoal.

Desta forma, seguidamente será apresentada uma revisão teórica que aborda as temáticas da perda auditiva na terceira idade, da prevalência de estados depressivos nesta população, das soluções existentes para minimizar a perda auditiva, em particular, o IC, e do impacto destes factores na sua qualidade de vida.

### **1.1. Surdez e Envelhecimento**

Os primeiros problemas de saúde relacionados com a idade tendem a manifestar-se na meia-idade (indivíduo com idade igual ou superior a 45 anos, segundo a Organização Mundial de Saúde [OMS]), incluindo alterações somáticas crónicas e perturbações do foro emocional. A surdez é a terceira doença crónica com maior prevalência na população idosa (Collins, 1997), sendo que a presença de um problema crónico pode influenciar a percepção que o indivíduo tem de si próprio e, conseqüentemente, os seus recursos psicossociais, como a auto-estima e o sentimento de sabedoria, o qual é considerado o bastião do envelhecimento bem sucedido (Rowe & Kahn, 1997 citado por Deeg & Huisman, 2010).

Na sequência de um diagnóstico de doença crónica, o indivíduo experiencia uma miríade de emoções, decorrentes da incerteza em relação ao prognóstico, do receio do estigma social, das consequências físicas que podem advir da doença e da perda da autonomia. Os recursos psicossociais são de extrema importância neste contexto, podendo ser uma influência positiva na adaptação do paciente ao problema crónico. Na sua ausência, pode assistir-se à desvalorização dos cuidados de saúde e a uma maior dificuldade em colocar questões/dúvidas às pessoas mais indicadas (Rodin & Timko, 1991; Wolinsky, Wyrwich, Babu, Kroenke, & Tierney, 2003). A auto-percepção das competências como a autonomia e a sabedoria pode ser influenciada negativamente, de acordo com as características da patologia em si, como a incapacidade funcional que lhe está associada ou o impacto social, a previsibilidade da sua evolução e a possibilidade de ser fatal (Moos & Schaeffer 1984; Rolland 1987, citados por Deeg & Huisman, 2010).

Sendo a comunicação um elemento preponderante na adequação das expectativas do indivíduo e na adopção das estratégias promotoras dos cuidados de saúde, a partilha de informação com os profissionais de saúde relativa à história da doença, aos sintomas e aos cuidados de saúde a adoptar no contexto do lar com indivíduos com défice auditivo, pode implicar a necessidade de complementar a recolha de dados com informação fornecida por familiares/amigos e de ter a sensibilidade para utilizar outros recursos que facilitem a compreensão mútua (Woodcock & Pole, 2007). Por vezes, o défice auditivo severo pode contribuir para que o profissional de saúde incorra no equívoco de assumir que o idoso apresenta um quadro demencial, dada a semelhança de algumas das manifestações de ambas as patologias (Herbst & Humphrey, 1980).

Quando o idoso prescinde do uso das próteses auditivas propicia o aparecimento de sentimentos de tristeza, frustração pela dificuldade em comunicar, e, conseqüentemente

sintomas depressivos e isolamento. Ainda que existam dispositivos que permitem melhorar substancialmente a capacidade auditiva de indivíduos com surdez, um estudo de Herbst & Humphrey (1980) permitiu concluir que somente 60 % de uma amostra de 130 indivíduos idosos possuíam e utilizavam diariamente próteses auditivas. Apesar de a surdez não ser uma das principais causas de depressão na população idosa, o papel dos profissionais de saúde no incentivo à correcta utilização de próteses auditivas pode contribuir para inverter esta tendência.

É de realçar que o adulto com défice auditivo congénito ou adquirido na infância ou adolescência terá uma maior probabilidade de ter sido vítima de abuso físico, emocional e sexual, comparativamente com crianças e adolescentes normo-ouvintes, o que pode ter implicações emocionais no futuro e propiciar a tendência para problemas de saúde mental ao longo da vida (Knutson, Johnson, & Sullivan, 2004; Kvam & Loeb, 2007).

Esta vulnerabilidade foi corroborada por Luey, Glass e Elliot (1995), que concluíram que crianças com perda auditiva após os três anos de idade podem experienciar uma menor qualidade de vida que crianças com perda auditiva instalada antes desta idade, sentimento associado às barreiras comunicativas que se impõem numa fase do desenvolvimento em que os padrões de comunicação e interacção social já se começam a solidificar. Estes resultados demonstram a vulnerabilidade da população com perda auditiva a problemas do foro da saúde mental (Kvam & Loeb, 2006).

Após abordar as questões relacionadas com a surdez e o envelhecimento, aprofunde-se, de seguida, a relação entre a tristeza e a depressão no idoso na presença da surdez.

## **1.2. A Tristeza e a Depressão no Idoso**

A tristeza caracteriza-se por sentimentos negativos, relacionados e despoletados por situações particulares de adversidade, cuja duração não é longa e a perspectiva de ser

substituída por sentimentos mais positivos é grande. Todos os indivíduos experimentam a tristeza no seu quotidiano, dependendo das idiosincrasias da sua vida e da capacidade que têm de adoptar estratégias adaptativas (Holzinger, Matschinger, Schomerus, Carta, & Angermeyerm., 2011). Keen (2011) realça que a narrativa do conteúdo da tristeza é a perda, que, para os seres humanos, representa o envolvimento pessoal, a relação e o envolvimento com o objecto, com o outro, ou com a situação, numa perspectiva futura, em que a tristeza surge pela privação futura destes contactos e pela consequente perda de esperança. A relação da tristeza com os sintomas depressivos tem como base o facto de ser uma das condições referidas no manual DSM-IV-TR (American Psychological Association [APA], 2002) e no manual CID – 10 (OMS, 1997) como indicador de um possível estado depressivo. Na verdade, segundo realçam Horwitz e Wakefield (2007, citados por Holzinger, Matschinger, Schomerus, Carta e Angermeyerm., 2011), no referido manual não existe uma distinção entre reacções atípicas decorrentes de disfunção interna e tristeza normal despoletada por adversidades externas. Desta forma, é considerado que a depressão emerge da tristeza, sim, mas principalmente da forma como o indivíduo formula as suas atitudes e se comporta face a essa tristeza. As competências individuais para lidar com o impacto da tristeza que se afigura e a perspectiva da sua resolução a curto – médio prazo podem conduzir à acumulação de sintomas que preenchem os critérios de um episódio depressivo (Keen, 2011; APA, 2002).

A depressão é uma perturbação psiquiátrica comum que atinge cerca de 18.8 milhões de adultos por ano, representando 9.9% da população dos E.U.A.<sup>1</sup> (National Institute of Mental Health [NIMH], 2003).

A depressão na população idosa (idade cronológica igual ou superior a 65 anos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) é uma preocupação prioritária no âmbito da

---

<sup>1</sup> Estados Unidos da América

saúde pública, devido à evolução da incapacidade/doença e à taxa de mortalidade desta faixa etária. A sua prevalência na população idosa é muito elevada e, com frequência, não é diagnosticada nem alvo de intervenção. Dados referentes aos EUA indicam que entre 8 a 20% dos idosos inseridos na comunidade sofrem de sintomas depressivos e estima-se que 6% dos cidadãos norte-americanos com idade igual ou superior a 65 anos (sensivelmente seis milhões de indivíduos) apresentam sintomas depressivos que permitem confirmar o diagnóstico de Perturbação Depressiva Major (Gallo & Lebowitz, 1999, citado por Conner et al., 2010). Prevê-se que no ano de 2030 o número de adultos com depressão duplique, conduzindo a uma epidemia da depressão na população idosa (Jeste, Alexopolous, & Bartels, 1999, citado por Conner et al., 2010).

Na presença de um humor depressivo, o qual sucede a situações de stresse, potencialmente indutoras de níveis elevados de ansiedade, pode considerar-se a presença de um quadro clínico de episódio depressivo. Este caracteriza-se pela existência de um ou mais episódios depressivos, cujos sintomas manifestos se relacionam com a predominância de um humor depressivo e desinteresse generalizado pelas actividades comumente consideradas agradáveis ao sujeito, por um período de tempo mínimo de duas semanas. Em concomitância, podem estar presentes pelo menos quatro de um grupo sintomas, nomeadamente, alterações no padrão alimentar, alterações no peso e alterações na actividade psicomotora e/ou na higiene do sono; sensação de cansaço associada a decréscimo da energia sem causa aparente; sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa; dificuldade em pensar, concentrar-se ou em tomar decisões; ou pensamentos recorrentes a propósito da morte ou ideação, planos ou tentativas suicidas. Todos estes sintomas têm repercussão directa no equilíbrio funcional e emocional do indivíduo, provocando um mal-estar global acentuado. A cronicidade do episódio depressivo é contemplada quando os sintomas supra mencionados se prolongam por

dois ou mais anos, sendo que, quando estes estão presentes por um período menor e não se verificam há pelo menos dois meses, assume-se como terminado. Se os sintomas mencionados surgirem em quantidade e grau suficientes e em simultâneo, caracterizando o humor do indivíduo como um estado depressivo prolongado, considera-se o diagnóstico de uma Perturbação Depressiva Major (PDM). Ao realizar o diagnóstico é necessário excluir a presença de outras psicopatologias das quais o indivíduo nunca tenha sofrido, como episódios maníacos, hipomaníacos ou mistos (APA, 2002).

Na população idosa, assiste-se a uma prevalência da depressão e a uma, gravosa, diminuta procura por profissionais de saúde mental, sendo que menos de 3% dos idosos incluídos no estudo de Bartels et al. (2005, citados por Conner, et al., 2010) recorrem a serviços de saúde mental para tratar patologias do foro emocional, o que corresponde a menos do que qualquer outro grupo etário de adultos.

A depressão na população idosa, na ausência de acompanhamento profissional adequado, é frequentemente associada a níveis significativos de angústia, incapacidade e diminuição da qualidade de vida, aumentando a mortalidade e diminuindo os benefícios dos cuidados de saúde de que ainda dispõem (Bartels et al., 2005 citados por Conner, et al., 2010). Associado aos altos níveis de depressão, os idosos apresentam a maior taxa de suicídio, nos EUA. Perante estas evidências, a depressão não intervencionada por profissionais de saúde é um dos grandes desafios que os serviços de saúde mental enfrentam actualmente (President's New Freedom Commission on Mental Health, 2003 citado por Conner, et al., 2010).

Seguidamente explicar-se-á a relação entre a surdez e a depressão.

### 1.3. Surdez e Depressão

A perda auditiva, para além das evidentes restrições a que está associada, pode potenciar o isolamento social, alterações na comunicação e interacção social e, em algumas situações, estigmatização social, quer relacionada com a própria perda, quer com a utilização de próteses auditivas visíveis (Tambis, 2004).

A relação entre o grupo etário dos idosos e a prevalência da depressão com a existência de uma patologia, aumenta exponencialmente o risco de suicídio, sendo que indivíduos somente com perda auditiva e aqueles com perda visual associada apresentam taxas mais altas de patologias do foro emocional do que indivíduos normo-ouvintes (Turner, Windfuhr & Kapur, 2007).

É de realçar, igualmente, que indivíduos com perda auditiva severa a profunda pré-lingual apresentam menores níveis de ansiedade e depressão do que indivíduos com perda auditiva pós-lingual, uma vez que tendo estes últimos transposto diversas etapas da aquisição e desenvolvimento da linguagem e evoluído emocionalmente neste contexto, munidos destas competências, ao serem confrontados com uma alteração abrupta dos seus padrões comunicacionais, tendem a assumir a surdez como uma incapacidade, em vez de a encararem como uma perda. Esta percepção condu-los a omitir a comunicação verbal, em vez de os estimular a recorrer a alternativas para que continuem a utilizar a linguagem verbal. Esta atitude parece ser oposta à dos indivíduos com perda auditiva pré-lingual, que tendem a aceitar mais facilmente a sua perda. Estas alterações nos padrões comunicacionais podem potenciar a ansiedade em ambos os grupos referidos, apesar de serem os pós-linguais a apresentar maiores taxas de depressão a médio prazo (num período de dois anos após a perda). Os indivíduos que experienciam problemas de comunicação, tendem a evitar estabelecer contacto com pessoas novas e vêem a sua qualidade de vida a decrescer, na



sequência do isolamento social a que se votam. A baixa auto-estima e a aceitação da perda emergiram neste estudo como importantes preditores da ansiedade (Graaf & Bilj, 2002).

Na sequência da informação descrita neste capítulo, explora-se, seguidamente, a relação entre a surdez, a utilização do IC e a depressão, numa perspectiva de como a reabilitação pode promover a qualidade de vida, em particular na população idosa.

#### **1.4. Surdez, IC e Depressão – (Re)habilitação e Qualidade de Vida**

A utilização do IC como uma vantagem para a reestruturação emocional e a (re)habilitação auditiva e da linguagem está documentada, em diversos estudos, como de grande eficácia, principalmente no que diz respeito ao grupo etário com idade superior a 65 anos (Chisolm, Abrams, & McArdle, 2004; Kramer, Allessie, Dondorp, Zekveld, & Kapteyn, 2005; Saunders & Echt, 2011), estudos onde é realçado que a identificação e o reconhecimento audiológico melhoram significativamente e que os resultados desta população não diferem dos de indivíduos mais novos (com idades compreendidas entre os 35 e os 40 anos). Orabi et al. (2005, citado por Sprinzl & Riechelmann, 2010), concluíram no seu estudo que, para além do grupo de indivíduos idosos apresentar resultados semelhantes ao grupo etário de adultos, os resultados obtidos na audiometria vocal com listas de palavras e frases excederam as expectativas formuladas antes da cirurgia e, apesar de terem obtido resultados baixos na audição com ruído, estes não foram considerados significativos. Estes resultados foram corroborados por estudos realizados por Leung et al. (2005) e por Cambron (2006) (Sprinzl & Riechelmann, 2010).

Estes resultados contrastam com a antiga perspectiva que defendia que os idosos não eram uma população indicada para a utilização de IC devido à degeneração do processamento central característica do envelhecimento. Apesar de se poderem verificar alterações no processamento central, os estudos supra mencionados sustentam que indivíduos com idade

superior a 60 anos beneficiam da utilização de IC, não só do ponto de vista da (re)habilitação, como também das vantagens que lhe estão inerentes, particularmente no que concerne a interação social e a qualidade de vida. É importante realçar que a (re)habilitação pós cirurgica é fundamental para que se atinjam estes resultados, independentemente da idade. A utilização deste novo dispositivo que permite restabelecer a audição deve ser monitorizada, de forma a que sejam potenciados os seus recursos. À medida que o implantado comunica, aprende a confrontar os eventuais problemas que surgem e gere-os com gradual eficácia, mesmo aqueles que se relacionam com o processamento auditivo central (Sprinzl & Riechelmann, 2010).

Para potenciar a qualidade de vida, o indivíduo com surdez deve ser ajudado a aceitar o problema, ao invés de adiar a sua resolução por causa do estigma social (Gagné, Southall, & Jennings, 2011). Em particular, é importante que se ultrapasse a vergonha e os problemas de auto-estima que vivenciam, promovendo a integração do indivíduo num programa de reabilitação que seja holístico, que inclua a sua família e que disponibilize uma equipa multidisciplinar (Kramer, Allessie, Dondorp, Zekveld, & Kapteyn, 2005). A investigação corrobora a importância do suporte social e do apoio educacional relacionado com a surdez e com as estratégias de comunicação, como importantes aliados para aumentar a satisfação do indivíduo com surdez e IC e, conseqüentemente, para melhorar a sua qualidade de vida. As intervenções multidisciplinares no âmbito da reabilitação auditiva com próteses auditivas e/ou IC, ao serem desenvolvidas em conformidade com as características e necessidades de cada indivíduo, demonstram contribuir para facilitar a aceitação do problema e aumentar a confiança, factores que conduzirão a um maior benefício no desempenho auditivo ao longo da reabilitação (Chisolm, Abrams, & McArdle, 2004; Kramer, Allessie, Dondorp, Zekveld, & Kapteyn, 2005).

Estes resultados sugerem que o IC melhora a qualidade de vida dos seus utilizadores, mesmo numa fase inicial em que o input auditivo se cinge à detecção de sons. Adicionalmente, ao viabilizar a utilização do telefone e a participação em actividades sociais, assiste-se a um fortalecimento da auto-imagem e à atribuição de factores causais positivos à implantação (Castro, Lassaletta, Bastarrica, Alfonso, Prim, Sarriá, & Gavilan, 2005). Após a colocação do IC, os resultados esperados apontam para uma franca melhoria da qualidade de vida, com base nos factores supra mencionados, a qual se irá repercutir em todas as esferas do implantado, contribuindo para que comunique melhor, aumente a sua auto – estima, proporcione maior autonomia e promova as relações sociais (Vermeire, Brokx, Wuyts, Cochet, Hofkens & Van de Heyning, 2005).

As intervenções que contemplam todos os elementos envolvidos na reabilitação auditiva, bem como as idiosincrasias específicas da pessoa e do seu grupo etário – como a existência de défice visual, alterações cognitivas, destreza motora – são cruciais para potenciar os resultados audiológicos e de linguagem, para obter a satisfação necessária para a continuidade da reabilitação e, principalmente, para alcançar sentimentos positivos, como o bem-estar psicológico, a melhoria da auto-estima e o interesse pela interacção social. (Saunders & Echt, 2011).

## **II PARTE - TRABALHO DE ESTÁGIO**

## **2.1. Papel do Psicólogo no Contexto do Estágio**

A forma como cada pessoa vivencia a surdez e a percepção que tem relativamente ao IC é pessoal e dependente da sua capacidade física e emocional, dos seus objectivos pessoais face à opção tomada e das expectativas familiares. Tendo em consideração todas as alterações que se instalam aquando a opção pelo IC, a intervenção do psicólogo assume-se como fundamental no trabalho multidisciplinar de colaboração que se realiza com todos os profissionais da equipa, com vista ao apoio global da esfera pessoal e familiar do indivíduo (Yamada & Bevilacqua, 2005). A participação do psicólogo no contexto do estágio desenvolveu-se em consonância com todos os profissionais da equipa de IC e a sua intervenção acompanhou todas as etapas do Programa de IC. Desta forma, foram definidos como principais momentos da intervenção o estudo de caso e/ou avaliação psicológica, a preparação pré-cirúrgica, o acompanhamento pós-cirúrgico (internamento e primeira activação do IC) e o acompanhamento na (re)habilitação (Yamada & Bevilacqua, 2005).

Ao longo deste percurso, foi realizado um trabalho contínuo centrado na dimensão psico-afectiva do implantado, focalizado principalmente nas alterações vivenciadas durante o processo de (re)habilitação e suas implicações na esfera pessoal e familiar (Edwards, 2007). É importante que o psicólogo atente às experiências que o candidato partilhe, quer do período pré-implante (surdez), quer após o IC. A família beneficiou de acompanhamento sempre que se concluiu, perante a primeira entrevista, que estes careciam de apoio e que o trabalho com o implantado seria positivamente influenciado pelo bem-estar dos seus familiares, dado estes serem elementos integrantes do seu “eu” (Yamada & Bevilacqua, 2005).

O processo teve início com a realização da entrevista, durante a qual foi recolhida a história clínica e se procedeu à recolha de dados e ao despiste das problemáticas mais prementes. A entrevista ocorreu aquando a fase de habilitação ao IC, tendo sido consideradas

as necessidades subjectivas, o entusiasmo e a motivação do indivíduo e/ou familiares para a colocação do IC e subsequente tratamento e tendo sido avaliado o conhecimento das expectativas reais do resultado do IC, bem como a informação técnica relativa ao dispositivo, cirurgia e procedimento pós-IC (Cunha, 1993).

A entrevista psicológica tem como objectivo conhecer o mundo interno da pessoa e o seu sistema familiar. O procedimento diferencia-se de acordo com a idade, a personalidade e o estado emocional, uma vez que as problemáticas que emergem e as estratégias de *coping* (adaptação) adoptadas podem diferir. O psicólogo deve adequar a sua comunicação ao deficiente auditivo, favorecendo a comunicação e a colaboração à expressão de sentimentos. Quando se tratou de crianças, a entrevista foi aplicada aos pais/cuidadores e à criança, dependendo da sua idade e capacidade para colaborar. No que respeita aos adolescentes e aos adultos, a entrevista centrou-se no indivíduo com surdez e foi complementada com informação partilhada pela família/cuidadores. Esta consistiu na comunicação verbal informal, que revelou questões relativas à deficiência auditiva, dinâmica familiar, expectativas (Cunha, 1993)

A avaliação realizou-se após a entrevista e teve como objectivo reunir informação relevante em relação aos domínios emocional, comportamental, cognitivo e adaptativo do indivíduo candidato a IC. A avaliação de crianças dependeu da colaboração dos pais/cuidadores e entidades envolvidas na (re)habilitação (equipa médica, técnica e educativa). A idade da criança, o grau de perda auditiva e a comunicabilidade definiram o método de avaliação. As áreas a avaliar foram definidas com base na informação recolhida durante a entrevista, tendo abrangido a avaliação cognitiva, do desenvolvimento, emocional e comportamental. Realça-se a importância da avaliação do desenvolvimento como o elemento

central para poder compreender o impacto do défice auditivo e a evolução da criança após a utilização do IC (Cunha, 1993; Pollard, 1996).

O trabalho com adolescentes é delicado e requer a disponibilidade emocional e consentimento do candidato para o acompanhamento psicológico. A avaliação teve como prioridade a compreensão do indivíduo e do seu percurso de adaptação desde o diagnóstico de surdez até à possibilidade do IC, centrando-se no domínio emocional e nas estratégias adaptativas (Pollard, 1996; Rodriguez & Irujo, 2002)

No que respeita aos adultos, a avaliação psicológica privilegiou as vivências do entrevistado, as problemáticas emocionais e as estratégias de adaptação a que recorreu para dar significado à sua nova condição de ouvinte. As entrevistas com a família ajudaram a compreender a dinâmica familiar e a sua repercussão na recuperação do implantado (Augras, 2000). Em particular com a população idosa, com base na pesquisa bibliográfica realizada, considerámos que a observação clínica e a entrevista psicológica seriam os instrumentos mais adequados, dadas as limitações associadas ao envelhecimento, que se repercutem no desempenho cognitivo, no domínio emocional e social, sendo os relatos dos idosos complementados com informação fornecida por familiares. Neste sentido, atribuímos relevância à informação relativa ao processo de adaptação ao IC, à redefinição dos hábitos sociais e de interacção pessoal, ao auto – conceito e à auto – estima. Procurámos aprofundar o conhecimento relativo ao estado emocional dos idosos com IC através da aplicação de questionários, por termos constatado, com base na informação prévia – entrevista e observação – que os sintomas depressivos e de ansiedade estavam muito presentes (Palmer, Jeste & Sheikh, 1997; Meeks et al., 2009).

Posteriormente à avaliação iniciou-se a intervenção. Realça-se que após a entrevista, nos casos em que existiram dados relevantes para planear uma intervenção, não se considerou

essencial realizar avaliação, uma vez que esta deverá acontecer caso haja necessidade de recolher informação mais pormenorizada e quantitativa, que seja pertinente para delinear a intervenção (Moeller, Carr, Seaver, Stredler – Brown & Holzinger, 2013).

Na infância, a surdez pré-lingual pode ser problemática pela dificuldade na sua identificação por parte dos pais ou agentes educativos. Crianças com perda auditiva severa a profunda, cujos cuidadores são normo-ouvintes, apresentam um desenvolvimento da linguagem mais pobre, estando o sucesso deste dependente de uma maior sensibilidade para a estimulação. Esta sensibilidade verifica-se com maior incidência nas mães normo-ouvintes (Pressman, Pipp-Siegel, Yoshinaga-Itano, & Deas, 1999). Estas crianças são frequentemente consideradas problemáticas e estigmatizadas, podendo implicar problemas de auto-estima e isolamento. Na presença de uma surdez pós-lingual, a perda auditiva exige mais atenção na percepção dos estímulos externos, tornando-se uma tarefa multi-sensorial de desgaste energético e emocional. Neste sentido, o papel do psicólogo centrou-se em sensibilizar os pais para a importância da estimulação sensorial e sua relevância na aquisição e desenvolvimento da linguagem. A intervenção com a criança privilegiou a promoção das competências de comunicação e de interação social, bem como a adoção de estratégias de *coping* positivas (Vernon & Andrews, 1990). Considerámos, igualmente, atividades de estimulação cognitiva, sempre que se concluiu perante os resultados da avaliação que a criança apresentava défice cognitivo (Almeida, 1992).

As repercussões psicológicas inerentes à perda auditiva tendem a ser exteriorizadas através de comportamentos agressivos, hiperactividade, ansiedade e/ou depressão e tendem a ser mais expressivos com a entrada na adolescência (Vernon & Andrews, 1990). No que respeita à intervenção com esta faixa etária, foram trabalhadas as problemáticas emocionais e a sua inconstância temporal e perceber como o adolescente desenvolveu a sua auto-imagem e



que representação da surdez elaborou. Sentimentos ambivalentes relativos ao IC emergem, podendo manifestar-se na revolta de não pertencer nem ao mundo dos surdos, nem ao dos normo – ouvintes (Vernon & Andrews, 1990).

No que respeita à população adulta, a existência de uma surdez pré-lingual implica que as problemáticas da infância se prolonguem até à idade adulta. As estratégias adoptadas tendem a incorporar o défice auditivo como uma característica de identidade, facilitando a confrontação diária com a patologia. Na presença de uma surdez pós-lingual, a perda auditiva abrupta ou gradual pode ter implicações mais graves no estado emocional do indivíduo, conduzindo a crises de identidade, depressão reactiva e/ou ansiedade. Segundo Kübler-Ross (1997), as quatro fases que antecedem a aceitação são: negação e isolamento; revolta; desvalorização; depressão.

Durante o período de (re)habilitação a intervenção com o adulto centrou-se nas problemáticas de cada caso e foram aprofundadas as alterações ocorridas na vida do implantado e família posteriores à colocação do IC. O implantado fez uma análise da sua condição existencial e o psicólogo criou condições facilitadoras à elaboração dos problemas. A ambivalência de sentimentos nesta fase é comum e afecta a dimensão afectiva da pessoa, porque emergem questões como a integração do “ser surdo” e “ser ouvinte” e surge a dificuldade na compreensão dos sons (Cunha, 1993).

Em conclusão, a evidência do contributo positivo do psicólogo no processo de IC foi patente na crescente capacidade que os indivíduos demonstraram em colaborar com a equipa médica e técnica, facilitando a sua reacção aos momentos de crise. Pretendeu-se que a actuação do psicólogo abrangesse o implantado e a família e que fosse co-dependente da equipa multidisciplinar. O seu trabalho com o paciente foi indispensável em todas as fases do programa, contribuindo para a elaboração das problemáticas emocionais e para a antecipação

dos diversos contextos da (re)habilitação e considerou todos os intervenientes indirectos que estavam implicados no processo, cuja dinâmica pessoal também podia ser afectada (Yamada & Bevilacqua, 2005; Moeller, Carr, Seaver, Stredler-Brown & Holzinger, 2013).

## **2.2. Instrumentos de Avaliação e Intervenção Psicológica**

A avaliação e a intervenção psicológicas são relevantes neste contexto pela necessidade de recolher informação exacta relativamente ao estado emocional do indivíduo, às suas características cognitivas e funcionamento social. A intervenção é delineada com base nos dados obtidos na avaliação, permitindo que o indivíduo beneficie de um acompanhamento que lhe proporcione uma evolução. A Psicologia da Linguagem e Logopedia potencia a qualidade da avaliação e da intervenção, uma vez que se destina a indivíduos com problemáticas psicológicas que estejam relacionadas com problemas de comunicação, como é o caso da surdez.

A avaliação perpetrada em todos os casos clínicos acompanhados foi definida com base nas principais características cognitivas e emocionais dos clientes, individualmente, bem como com base em pesquisa bibliográfica.

Procurámos conhecer aprofundadamente a metodologia científica adoptada noutros países, com indivíduos implantados, dada a inexistência da intervenção do psicólogo, neste âmbito, em Portugal, no sentido de complementar a informação que possuímos acerca da avaliação e intervenção na doença crónica, conforme descrevemos no âmbito do Papel do psicólogo no contexto do estágio.

A avaliação teve lugar através da aplicação da entrevista clínica não-estruturada, da observação clínica e de instrumentos psicométricos e projectivos. Tendo em conta que a faixa etária de todos os indivíduos integrados em protocolo de IC que acompanhámos tem início

nos 11 meses de idade e termina nos 77 anos de idade, os instrumentos de avaliação utilizados são diversos. Neste sentido, as avaliações psicológicas realizadas no âmbito do estágio seguem os procedimentos em função da faixa etária, problemática psicológica e de cada caso específico.

### **2.2.1. Intervenção psicológica na infância**

Os instrumentos utilizados na população pediátrica destinaram-se a recolher informação relevante através da observação, da entrevista e da avaliação estruturada. No que respeita aos instrumentos de observação, recorreu-se à caixa de ludo, a qual estava disponível em permanência, para que a criança pudesse utilizá-la. Este recurso foi de extrema relevância na recolha de informação na população com défice auditivo, dadas as suas limitações comunicacionais.

A entrevista psicológica, de carácter semi – estruturado, destinou-se principalmente aos pais/cuidadores e permitiu realizar a recolha de dados para a história clínica. No contexto da entrevista, a observação clínica constituiu uma oportunidade para recolher informação relevante, que posteriormente permitiu complementar as conclusões da avaliação.

A avaliação centrada na aferição de competências desenvolvimentais globais dirigida às crianças implantadas teve como principal objectivo identificar o seu nível de desenvolvimento, no sentido de contribuir para a interpretação dos resultados da (re)habilitação, uma vez que esta está dependente, entre outros factores, do nível de desenvolvimento/inteligência do implantado. A avaliação relativa à dimensão emocional, visou compreender o estado emocional da criança, a representação que tem acerca da surdez e da (re)habilitação e a percepção do apoio familiar. A avaliação da linguagem teve como base a análise do desempenho da criança nas programações dos limiares de estimulação do IC realizadas pela equipa de Audiologia e das intervenções de (re)habilitação da linguagem nas

sessões de Terapia da Fala, por meio da comparação de dados obtidos em diferentes fases do processo de (re)habilitação.

Como tal, apresentamos seguidamente os instrumentos utilizados na observação e avaliação, com destaque para os que foram mais amplamente aplicados. Na Tabela 1 podem ser consultados outros instrumentos, igualmente utilizados, mas com menos frequência.

***Instrumentos de avaliação psicológica (população pediátrica).***

*Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil - Schedule for Growing Skills II (SGS II).*

Trata-se de uma escala normativa de avaliação do desenvolvimento psicomotor, dirigida a crianças dos zero aos cinco anos de idade. Permite identificar o nível de desenvolvimento da criança em nove áreas de competências: controlo postural passivo, controlo postural activo, locomotoras, manipulativas, visuais, audição e linguagem, fala e linguagem, interacção social e autonomia. Pode obter-se o nível de desenvolvimento da criança, através dos resultados. O desenvolvimento da criança pode ser seguido através da replicação da SGS II ao longo do tempo (até quatro vezes). A versão portuguesa das SGS II é uma tradução da versão inglesa, pelo que são utilizadas as tabelas normativas do Reino Unido. Os resultados de validade e fidelidade indicam que a consistência interna de todas as subescalas é elevada, sendo que o coeficiente Alpha de Cronbach de todas as subescalas se encontra entre 0,61 e 0,97 (Bellman, Lingam, & Aukett, 1996).

Tabela 1

*Outros Instrumentos de Avaliação Psicológica*

<b>Instrumento de avaliação</b>	<b>Descrição</b>	<b>Aferição portuguesa</b>	<b>Robustez psicométrica (validade e fidelidade)</b>
<b>Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths (0 aos 8 anos) (EDMG)</b>	Permite aferir o nível de desenvolvimento em seis áreas distintas: Locomoção, Pessoal-Social, Linguagem, Coordenação Óculo-Manual, Realização e Raciocínio Prático.  É possível obter como resultados, a Idade Mental, o Percentil e a Nota Z (Luiz, Barnard, Knoesen, Kotras, Horrocks, McAlinden, Challis, & O'Connell, 2006).	Adaptação da Versão original Inglesa	Alpha de Cronbach de 0,969 a 0,993
<b>Teste da Figura Humana de Goodenough</b>	Avalia a maturidade intelectual (capacidade perceptiva, de abstracção e de generalização).  Permite identificar necessidades e características da personalidade ( projecção de emoções) e compreender a estruturação da auto-imagem e esquema corporal (Goodenough & Harris, 1991).	Não Aferido  Versão Espanhola	Versão Original Alpha de Cronbach de 0,60 a 0,91
<b>Teste do Desenho da Família</b>	Avaliação projectiva da dinâmica familiar que permite avaliar o estado afectivo da criança, a estruturação da personalidade e a sua representação do contexto familiar.  Permite, igualmente, recolher informação relativa à maturação psicomotora e à estruturação do esquema corporal (Corman, 2003).	Não aferido	Sem dados relativos ao Alpha de Cronbach

**2.2.2. Intervenção psicológica com o adulto**

Os instrumentos utilizados na população adulta visaram compreender as dimensões cognitiva, emocional e adaptativa. No primeiro momento de contacto realizou-se a recolha de informação relevante, através da entrevista. Na entrevista de recolha de informação para a história clínica, procurámos aplicar os princípios da abordagem centrada na pessoa,

permitindo que o cliente explorasse os temas livremente, assumindo uma postura de congruência, aceitação incondicional e de compreensão empática.

No momento seguinte procedeu-se à aplicação de instrumentos de avaliação. A avaliação cognitiva permitiu aferir o desempenho intelectual dos indivíduos, no sentido de utilizar esta informação para compreender os resultados na (re)habilitação auditiva e de linguagem e, da mesma forma, identificar possíveis patologias neurológicas. Através da avaliação emocional pretendemos compreender a estruturação da auto – imagem e a possível existência de perturbações do foro emocional. A avaliação da linguagem teve como base a aplicação de provas – lista de monossílabos, números e frases – e o respectivo registo da audiometria vocal, cujos resultados foram comparados com a evolução do acompanhamento psicológico. Ao comparar esta informação com a evolução dos resultados do acompanhamento psicológico, tornou-se possível compreender o seu impacto na recuperação do implantado.

Os instrumentos de avaliação utilizados são apresentados de seguida. Os mais utilizados são descritos com pormenor e os restantes podem ser consultados na Tabela 2.

***Instrumentos de avaliação psicológica (população adulta).***

Tabela 2

***Instrumentos de avaliação psicológica (população adulta).***

<b>Instrumento de avaliação</b>	<b>Descrição</b>	<b>Aferição portuguesa</b>	<b>Robustez psicométrica (validade e fidelidade)</b>
<b>WAIS – III</b>	Avaliação do funcionamento intelectual. Escala composta por 14 subtestes, cujos resultados permitem obter a classificação em 3 escalas compósitas – QI Verbal, de Realização e Total - e 4 índices factoriais - Compreensão Verbal, Organização Perceptiva, Memória de Trabalho e Velocidade de Processamento (Weschler, 2008).	Cegoc, 2008	Coefficiente de fidelidade calculado através de combinações lineares de Nunnally de 0,91 a 0,98 (QI's e Índices Factoriais)

*ETC.*

Escala que permite avaliar a forma como o indivíduo lida com a adversidade e conhecer as estratégias adaptativas de que se mune. É constituída por 51 itens, distribuídos por subescalas – Controle; Retraimento, Conversão e Aditividade; Distracção Social; Suporte Social; Recusa. A versão aplicada foi a portuguesa, que apresenta uma consistência interna da escala total (Alpha Cronbach) de 0,78 (Tap, Costa & Alves, 2005).

*Inventário de Depressão de Beck.*

Este inventário objectiva avaliar sintomas correspondentes aos critérios de diagnóstico relacionados com a Perturbação Depressiva, descritos no manual DSM-IV-TR. É composto por 21 itens que avaliam a severidade de depressão em adolescentes e adultos. No respeito à validade e fidelidade do instrumento, num estudo realizado na população portuguesa, obteve-se um alfa de Cronbach médio de 0,86 (Beck, Steer, & Brown, 1996; Campos & Gonçalves, 2004; McIntyre & Araújo-Soares, 1999, citados por Figueiredo, Fernandes, Martins & Ramalho, 2007).

*SCL-90-R- Inventário de Sintomas Depressivos.*

Escala desenvolvida para aferir a presença de sintomas de desajustamento emocional, através de um questionário de auto-resposta. Permite obter resultados relativos à psicopatologia com base em nove dimensões primárias de sintomas (Somatização, Obsessões/Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Aniedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicotismo) e em três índices globais (Índice Geral de Sintomas, Número de Sintomas Positivos e Índice de Sintomas Positivos). Quanto aos níveis de consistência interna, o alfa de Cronbach varia entre 0,84 e 0,90 (Derogatis & Cleary, 1977; Derogatis & Lazarus, 1994).

### **Metodologia de intervenção.**

A intervenção/o acompanhamento psicológico foram, tal como o momento da elaboração da história clínica, desenvolvidos com base na abordagem centrada na pessoa, a qual tem como influência inspiracional a psicologia humanista. A abordagem centrada na pessoa, desenvolvida por Carl Rogers, assume o indivíduo como autónomo e auto-determinado, inerentemente capaz de poder escolher livremente, mesmo em condições adversas, potenciando os seus recursos pessoais e agindo como um agente criativo na gestão dos problemas que enfrenta. Para tal, desenvolvemos uma intervenção baseada na terapia centrada no cliente, com recurso à relação de ajuda, no sentido de promover o bem – estar psicológico, a autonomia pessoal, desenvolver a capacidade de *insight* e a adopção de estratégias de *coping* positivas (Rogers, 1951/2004).

A terapia centrada no cliente apresenta-se sustentada por conceitos basilares, os quais passamos a descrever:

O método fenomenológico, que pressupõe que seja realçada a importância elementar da experiência subjectiva e pré-reflexiva para atingir o auto-conhecimento. A compreensão empática, centrada no pressuposto de que o terapeuta deverá tentar colocar-se no lugar no cliente e perceber o mundo com base no quadro de referência interna da pessoa. A atitude não directiva, que prevê que o cliente reorganize e encontre o seu caminho para consumir o processo de mudança, facilitado pela relação terapêutica criada com o terapeuta. A tendência actualizante que pressupõe que, na presença de condições favoráveis, o indivíduo possui uma motivação interna para fazer opções positivas e construtivas, as quais contribuem positivamente para o desenvolvimento do *self* (Rogers, 1974).



Para que estes pressupostos possam articular-se em pleno, a actuação do psicoterapeuta deve basear-se em três atitudes que consubstanciam as condições necessárias à criação de uma relação facilitadora de uma mudança construtiva, sendo estas a compreensão empática, o olhar positivo incondicional e a congruência. A compreensão empática é um processo dinâmico, que consiste na capacidade por parte do terapeuta de penetrar no mundo do outro e ser sensível às alterações das suas vivências e à sua representatividade, viabilizando a consciencialização de sentimentos que ainda não conhece bem, mas adaptando a mesma ao ritmo das descobertas do cliente, o qual está em situação de incongruência. O olhar positivo incondicional, caracteriza-se por uma aceitação plena e constante do outro, independente das revelações do cliente. Constitui-se como a condição básica para que se opere a mudança, uma vez que o cliente, ao ter consciência desta atitude, aumenta a auto-percepção incondicional e é capaz de perceber e integrar as experiências no conceito de si. A congruência relaciona-se com a consistência interna do terapeuta, à sua capacidade para se integrar no espaço da relação e colocar em prática todas as condições acima descritas, sem que exista alguma rigidez ou confronto das suas perspectivas face às do outro (Rogers, 1974).

No âmbito da intervenção com as crianças, considerámos relevante considerar a abordagem de Virginia Axline (1972) que, através da ludoterapia não - directiva, postula a aplicação de técnicas não - directivas que potenciem a aceitação da criança em relação a si mesma, a sua capacidade para ultrapassar as vicissitudes da infância e a oportunidade de aprofundar o auto-conhecimento, culminando no *insight*.

Ao considerar o brinquedo como o elemento natural para a auto-expressão, a criança ao brincar partilha os seus sentimentos mais perturbadores como a tensão, a agressividade, a insegurança, o medo, entre outros, podendo ao enfrentá-los consciencializar-se dos mesmos,

aprendendo a controlá-los. Este processo vai promover a sua capacidade para se realizar, pensar e decidir por si própria.

Os oito princípios definidos por Axline (1972) como essenciais para a relação terapêutica são o contacto inicial caloroso promovendo o estabelecimento do *rapport*; a aceitação incondicional; a transmissão de um sentimento de permissividade na relação, para que a criança expresse os seus sentimentos livremente; a devolução dos sentimentos expressados pela criança, para que esta tome conhecimento acerca do seu comportamento; a permissão de que a criança seja responsável por solucionar os seus próprios problemas e adoptar mudanças; a não-directividade; a flexibilidade na duração da terapia; e o mínimo estabelecimento de limitações, cingindo-se às necessárias para que o processo terapêutico se adapte à realidade, permitindo que a criança tenha consciência da sua responsabilidade na relação.

### **2.3. Actividades Desenvolvidas no Estágio**

#### **2.3.1. Objectivos da intervenção do psicólogo.**

O período de estágio foi marcado por actividades diversas, não se tendo cingido à prática clínica da psicologia. No contexto destas actividades, pudemos desempenhar diferentes papéis e deter responsabilidades distintas. As actividades desenvolvidas estão categorizadas com base na natureza da nossa participação, sendo estas distinguidas como actividades de trabalho indirecto e de trabalho directo.

É importante sublinhar, mais uma vez, que este centro não dispunha de qualquer recurso em relação a cuidados de saúde mental e que nunca um Psicólogo tinha integrado a sua equipa.

Dado que não existia uma tipologia de intervenção do Psicólogo neste serviço, assumindo como exemplo a intervenção amplamente referida em artigos científicos da especialidade e implementada mundialmente em centros de implantes cocleares, e de forma a potenciar a ressonância da nossa intervenção neste centro, quer na população alvo, quer na equipa de IC, delineámos os objectivos globais e específicos, os quais apresentamos de seguida, com detalhe. Posteriormente à apresentação dos objectivos, descrevemos as actividades desenvolvidas ao longo do estágio.

### *Objectivos globais.*

A intervenção do psicólogo no contexto do programa de IC destinou-se a acompanhar o indivíduo em cada uma das fases inerentes à cirurgia (pré-operatória; cirurgia, pós-operatória), adaptando a actuação às especificidades de cada uma delas. O objectivo geral foi de que o candidato elaborasse novos significados para a sua vida, de forma a adaptar-se às alterações decorrentes do IC, traduzindo-os em novos comportamentos.

Na fase pré-operatória, quer se tratando de crianças ou de adultos, a intervenção do psicólogo objectivou:

- Identificar psicopatologias que constituíssem factor de exclusão para a candidatura a IC;
- Recolher informações relativas a capacidades cognitivas, as quais permitissem que o indivíduo compreendesse as tarefas a realizar, quer no contexto de Terapia da Fala, quer na Programação do IC.
- Explorar o estado emocional do indivíduo e a sua receptividade face ao IC e às alterações subjacentes (físicas, pessoais, familiares, quotidiano). Avaliar o grau de motivação,

nomeadamente o entusiasmo face ao ganho que trouxe o IC e o empenho/disponibilidade em colaborar na fase da (re)habilitação.

- Aferir competências intelectuais e emocionais, através de uma avaliação estruturada, como inteligência, tolerância à frustração, gestão de ansiedade, estratégias de *coping*.

- Disponibilizar-se para prestar assistência quando foram identificadas alterações nas áreas supracitadas, ou sempre que se verificou que o indivíduo beneficiaria de acompanhamento psicológico.

Na fase pós-operatória a intervenção do Psicólogo incluiu:

- Reunir com o implantado e familiares/cuidadores após o tempo de recuperação que sucedeu à cirurgia (quatro semanas), prestando apoio no esclarecimento de questões relativas à fase de (re)habilitação auditiva e de linguagem e explorando as expectativas formuladas nesse período de espera (a transição da hipótese do IC para a implantação pode espoletar instabilidade emocional e interferir com as expectativas anteriormente formuladas).

- Prestar acompanhamento psicológico ao implantado e/ou familiares, sempre que se identificaram alterações do foro emocional e/ou quando o indivíduo manifestou essa necessidade, respeitando sempre a sua disponibilidade e receptividade para o compromisso que o acompanhamento psicológico implica.

### ***Objectivos específicos.***

A intervenção do psicólogo no contexto da equipa de IC foi abrangente e diversificada, definindo-se em função da situação em que foi encetada. Podem distinguir-se objectivos direccionados para a intervenção individual e para a intervenção em grupo.

Desta forma, através da intervenção individual pretendemos:

- Conhecer o candidato a IC, os seus familiares e os laços afectivos que os uniam, no sentido de formular uma previsão do impacto do diagnóstico da surdez no seio familiar e do suporte familiar às exigências/necessidades inerentes ao IC, como novos padrões comunicacionais do implantado, cuidados com higiene, auto-conceito, entre outros;

- Esclarecer questões relacionadas com o processo do IC, desde a fase pré-cirúrgica até à (re)habilitação;

- Explorar as motivações e expectativas do candidato e/ou dos familiares face à opção pelo IC, no sentido de poder antecipar a eficácia com que iriam implementar as estratégias de adaptação, bem como a qualidade do seu envolvimento nas tarefas inerentes à (re)habilitação – informação crucial para a preparação do Consentimento Informado (procedimento pré-cirúrgico de carácter obrigatório);

- Analisar as competências cognitivas do indivíduo, através da avaliação psicológica estruturada, para identificar a presença de alterações ao nível da inteligência e estado emocional;

- Prestar acompanhamento psicológico pós-IC aos indivíduos que se revelassem emocionalmente instáveis, de forma a trabalhar a sua problemática e as suas ansiedades e a elaborar estratégias de *coping*, que lhe permitissem estar mais disponível para as exigências da (re)habilitação.

A intervenção em grupo foi dedicada aos pais das crianças/adolescentes implantados e teve como objectivo:

- Organizar os pais/familiares integrando-os em grupos, a quem, em reuniões periódicas, se expôs toda a informação relevante acerca da componente física e técnica do IC, se explicou como se processa a estimulação auditiva, se ressaltou a importância da

participação da família na (re)habilitação do implantado e do suporte social para o implantado e familiares e se forneceram informações em relação às medidas educativas mais indicadas para crianças com IC;

- Implementar dinâmicas de grupo, durante as quais houve espaço para que os elementos explanassem os seus sentimentos, emoções, dúvidas;

- Trabalhar com o grupo a gestão das expectativas e a integração de atitudes e comportamentos significativos para cada elemento da família e que contribuíssem para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos envolvidos no protocolo de IC;

- Promover a troca de experiências entre os elementos do grupo, que permitiu que se constituísse como uma rede de suporte social;

- Proporcionar a autonomia dos elementos em sugerir actividades relacionadas com o IC, que contribuíssem positivamente para o seu quotidiano.

No que diz respeito à nossa participação indirecta nas actividades relacionadas com o Centro de Implantes Cocleares e com o próprio Serviço de ORL, consideramos que, para além da nossa disponibilidade, foi fomentada, por parte da equipa, a nossa presença em todas as actividades desenvolvidas no serviço, mesmo quando estas não implicavam a presença do psicólogo. Os objectivos do trabalho indirecto direccionaram-se para a promoção da relação com a equipa do centro e para aprofundar o nosso conhecimento em relação às problemáticas mais frequentes, os quais apresentamos de seguida:

- Ter contacto com todos os profissionais intervenientes no processo de integração do indivíduo com surdez no programa de IC, no que respeita ao seu papel e responsabilidades, como também à sua abordagem prática;

- Assistir a primeiras consultas de ORL, TF e Audiologia, de forma a conhecer as abordagens dos diferentes profissionais e o seu impacto psicológico no indivíduo com surdez e familiares;

- Participar nas reuniões de equipa, para melhor conhecer a dinâmica entre os profissionais, aprofundar conhecimento teórico e técnico relativo à surdez e ao IC e para constituirmos um recurso activo e disponível para o centro;

- Desenvolver recursos que favorecessem a compreensão das problemáticas psicológicas relacionadas com a surdez e IC, quer para o indivíduo com surdez e familiares, quer para a comunidade em geral;

- Melhorar a capacidade de resposta do centro às situações que requisessem a intervenção de um Psicólogo;

Desta forma, apresenta-se seguidamente o trabalho de carácter indirecto e directo desenvolvido ao longo do estágio.

### **2.3.2. Trabalho Indirecto**

#### **Assistência a consultas médicas de IC.**

Durante dois meses assistimos às consultas médicas de IC. A nossa presença na Consulta Médica de IC teve como objectivo o levantamento das questões mais prementes que são colocadas ao médico no momento do diagnóstico da surdez e da integração em protocolo de IC. Da mesma forma, ao assistir a estas consultas, pudemos aprofundar o nosso conhecimento científico acerca da surdez e do IC, para, mais tarde, poder enriquecer a nossa intervenção psicológica. Este foi, igualmente, o primeiro momento de contacto indirecto com

as famílias, que se revelavam mais serenas, em posteriores encontros, por já sermos um rosto familiar.

### ***Reflexão pessoal.***

Ao assistir às consultas médicas foi possível compreender o impacto que o diagnóstico tem no indivíduo com surdez e nos seus familiares, assim como constatar que a maioria das pessoas coloca poucas questões e revela uma escuta pouco activa, decorrente do impacto da notícia. Este factor constituiu um importante incentivo/foi decisivo no planeamento da intervenção, uma vez que considerámos de extrema relevância disponibilizarmo-nos para esclarecer questões e clarificar informação relativa à surdez e à integração no protocolo de IC, de forma a promover expectativas realistas e autonomizar as famílias e o futuro implantado nas tomadas de decisão (decisão informada). As limitações que sentimos relacionaram-se com o facto das consultas terem uma duração curta (a necessária para fazer o diagnóstico e o encaminhamento para a unidade de IC), o que por vezes inviabilizou o nosso contacto inicial com os casos. Por outro lado, por se tratar de consulta médica, assistimos a procedimentos médicos que deixaram a estagiária indisposta, tendo chegado a perder os sentidos momentaneamente.

### **Assistência à (re)habilitação em terapia da fala e audiologia.**

Durante todo o período de estágio, assistimos às sessões de (re)habilitação em Terapia da Fala, no sentido de compreender como se processa a intervenção na aquisição e desenvolvimento da linguagem e qual o comportamento da pessoa com IC neste contexto.

Estivemos presentes nas sessões de programação realizadas pela equipa de Audiologistas, para que pudessemos conhecer os instrumentos utilizados e a metodologia, bem como as reacções espectáveis por parte do implantado.



Nestes contextos, pudemos recolher informação relativa às expectativas que o implantado e/ou familiares formulam em relação ao vários momentos da (re)habilitação e interiorizámos informação preponderante, no que diz respeito aos períodos de tempo e aos objectivos de cada intervenção, permitindo-nos, mais tarde, definir as necessidades de avaliação e intervenção psicológica e coordenar o nosso acompanhamento com o ritmo da restante equipa. Durante a nossa intervenção, mantivemos a presença nestas sessões, para que pudéssemos acompanhar a evolução do implantado e adaptar a nossa intervenção a possíveis contingências que surgissem nestes contextos.

### ***Reflexão pessoal.***

Foi importante ter contacto com a intervenção destes profissionais, para complementar o nosso conhecimento teórico e, em simultâneo, para que pudéssemos adaptar a nossa abordagem à realidade da criança, tendo em conta a periodicidade das programações, a sua evolução na (re)habilitação de linguagem, a capacidade de discriminação dos sons, entre outros aspectos. Toda esta informação é extremamente relevante para potenciar a eficácia da nossa intervenção. As sessões nem sempre ocorriam em períodos durante os quais estávamos disponíveis, factor de dificultou o nosso acompanhamento permanente de alguns casos.

### **Reuniões de equipa da unidade de IC.**

Estivemos presentes semanalmente, ao longo de todo o período de estágio, nas reuniões da equipa da unidade de IC do serviço de ORL, onde eram expostos casos clínicos, definidas intervenções e delegadas actividades e responsabilidades. Todos os profissionais da equipa participavam nas reuniões, estando presentes médicos de ORL, Audiologistas, Terapeutas da Fala, Enfermeiros e nós. Nestas reuniões periodicamente eram apresentados temas previamente definidos pelo coordenador do centro de IC, nas quais tivemos

participação indirecta, mas também directa, a qual explanaremos no capítulo “Trabalho Directo”. As reuniões de equipa foram essenciais para compreender a estrutura e funcionamento do serviço de ORL e da unidade de IC, aproximando o nosso conhecimento da cultura da multidisciplinaridade e de partilha como sendo uma mais – valia deste serviço. Permitiram, igualmente, que reuníssemos informação relativa aos indivíduos com consulta marcada para a semana da reunião (ORL, Audiologia e/ou TF) ou que estivessem em (re)habilitação intensiva pós – IC, facilitando a organização do nosso trabalho e a marcação das sessões, em função das prioridades identificadas.

### ***Reflexão pessoal.***

Foi enriquecedor integrar as reuniões de equipa e termos sido incluídos no plano de apresentações, o que revelou valorização da nossa presença e da pertinência que o nosso trabalho pode ter naquele contexto. A ausência de profissionais de saúde mental, como outros Psicólogos ou Psiquiatras fez-se sentir, pelo facto destas reuniões serem mais dedicadas a resolver questões médicas e técnicas, que se relacionavam com o normal funcionamento do serviço, o que considerámos uma limitação.

### **Elaboração de fascículo de IC.**

Participámos na elaboração de um Fascículo relativo ao IC, tendo desenvolvido o conteúdo do mesmo com base no conhecimento técnico já adquirido em relação ao IC. Coube-nos descrever o funcionamento da comunicação e linguagem e da sua importância no contexto social (*vide* Anexo A).

### ***Reflexão pessoal.***

A elaboração do fascículo implicou pesquisa bibliográfica e, ainda que interessante e de relevância para os utentes, foi uma actividade algo morosa, que inicialmente nos coube só

a nós. Posteriormente, beneficiámos da participação de uma interna de ORL, que complementou o nosso trabalho. Esta participação foi positiva, pois permitiu que complementássemos o trabalho com informação médica. A reacção à utilidade do fascículo foi muito positiva, tanto por parte dos profissionais do serviço, como por parte dos implantados e/ou pais.

### **Apresentações nas reuniões de equipa.**

No contexto das reuniões de equipa apresentámos dois temas e respondemos a questões colocadas pelo grupo, sendo que, o objectivo destas apresentações foi o de dar a conhecer ao grupo de trabalho o papel do psicólogo na equipa de IC, a metodologia de intervenção e definição de características do indivíduo ou perfis passíveis de serem sinalizados para acompanhamento psicológico.

### ***Reflexão pessoal.***

Sentimo-nos valorizados ao termos sido convidados a apresentar o nosso trabalho e perante a opinião unânime de que somos um recurso imprescindível neste contexto. Por outro lado, sentimos necessidade de que estivessem presentes profissionais da nossa área, o que não aconteceu, precisamente por se tratar de um serviço sem Psicólogo (daí a nossa presença).

### **2.3.3. Trabalho Directo**

#### **Reuniões de grupo para pais/cuidadores de crianças implantadas.**

As reuniões de grupo para pais/cuidadores de crianças implantadas foram criadas no contexto do nosso estágio, com base numa proposta do Dr. Luís Filipe Silva, e tiveram como objectivo proporcionar aos pais um momento de partilha de informação e de experiências/vivências que lhes permitisse aprofundar o conhecimento em relação ao IC e

compreender o impacto da mudança na vida do implantado e no contexto familiar. Por outro lado, considerámos ser importante manter estes pais/cuidadores ocupados durante o período de tempo em que as crianças estavam em sessões de (re)habilitação. Assim, ao planificar as reuniões, considerámos que seria positivo para estes pais/cuidadores que estas ocorressem em simultâneo com as sessões de (re)habilitação de TF, nas quais as suas crianças participavam, diariamente, durante toda a manhã, por um período mínimo de três meses.

A periodicidade e o horário das reuniões foram definidos com o coordenador do centro e nosso orientador de estágio, o Dr. Luís Filipe Silva, tendo-se estabelecido que seriam semanais e que teriam lugar à sexta-feira, entre as 10 e as 11 horas, na sala de reuniões do serviço. A estagiária ficou responsável pela organização e implementação das reuniões, sob coordenação do orientador de estágio. Os pais/cuidadores foram informados individualmente e foi afixado na sala de espera um aviso a informar da existência da reunião, com o local e o horário. Ainda assim, optámos por nos dirigir sempre à sala de espera e convidar pessoalmente os pais a participar. A participação nas reuniões foi de carácter opcional, informação que também foi transmitida aos pais/cuidadores.

A participação dos pais/cuidadores, para além de ser dependente da sua vontade, era inerente à sua presença no serviço e à participação das suas crianças nas sessões de (re)habilitação. Como tal, os membros do grupo nem sempre eram os mesmos, apesar de a maioria dos elementos se manter por períodos de tempo contínuos. Este aspecto foi tido em consideração em relação à forma como estruturámos a metodologia adoptada para cada reunião. Definimos três temas centrais a serem apresentados, nomeadamente: “O IC – características e função”, “Como cuidar do sistema de IC” e “Como estimular a criança com IC” (*vide* ANEXO B). Recolhemos informação para desenvolver estes temas no manual de

utilização de implante coclear da Cochlear e da MED-EL, nos websites de ambas as marcas e através de cassetes de vídeo e de manuais (Cochlear, 2005; Rodriguez & Irujo, 2002).

Elaborámos um questionário para acompanhantes de pessoas implantadas (*vide* ANEXO C) para aplicar no início da participação de cada pai/cuidador para realizar o levantamento da informação consideravam pertinente ser abordada, para que, posteriormente, com base nos dados recolhidos, complementássemos os temas centrais das reuniões com a informação adicional que foi solicitada. Cada reunião tinha início com a apresentação dos participantes (sempre que existissem elementos novos), seguidamente apresentávamos o tema (apresentação em powerpoint), momento durante o qual íamos colocando questões e respondendo a solicitações dos pais/cuidadores e, no final, realizávamos uma dinâmica de grupo para consolidar conhecimentos e proporcionar a partilha de experiências entre os pais/cuidadores.

Esta intervenção foi muito pertinente pelo facto de permitir aos pais/cuidadores das crianças implantadas obterem informação útil, de uma forma adequada à sua compreensão e ao seu nível de conhecimento e sempre adaptada às suas necessidades. Proporcionou, também, momentos de partilha, durante os quais foi possível desenvolver o sentimento de pertença a um grupo e de identificação da similaridade de vivências, preocupações e estratégias, tendo enriquecido a sua capacidade de adaptação e a sua integração de estratégias de *coping* positivas (Moeller, Carr, Seaver, Stredler – Brown & Holzinger, 2013).

### ***Reflexão pessoal.***

As reuniões para pais constituíram um elemento muito importante do nosso trabalho, pelo facto de terem tido uma excelente aceitação por parte dos pais/cuidadores. Todos os elementos da unidade promoveram esta iniciativa, disponibilizando-se para a sua valorização

junto dos potenciais participantes e providenciando material informativo e a sua colaboração a fim de enriquecer as temáticas abordadas nas reuniões e as que os pais referiam como questões pertinentes. Considerámos limitador a inexistência de programas estruturados para implementar as reuniões e as dinâmicas, no entanto, esta lacuna levou-nos a realizar uma vasta pesquisa acerca dos temas mais prementes e da metodologia utilizada noutros países para dinamizar grupos de pais/cuidadores de crianças com IC. A informação que conseguimos obter foi através das entidades que comercializam os implantes cocleares, nomeadamente a Cochlear e a MED-EL e, ainda que em quantidade não tenha sido impressionante, conseguiu sê-lo pela qualidade, a qual pudemos confirmar no término do estágio, através da apreciação global do impacto das reuniões nas famílias. Referimos, ainda, que teria sido vantajoso ter realizado uma recolha estruturada, através de questionário escrito ou vídeo, do testemunho dos participantes e da sua avaliação das reuniões.

### **Avaliações realizadas.**

#### ***Avaliações de desenvolvimento.***

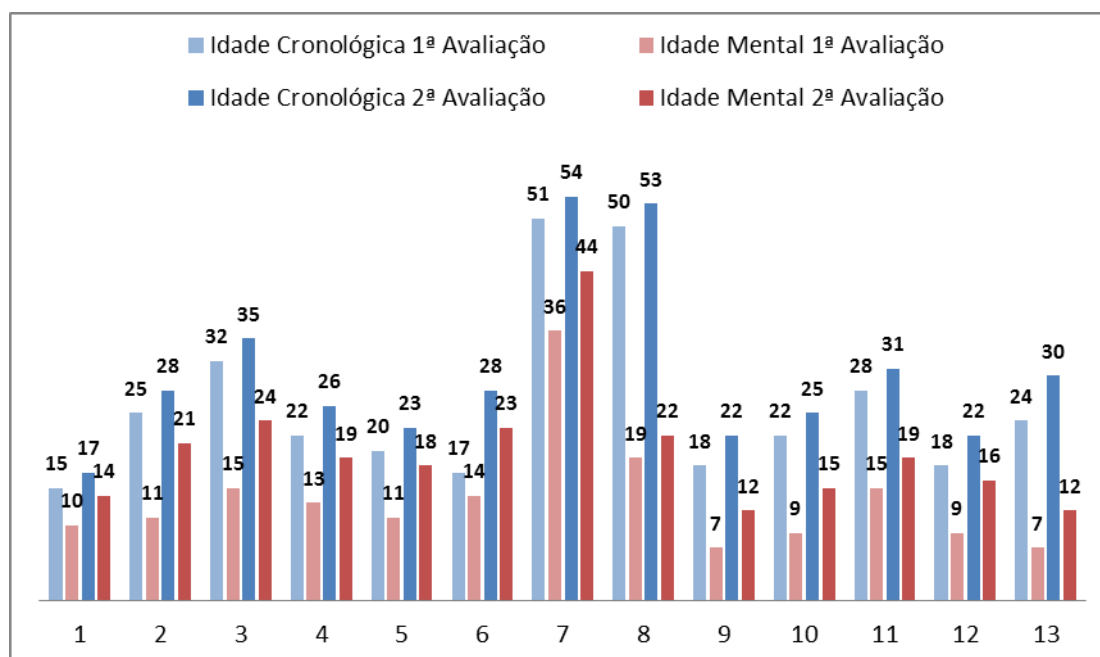
Sempre que um profissional do serviço considerou pertinente, sinalizou-nos crianças para se proceder ao despiste de alterações do neurodesenvolvimento. Estas sinalizações não se limitaram a crianças integradas em protocolo de IC, tendo abrangido, igualmente, crianças com outras patologias. Aquelas que se afiguraram mais comuns, para além da surdez, foram alterações na voz.

Foram avaliadas no total 14 crianças, com idades compreendidas ente os 14 meses e os 55 meses. As avaliações realizadas tiveram como principal objectivo o de realizar o despiste de alterações do neurodesenvolvimento e, posteriormente, como objectivo secundário, o de conhecer a evolução das suas competências desenvolvimentais (globais e específicas), com

base numa reavaliação utilizando a mesma escala, no intervalo entre a colocação do IC e aproximadamente três meses depois, fazendo coincidir a reavaliação com o término da (re)habilitação intensiva em TF. Assim, 13 crianças foram avaliadas em dois momentos diferentes com a SGS II e 1 criança foi avaliada uma vez com a EDMG (*vide* Instrumentos de Avaliação e Intervenção).

No que respeita às características clínicas das crianças, todas apresentavam surdez neurossensorial bilateral severa a profunda à data da primeira avaliação, a qual foi realizada antes da colocação do IC (em média 19 dias antes), 11 com surdez pré-lingual (instalação da surdez anterior à aquisição da linguagem) e 2 com surdez peri-lingual (instalação da surdez no período inicial de aquisição da linguagem) (Rodriguez & Irujo, 2002). A reavaliação do desenvolvimento das 13 crianças teve lugar, em média, três meses e meio após a primeira avaliação. Através dos resultados obtidos, os quais apresentamos na Figura 1, pudemos verificar que, independentemente da idade cronológica da criança aquando a primeira avaliação e colocação de IC, existiu sempre uma evolução do nível de desenvolvimento global, a qual está representada no gráfico através da comparação entre a idade cronológica e a idade mental (ambas apresentadas em meses) no primeiro e segundo momentos de avaliação.

**Figura 1 – Resultados da avaliação de desenvolvimento pré e pós IC**



Os resultados foram partilhados com a equipa envolvida no processo de cada criança sinalizada e em função dos mesmos, foi definida a pertinência ou não de dar início a acompanhamento.

Os casos apresentados neste subcapítulo e cujos perfis de desenvolvimento apresentamos, não foram alvo de intervenção psicológica realizada por nós. Os pais destas crianças foram entrevistados, no sentido de recolher informação pertinente para identificar as suas preocupações. O encaminhamento foi realizado para o Hospital Pediátrico de Coimbra, nas situações em que se identificaram problemáticas do neurodesenvolvimento (duas crianças). Os casos que não revelaram necessidade de intervenção foram monitorizados, sendo periodicamente consultados acerca da evolução da (re)habilitação, sempre que se deslocavam ao serviço de ORL para as sessões de TF e/ou Audiologia.



### ***Avaliação a pais/cuidadores.***

Aos pais/cuidadores das crianças integradas em protocolo de IC sinalizadas por profissionais da equipa ou àqueles que demonstraram interesse em participar numa sessão individual, foi realizada uma entrevista não estruturada, durante a qual se deu espaço para que expusessem as suas preocupações e colocassem questões relacionadas com a situação clínica da criança.

A capacidade de adaptação ao processo de colocação do IC e a adequação de expectativas realistas são dois elementos cruciais no progresso e equilíbrio da criança e da sua família. Com base na literatura revista que realça a importância de reunir com os familiares e de recolher esta informação no sentido de identificar as estratégias de *coping* comumente adoptadas e de contribuir para a sua redefinição, se necessário, optámos pela aplicação da ETC como complemento da entrevista (Rodriguez & Irujo, 2002; Tap, Costa & Alves, 2005) Neste contexto, a ETC foi aplicada a 15 pais. Os resultados obtidos indicam que as estratégias de *coping* diferem entre si, mas que há uma tendência para manifestar dependência de suporte social, quer informativo, quer emocional.

Houve pais que solicitaram mais sessões, para prolongar o esclarecimento de questões e para que adequassem as expectativas à realidade da (re)habilitação. Houve, igualmente, pais que solicitaram auxílio no encaminhamento da situação escolar das crianças, particularmente, para obter informação em relação a escolas de referência, apoios disponíveis e redes institucionais na área de residência às quais se pudessem associar. Nestes casos, revelámo-nos sempre disponíveis e prestámos o apoio necessário, facultando informação em relação às questões educativas e encaminhando os pais para a Assistente Social afectada ao serviço, nas situações em que se justificou.

### **Acompanhamentos psicológicos.**

Ao longo do período de estágio foram acompanhados seis casos, dos quais duas crianças, com 5 e 7 anos e quatro adultos, com idades compreendidas entre os 41 e os 66 anos. As problemáticas psicológicas das crianças acompanhadas – duas crianças ambas do sexo masculino - relacionaram-se com sintomas de ansiedade, perturbação do comportamento e agitação. Na população adulta – quatro adultas do sexo feminino – as problemáticas emergentes relacionaram-se com sintomas depressivos, ansiedade e isolamento social. No Tabela 3 pode ser consultada a informação em síntese relativa a cada caso.

Seleccionámos dois casos para apresentar detalhadamente, sendo que ambos incluem avaliação e acompanhamento psicológico. Os casos que foram seleccionados correspondem a duas idosas utilizadoras de IC, com sintomas depressivos e com parca evolução na reabilitação em TF e audiolgia. A similaridade destas características contrasta com a evolução ao longo do acompanhamento, uma vez que um dos casos foi bem sucedido e o outro ficou comprometido. Esta foi a razão pela qual considerámos pertinente explaná-los e reflectir sobre eles.

Tabela 3

#### *Síntese dos casos de acompanhamento psicológico*

<b>Casos Idade/Sexo</b>	<b>Encaminhado por/Motivo</b>	<b>Sintomas</b>	<b>Instrumentos de observação/avaliação</b>	<b>Técnicas de Intervenção</b>	<b>Nº de sessões</b>
E. 7/M	TF Suspeita de disfonia psicogénica; desinvestimento na reabilitação	Ansiedade Somatização Baixa auto - estima	Caixa de Ludo Entrevista semi-estruturada (pais e E.) Desenho da Figura Humana	Acompanhamento Psicológico	10

Desenho da Família					
R. 5/M	TF/ansiedade e medos	Ansiedade Terroros nocturnos Choro frequente	Caixa de Ludo Entrevista semi-estruturada (mãe e R.) Desenho da Figura Humana	Acompanhamento Psicológico	7
Desenho da Família					
V. 41/F	TF/desinvestimento na (re)habilitação pós IC	Humor depressivo	Entrevista	Relação de ajuda	3
M. C. 63/F	TF/suspeita de disfonia psicogénica	Labilidade emocional Humor depressivo Isolamento	IDB	Acompanhamento Psicológico Relação de ajuda	4
N. 65/F	TF/Pobre evolução na (re)habilitação IC	Humor depressivo Alterações no sono Ansiedade	IDB SCL-90 ETC	Acompanhamento Psicológico Relação de ajuda	18
M. 57/F	TF/Pobre evolução na (re)habilitação IC	Humor depressivo Desmotivação e passividade	IDB SCL-90 ETC	Acompanhamento Psicológico Relação de ajuda	20

*Nota.* TF = Terapeuta da Fala; IDB = Inventário de Depressão de Beck; SCL-90 = Lista de Sintomas de Hopkins; ETC = Escala Toulousiana de Coping

### ***Análise e reflexão dos casos em acompanhamento.***

#### ***Acompanhamento psicológico do E.***

Inicialmente, o E. revelou-se uma criança tímida e pouco comunicativa nas sessões. À medida que se foi estabelecendo a relação, foi verbalizando os seus sentimentos e aprofundando as suas preocupações, as quais se centravam num receio acentuado generalizado, de que as rotinas não acontecessem como é normal. O motivo do

encaminhamento foi suspeita de disfonia psicogénica. “É um pouco ansioso e quando está entusiasmado fala mais alto e grita, revelando alterações no seu padrão vocal”, segundo a TF, que realça que a reeducação vocal prescrita não tem sido cumprida, havendo também pouco envolvimento dos pais neste processo.

No momento da recolha da história clínica, os pais do E. manifestaram preocupação exclusiva com a sua “rouquidão”. Apesar disso, ao longo das sessões, pudemos constatar que os pais do E. se encontravam a viver uma crise conjugal e que tinham discussões na sua presença, o que, ultimamente, lhe provocava uma grande insegurança e alguma agressividade, patente no seu comportamento com os colegas e no contexto das sessões. O acompanhamento foi suspenso por falta de colaboração dos pais, que começaram paulatinamente a incumprir com o comparecimento às sessões.

#### *Reflexão pessoal.*

Consideramos que os pais do E. se encontravam pouco sensíveis às necessidades do seu filho e pouco receptivos ao envolvimento na sua estabilização emocional, transparecendo que percepcionavam o problema como sendo exclusivamente do E.. Os problemas conjugais que viviam na época poderão ter dificultado o seu envolvimento e dedicação. Este caso foi marcante, porque percebemos que o E. teria dificuldade em ultrapassar as problemáticas sentidas sem acompanhamento psicológico e sentimo-nos frustrados e impotentes, pois gostaríamos de ter proporcionado momentos de maior reflexão, para que o acompanhamento não fosse abandonado.

### *Acompanhamento psicológico do R.*

O R. apresentou-se como uma criança simpática, tímida e pouco conversadora no primeiro contacto. Aparenta ser um pouco reflexiva, revelando um maior interesse por temas relacionados com sentimentos e emoções, os quais o R. tem dificuldade em explicar, mas que investe muito em compreender. O pai está emigrado por razões profissionais, factor que tem provocado alguma instabilidade emocional. Actualmente vive com o irmão gémeo e com a mãe e fica frequentemente ao cuidado dos avós paternos, com quem tem uma relação muito próxima. O encaminhamento surgiu por parte da TF, porque o R., apesar de estar a cumprir os objectivos do seu acompanhamento, tem apresentado uma preocupação acentuada com questões de menor importância, denunciando medos generalizados.

Ao longo das sessões foi possível assistir a uma franca evolução por parte do R. na sua capacidade para lidar com os medos. O conteúdo do seu discurso alterou-se, tendo-se tornado mais direccionado para a resolução do problema, em vez de se cingir aos receios que lhe suscita. A verbalização dos medos continuou a ser muito parca, no entanto, o R. começou a desenhá-los sempre que os sentia e, aparentemente, a conseguir ultrapassá-los, tendo adoptado uma estratégia positiva.

### *Reflexão pessoal.*

O caso do R. foi surpreendente pela sua capacidade de, em pouco tempo, ter sido capaz de adoptar estratégias adaptativas positivas em relação aos seus medos. A ludoterapia e a abordagem centrada no cliente foram elementos essenciais no seu percurso, pois foram muito bem aceites e explorados pelo R., tendo-se revelado como poderosos recursos para a sua evolução.

### *Acompanhamento psicológico da V.*

A V. utilizava IC há dois anos, na altura em que foi feito o encaminhamento, por parte da sua terapeuta da fala e da equipa de audiologia, que consideraram que a evolução não estava a ser satisfatória. Nas sessões de acompanhamento psicológico, revelou-se simpática e após a primeira sessão tendeu a ser mais expansiva, revelando-se conversadora e partilhando algumas piadas. No que respeita à utilização do IC, a V. por vezes não coloca a componente externa, por não ter paciência. Denota-se um desinteresse pela reabilitação auditiva e de linguagem, mesmo apesar de saber que se vê confrontada com situações que a constroem, como quando não é perceptível o que diz. Este é um dos factores que a perturbam e que interferem consideravelmente com a sua auto - estima. Nas sessões, o seu discurso dirige-se principalmente ao marido, que está paraplégico na sequência de um atropelamento que sofreu há 10 meses, factor que alterou muito os papéis de ambos no seio familiar. Têm um filho em comum que tem actualmente oito anos e que frequenta o terceiro ano do ensino básico.

Apresentou maioritariamente um humor deprimido e o seu envolvimento nas sessões foi muito variável. O acompanhamento terminou por falta de comparecimento consecutivo, comportamento que estendeu às sessões de Terapia da Fala.

### *Reflexão pessoal.*

O acompanhamento da V. foi muito inconstante, pela sua dificuldade em comparecer às sessões. Como tal, considerámos que o seu envolvimento no acompanhamento não permitiu estabelecer a relação terapêutica de forma consistente. Preocupou-nos que a V. abandonasse o acompanhamento, uma vez que a sua situação familiar se estava a agravar e que ao longo das sessões foi revelando uma maior fragilidade e apatia perante todas as dimensões da sua vida, verbalizando a vontade de “desistir” (*sic.*).

### *Acompanhamento da M. C.*

A M. C. foi encaminhada pela terapeuta da fala (TF) por suspeita de uma disfonia psicogénica, uma vez que não se verificou uma melhoria ao longo da intervenção.

Revelou muito interesse em dar início ao acompanhamento psicológico e afirmou considerar importante para a sua recuperação. Constatámos que quando fazia descrições mais longas alterava o registo vocal de um tom rouco e com pouca projecção, para um tom mais desenvolto e límpido, o que corroborou a informação dada pela TF - disfonia psicogénica – sendo esta potenciada por uma provável perturbação emocional, dado os sintomas verbalizados pela M. C.. O seu discurso centrou-se nas dificuldades financeiras com que ela e o marido se deparam, em consequência da recente falência da empresa que possuíam há quinze anos. Refere alterações frequentes do seu estado emocional, sentindo-se predominantemente deprimida. Refere, igualmente, alterações de memória. O apoio da rede familiar e social é quase inexistente. Confirmámos no seu discurso a presença de sintomas depressivos relevantes, no entanto o acompanhamento limitou-se às duas primeiras sessões, uma vez que a M.C. deixou de comparecer sem aviso prévio.

### *Reflexão pessoal.*

Considerámos tratar-se de um caso delicado, pelo facto de nos ter sido reportado que a M.C. já tinha sido internada por problemas emocionais num hospital psiquiátrico. Foi-nos, igualmente, referido que a M.C. era uma pessoa conflituosa e que já era conhecida no serviço de ORL por causar desacatos, como discussões. Tentámos que esta informação não interferisse com a nossa intervenção. A M.C. no contexto das nossas sessões não revelou comportamentos desajustados, tendo-se manifestado sempre interessada e colaborante. Possivelmente, a razão pela qual abandonou o acompanhamento terá sido relacionada com o

facto de ter sido acusada de ter roubado pedras do canteiro do serviço de ORL. Todas as pessoas que estavam no serviço tiveram conhecimento e foi mais visível pelo facto de terem chamado a segurança do hospital. Nesse dia a M.C. foi ao nosso encontro por ter sentido necessidade de explicar o sucedido e negou as acusações. A terceira sessão, à qual faltou, estava marcada para a semana seguinte. Não voltou a comparecer em nenhuma consulta naquele serviço.



### **III PARTE – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS CASOS CLÍNICOS**

### **3.1. Apresentação do Caso N.**

#### **Identificação biográfica.**

A N. nasceu em Abril de 1943, tendo actualmente 68 anos de idade, é solteira, natural do distrito de Coimbra e possui o 4º ano de escolaridade. Foi governanta de profissão entre os 12 e os 65 anos sempre no mesmo local. Actualmente continua a trabalhar, mas numa outra casa. O seu diagnóstico de ORL é surdez neurossensorial bilateral profunda com Implante Coclear.

A N. tem estatura baixa, apresenta um porte elegante e uma imagem cuidada. Usa o cabelo curto e não o pinta, mantendo os tons cinza naturais, tem olhos castanhos e apresenta-se sempre sorridente para o outro, independentemente do seu estado emocional. Apesar de ser autónoma, apresenta mobilidade algo lentificada.

Dada a perda auditiva, a N. consegue expressar-se verbalmente, mas apresenta pobre inteligibilidade do discurso. Contudo, utiliza um vocabulário muito variado e a elaboração do discurso é rica e complexa, denotando que teve acesso a um bom ambiente cultural e que sempre revelou interesse pela aprendizagem, independentemente das vicissitudes que teve de enfrentar. Enquanto fala, fecha os olhos, principalmente quando se refere a pessoas ou situações que lhe são caras. Em resposta a intervenções de terceiros, apesar de não ouvir ou compreender sempre o que lhe é dito, gesticula em sinal de aprovação, evitando revelar que não compreendeu, à excepção de quando lhe é questionado se compreendeu.

#### **Motivo do pedido.**

A N. foi encaminhada pela Terapeuta da Fala do Centro de IC, que a acompanha na reabilitação auditiva e da linguagem, por apresentar uma evolução muito limitada, aparentemente devida a desmotivação e humor depressivo. A intervenção psicológica foi

solicitada no sentido de ajudar a N. a melhorar o seu estado emocional, para que pudesse potenciar os resultados da reabilitação em Terapia da Fala.

### **História clínica.**

#### ***História da queixa actual.***

A N. apresenta diagnóstico de surdez neurossensorial profunda bilateral, com utilização de implante coclear no ouvido esquerdo e prótese auditiva externa no ouvido direito.

Os primeiros sintomas surgiram pouco após o nascimento, tendo-lhe sido identificada surdez congénita quando tinha três meses de idade. Realizou tratamentos até aos sete anos de idade no hospital, não sabendo especificar quais, e em casa, sendo estes últimos com base nas práticas e crenças populares da época, que na presença de “problemas de ouvidos” (*sic.*) previam a aplicação de leite materno humano no pavilhão auricular. Submetida a cirurgia a ambos os ouvidos aos nove anos (colocação de tubos de Shepard). Aos 20 anos sentiu um “estalo forte na cabeça” (*sic.*) e deixou de ouvir por completo, tendo-se mantido sem utilização de próteses auditivas até ser encaminhada para o Serviço de ORL do CHC em 2007, local onde foi diagnosticada e integrada em protocolo de IC.

Foi sujeita a mastectomia total do lado direito, por ter um tumor. Não necessitou de terapia química. Não houve registo de reincidência. É acompanhada pelo Instituto Português de Oncologia de Coimbra, onde tem consultas de rotina.

No que diz respeito à autonomia, a N. vive sozinha e não depende de ninguém para o seu quotidiano. Realiza a maioria das compras em locais que conhece há muitos anos, na sua área de residência e, quando necessário, desloca-se de transportes públicos, igualmente de forma autónoma.

No domínio emocional, actualmente, a N. revela sentir-se muito triste e deprimida, por vezes impaciente para lidar com as pessoas com quem está habituada a conviver e com tendência a evitar situações sociais, pelo facto de se sentir insegura com a barreira comunicacional que é a surdez. Estes sintomas surgiram quando a surdez se tornou profunda e, de forma mais intensa, após a colocação do IC, uma vez que a reabilitação auditiva é um processo lento e que as expectativas pessoais e de terceiros eram que passasse de imediato a ouvir. A N. tem vindo a isolar-se ao longo de todo o processo de reabilitação auditiva e de linguagem, privando-se do contacto social diário, o que prejudica a sua evolução.

Apesar da história de vida da N. ser marcada por episódios emocionalmente marcantes, estes sintomas evidenciaram-se em 2008, após o falecimento de uma patroa, que era muito próxima da N., com quem trabalhou durante toda a sua vida. Este acontecimento levou a N. a ter de mudar de trabalho, pelo facto de já não ser necessária uma governanta nessa casa. Em concomitância com a severidade da surdez, a tristeza foi-se intensificando, assim como a tendência para o isolamento.



se entre o trabalho e a família, tendo como sua confidente uma das irmãs mais novas, com quem ainda mantém uma relação muito próxima. Quando tinha 16 anos apaixonou-se por um rapaz, com quem namorou durante um ano. Após esse período, ele foi para a guerra do Ultramar e N. esperou sempre por ele, até receber a notícia da sua morte. Ficou tão abalada que decidiu relegar o amor para segundo plano e nunca mais quis envolver-se com outro homem, dizendo que passou a dedicar-se a Deus.

É católica praticante e, desde essa altura, tem vindo a integrar os corpos da igreja, auxiliando na preparação das eucaristias.

Começou a sentir-se emocionalmente abalada desde o falecimento da sua patroa. Para além de ter sido uma perda com uma carga emocional forte, por ser a sua “segunda mãe” (*sic.*), assistiu a situações com as partilhas de bens que a chocaram e começou a estar sobre a alçada da filha mais velha da sua patroa, uma das quais com quem não mantinha uma boa relação. As suas funções como governanta foram alteradas e a sua inclusão como membro da família jamais existiu a partir daí. A sua motivação começou a decrescer e a única razão pela qual nunca abandonou a casa, foi por ter prometido à sua primeira patroa que cuidaria da sua filha, que padecia de cancro e já se encontrava acamada, promessa que cumpriu, tendo-se mantido ao seu lado, até ao seu recente falecimento (ano de 2008). Depois deste acontecimento, decidiu procurar um novo trabalho, para exercer as mesmas funções e, actualmente, encontra-se em casa de uma professora. “Não gosto nem desgosto do ambiente, mas preciso do dinheiro e já não vou para nova”, afirma.

Ao longo da vida, sempre manteve uma boa relação com os três irmãos, contudo, “de há dez anos para cá” (*sic.*) o seu irmão “endoideceu” (*sic.*) e tem tido comportamentos que prejudicam a harmonia familiar, como apropriar-se de terrenos e utilizar dinheiro que pertencem a outros irmãos.

Actualmente, revela dificuldade em adormecer, porque fica a lembrar as perdas que teve (a primeira patroa e respectiva filha), memórias que a remetem para o namorado que também faleceu e para o arrependimento de nunca ter namorado mais ninguém, “senão hoje teria uma companhia” (*sic.*). Vive, igualmente, atormentada pelo irmão e pelos conflitos que gera com ela e com as outras irmãs.

Em acréscimo à perda auditiva e às conseqüentes barreiras comunicativas que representa, refere que, com todas estas preocupações, tem pouco interesse em interagir com os vizinhos, quando vai à mercearia e que, quando se integra numa conversa tenta ausentar-se de imediato, por se sentir frustrada pela dificuldade em compreender o que está a ser dito. Atribui aos factores supra descritos sentimentos frequentes de profunda tristeza e afirma que a solidão a faz sentir-se frustrada.

A N. iniciou o acompanhamento espontaneamente, tendo verbalizado o seu extremo agrado em poder partilhar as suas preocupações com um psicólogo. Apresentou-se para a avaliação, como para todas as sessões, antecipadamente à hora estipulada. Revelou-se bastante motivada para realizar a avaliação e conhecer os resultados, para que, segundo a própria, pudesse “perceber o que se passa e livrar-me destas coisas que me chateiam, para dormir descansada”.

### ***Avaliação psicológica.***

A avaliação foi definida com base nos sintomas prevalentes que identificámos na primeira sessão como sendo pertinentes.

Procedeu-se à aplicação de três questionários de auto-resposta, no sentido de aferir os níveis de ansiedade e os sintomas depressivos, bem como de identificar as estratégias

adaptativas mais utilizadas. A aplicação destes questionários foi realizada aquando o início do acompanhamento e repetida no término, para possibilitar a comparação de resultados.

Realizou-se, posteriormente ao término da segunda sessão, a recolha dos resultados que a N. obteve na audiometria vocal, para analisar a sua actual capacidade de percepção da linguagem falada e para comparar estes resultados com os da audiometria vocal que será realizada aquando o final do acompanhamento psicológico.

Os instrumentos de avaliação utilizados foram os seguintes:

- Audiograma com resultados da aplicação das Listas de Monossílabos, Números e Frases para Audiometria Vocal para Adultos<sup>2</sup>.

- Inventário de Depressão de Beck (IDB);

- Lista de Sintomas de Hopkins - SCL 90R (SCL 90R);

- Escala Toulousiana de *Coping* (ETC);

Em análise aos resultados obtidos no início do acompanhamento, pudemos concluir que a N. apresenta valores globais (Total = 30) enquadrados na norma Depressão Moderada no IDB e valores sugestivos de níveis elevados de Ansiedade (2 Desvio Padrão [DP] > Média), Ansiedade Fóbica (2DP > Média), Ideação Paranóide (4DP > Média), Depressão (4DP > Média) e Sensibilidade Interpessoal (5DP > Média), na SCL 90R. Na ETC, a N. obteve resultados médios em todas as estratégias de *coping*, à excepção da de Retraimento, na qual obteve resultados correspondentes 2DP > MÉDIA sugerindo que evita o contacto com os

---

<sup>2</sup> Vide artigo científico constante nas referências bibliográficas - Humberto, J., Januário, J., Alves, M., Ramos, D., Alves, H., Silva, L., et al. (2009). Validação de Listas de Monossílabos, Números e Frases para Audiometria Vocal para Adultos. *Clínica e Investigação em Otorrinolaringologia*, 3(1), pp. 54-59.



outros e que apresenta padrões de interação social alterados. No que diz respeito aos resultados obtidos no término do acompanhamento, no Inventário de Depressão de Beck passou a enquadrar-se na norma Depressão Leve. Estes resultados são corroborados pelos que obteve na SCL, na qual apresenta uma atenuação dos sintomas depressivos e ansiosos, sendo que no factor Ansiedade Fóbica reduziu para 3DP>Média, no factor Depressão se encontra somente a 2DP>Média e no factor Sensibilidade Interpessoal reduziu igualmente para 2DP>Média. No que diz respeito às estratégias de *coping*, verifica-se, igualmente, uma melhoria, sendo de realçar que obteve valores globais enquadrados na média, tendo-se verificado uma alteração positiva, traduzida na redução da sua tendência para recorrer ao Retraimento como estratégia adaptativa.

Na Audiometria Vocal a N. apresenta uma discriminação verbal que melhorou gradualmente ao longo do acompanhamento psicológico, verificando-se um ganho de 10 decibéis (dB) entre os 250 hertz (Hz) e os 500 Hz e de 20dB a partir dos 750 Hz. Tendo em conta todos os factores intervenientes na evolução da N. (idade cronológica, idade aquando a cirurgia IC, características e duração da surdez, rede de apoio, estado emocional, etc.), confirma-se um ganho relevante na sua capacidade auditiva.

Perante os resultados obtidos na avaliação inicial definimos que se iria iniciar acompanhamento psicológico dado os sintomas marcadamente depressivos que a N. evidenciou e pela sua tendência a adoptar estratégias adaptativas maioritariamente de retraimento.

### **Conclusão e plano terapêutico.**

Perante os dados recolhidos durante a observação, na anamnese e os resultados da avaliação psicométrica, adoptando a Classificação das Perturbações Mentais e do Comportamento (CID-10) (OMS, 2003), colocou-se a hipótese de a N. se integrar nos

critérios de diagnóstico para transtorno depressivo recorrente, episódio actual moderado (F33.1), no qual se incluem humor deprimido, perda de interesse e prazer, concentração e atenção reduzidas, auto - estima e auto - confiança reduzidas, ideias de culpa e inutilidade e, sono perturbado e apetite diminuído como sintomas presentes na N..

A abordagem utilizada no apoio psicológico teve como inspiração a terapia centrada no cliente. Ao longo do acompanhamento, que se estendeu por 18 sessões, foram abordadas as problemáticas mais significativas para a N., em função da dinâmica do seu quotidiano e do impacto dos acontecimentos no seu bem-estar psicológico. A abordagem centrou-se na procura pela estabilização emocional, no desenvolvimento da auto-estima e na adopção de estratégias de *coping* mais positivas.

Definiu-se que as sessões deveriam ter uma periodicidade semanal.

### **Síntese das sessões de acompanhamento psicológico.<sup>3</sup>**

Apresenta-se uma síntese e análise das sessões do acompanhamento psicológico da N.

#### ***Sessões nº 1 e 2.***

A N. aceitou a sinalização, tendo manifestado uma “grande alegria e sensação de conforto” (*sic.*), por poder, “finalmente” (*sic.*), ser acompanhada em consulta de psicologia.

Apresentou-se antecipadamente à hora estipulada, esboçando um sorriso terno e verbalizando um agradecimento profundo por esta oportunidade. Manteve sempre este comportamento até ao fim do acompanhamento, sugerindo-nos, perante a análise global do caso, que a N., para além de muito cordial, tende a revelar uma acentuada reverência, associada a uma auto-estima fragilizada. Este tipo de comportamento está, também, associado

---

<sup>3</sup> O registo detalhado das sessões, bem como as avaliações realizadas podem ser consultados no Anexo D

ao seu trabalho, o qual teve uma influência preponderante na estruturação da sua personalidade, uma vez que o iniciou aos 12 anos de idade.

Apesar de tentar sempre manter-se sorridente, em contexto de gabinete, revela uma fragilidade acentuada e, à medida que vai descrevendo as situações que a preocupam, ainda que se revele angustiada, denota uma excelente capacidade de identificação dos focos destabilizadores, descrevendo os acontecimentos com muito pragmatismo e objectividade.

O falecimento da primeira patroa e o acompanhamento da filha com doença terminal até à sua morte, foi um processo muito doloroso para a N., contudo, ainda que se mantenha um tema constante, não parece revelar sintomas de luto patológico, mas sim de um grande sentimento de revolta pelo comportamento das restantes duas filhas da sua patroa, uma das quais, à época do falecimento da irmã, tomou o patronato. A sua falta de reconhecimento pela dedicação da N. à família perturba-a e deprime-a, assolando com frequência o seu pensamento.

Na segunda sessão, perante os sintomas sugestivos de um quadro depressivo, procedeu-se à avaliação psicométrica, através da aplicação de três questionários de auto-resposta: o IDB, a SCL 90 R e a ETC.

Ao longo desta sessão, a N. deu continuidade à exploração dos temas mais contundentes da sua vida, tendo dedicado especial atenção à sua dificuldade em lidar com a perda auditiva, realçando que, apesar de já utilizar o IC, continua a recear conversar em grupo, porque não entende tudo o que é dito e fica com a sensação de que está a ser gozada. Denotámos, após aprofundar esta problemática, que este seria o principal factor a influenciar negativamente os resultados da reabilitação, uma vez que as expectativas que criou em

relação ao desempenho do IC estavam claramente desfasadas da realidade e este aspecto ainda não tinha sido interiorizado.

#### *Sessões nº 3 e 4.*

A N. revelou muito interesse em participar na avaliação e procurou compreender os resultados, tendo-lhe sido esclarecido que apresentava sintomas depressivos, uma vez que mantinha o mesmo quadro clínico pelo menos desde o falecimento da primeira patroa, há cinco anos.

Ao longo destas duas sessões, a N. teve oportunidade de aprofundar a sua história familiar e de caracterizar as relações emocionais e sua deterioração progressiva, principalmente da responsabilidade do seu irmão mais novo, que se vinha a revelar cada vez mais conflituoso e inconstante. Actualmente, esta situação afigurou-se bastante ansiogénica para a N., uma vez que, o irmão da N. ao tê-la incluído num processo judicial como testemunha, a acrescer à ida a tribunal, ao falar em público e confrontar a surdez e as alterações na prosódia, aos conflitos com o irmão e ao facto de saber que todo o processo se tratava de um conluio injusto para a outra parte envolvida, obrigou-a a ter de mentir perante o juiz, o que, para si, foi um enorme pecado, uma vez que a N. é católica praticante e muito devota.

Este foi um tema recorrente ao longo do acompanhamento psicológico da N., uma vez que se desenrolou nesse período e que todas as semanas se manifestava directa ou indirectamente no seu bem-estar.

#### *Sessões nº 5 e 6.*

A N. abordou as emoções associadas à sua insegurança quanto à surdez e prolongou este tema pelas duas sessões.

O seu relato das situações em que se vê confrontada com a dificuldade em interagir eficazmente com os outros é acompanhado de uma grande ansiedade e tensão. Revela o evitamento como a estratégia a que mais recorre. Contudo, realça que sempre gostou muito de conviver com as pessoas que a rodeiam e que até gosta de algumas das pessoas com quem se cruza na sua terra e com quem acaba por não dialogar. Este facto sugere-nos que o factor desestabilizador é a perda auditiva e não o evitamento social *per si*.

De facto, acaba por demonstrar de forma indirecta que sabe as estratégias adequadas a adoptar, ao terminar a sessão fazendo referência ao facto de ter treinado os exercícios prescritos pela Terapeuta da Fala na sessão anterior. A N. reconhece a sua importância, mas uma vez que o IC não produz resultados imediatos e que depende inteiramente da estimulação em gabinete e, principalmente em casa, demorou algum tempo a optar por valorizar esta informação. Desta vez, fez questão de realçar que a colocou, pela primeira vez, em prática.

De seguida e de uma forma muito breve, descreve uma situação em que conseguiu ser autónoma na busca pela solução de um problema (descrição *vide* Anexo 1). Considerámos este relato final como uma internalização das suas competências para lidar com situações potencialmente negativas e eventual indicador de que estaremos a assistir a uma evolução na estruturação do *self*.

### ***Sessões de nº 7 a 10.***

Ao longo destas três sessões, a N. foi abordando os três temas centrais que a preocupam, de forma alternada, revelando uma visão cada vez mais clara de que estes deverão ter um papel secundário na sua vida. Em particular, no que respeita à utilização do IC, a N. tem colocado muitas questões em relação ao seu funcionamento, as quais nunca tinha colocado a ninguém, mesmo antes de iniciar o acompanhamento psicológico.

Considerámos que estas sessões denunciaram a sua natural tendência actualizante a ser aplicada com maior motivação e eficácia e representaram uma modificação nas suas atitudes e em alguns comportamentos, principalmente na dedicação às recomendações da Terapeuta da Fala.

### *Sessões nº 11 e 12.*

Nestas sessões, a N. falou quase exclusivamente da ida a tribunal como testemunha, que será esta semana. Afirma que, por muito que vá contra os seus princípios, está a pensar mesmo em mentir, para não sofrer retaliações por parte do irmão. Revela-se desmotivada para enfrentar os erros do irmão e confrontá-lo com os mesmos, mas considerámos positivo o facto de ter adoptado uma estratégias que minize o impacto negativo do comportamento do irmão no bem-estar da N. As suas escolhas começam a revelar preocupação em preservar o equilíbrio do estado emocional.

A N. tem vindo a diminuir o seu estado de ansiedade. Já consegue adormecer mais cedo e não tem tido sonhos relacionados com as suas antigas patroas. Tem vindo a implementar estratégias para ocupar o tempo livre que tem, como fazer renda, continuar a ir à missa e a investir nas relações interpessoais – passa mais tempo na mercearia a conversar, tenta estar mais atenta e ignorar os comentários depreciativos de algumas pessoas.

### *Sessão nº 13.*

Clara transição dos momentos de ansiedade para a integração da problemática como objecto do passado.

Nesta sessão não evocou o irmão. Centrou-se na sua evolução e na ausência dos momentos de ansiedade: “Fico a pensar porque será que ando mais calma e que tive aquele sonho e penso que deve ser da conversa, de desabafar.” Sente-se mais aliviada, ao ponto de

“conseguir relaxar tanto que até me apetece dormir!”. A única coisa que refere ainda não ter superado foi o “sentimento de inferioridade”: “Ontem fui à loja e não parei para falar. Não consigo conversar com muita gente ao mesmo tempo.”

#### ***Sessão nº 14.***

Nesta sessão a N. revelou uma melhor consciencialização das estratégias para evitar os surtos de ansiedade. Verbaliza já não se sentir ansiosa, mas sabe que, brevemente, será confrontada com uma situação ansiogénica e tem tentado preparar-se para lidar com a mesma. Percebemos que a N. já tenta antecipar as suas reacções a determinadas situações, conhece melhor as suas emoções e está empenhar-se em adoptar comportamentos que beneficiem o seu estado emocional.

Durante esta sessão, tende a transferir muitos sentimentos para a psicóloga. Fala em discurso directo, assumindo a situação que relata.

#### ***Sessão nº15.***

Esta sessão foi marcada pelas festividades da Páscoa. A N. teve de trabalhar, o que a perturbou, porque queria ter estado presente nos eventos religiosos da terra. Continua a revelar dificuldade em lidar com a actual patroa, sendo-lhe complicado sentir o seu trabalho reconhecido.

Foi reforçada a importância de recorrer às estratégias adaptativas. A atenção da N. à resposta da psicóloga é muito reduzida. A qualidade da leitura labial é suficientemente boa para que não tenha tanta dificuldade em perceber o que lhe é dito, ainda assim é evidente que está mais habituada a debitar informação em vez de a partilhar, dada a evidente dificuldade em manter um diálogo em contextos mais agitados.

### ***Sessão nº 16.***

Considerámos que a N., apesar de ter verbalizado todos os sentimentos negativos com que se deparou no julgamento, se apresentou aliviada e mais serena. O episódio do julgamento foi uma interferência evidente na evolução da N., uma vez que esta já apresentava uma maior solidez do *self* e boas competências na adopção de estratégias de *coping* adequadas.

O facto de, no final da sessão, a N. ter referido que se sentia “mais leve”, poderá ter confirmado a nossa análise.

### ***Sessão nº 17.***

O tema central da sessão foi o irmão e o seu carácter. A N. tem noção da sua capacidade para superar obstáculos e acredita ser possível superar este, apesar de considerar muito difícil. A adequação das expectativas à realidade está a evoluir positivamente. A focalização neste tema, naturalmente, relaciona-se com o a sua influência neste período, na esfera emocional da N. Contudo, as verbalizações já têm contornos diferentes, um conteúdo mais proactivo, direccionado para a resolução do problema e não circunscrito à sua descrição.

As sessões são sempre muito emotivas e a N. tende a transferir conteúdos para a psicóloga. A sensação de alívio surge a seguir, no final, de forma muito evidente e é verbalizada pela N.

Trabalhámos no sentido de interiorizar que o irmão deve ter um papel passivo na sua vida. A importância de recorrer a distractores no momento em que se vê mergulhada em pensamentos negativos também foi abordada, tendo-se concluído que as idas à igreja e a casa da sua irmã já têm resultados mais positivos no seu equilíbrio emocional.



### ***Sessão nº 18.***

A N. apresentou-se com um discurso muito seguro, estruturado, sem ambivalências e a denotar uma consciencialização do lugar dos problemas e da forma de resolvê-los.

Acordámos com a N. que me procurasse quando viesse à próxima sessão de Terapia da Fala, para conversarmos um pouco e fazermos o ponto da situação, para decidir terminar o acompanhamento ou dar-lhe continuidade. Replicámos a avaliação psicométrica realizada no início do acompanhamento, nomeadamente através da aplicação do SCL, do IDB e da ETC, no sentido de confirmar se a evolução que verificámos ao longo do acompanhamento psicológico teve impacto positivo na sua reabilitação auditiva e de linguagem.

No dia 17 de Julho de 2009, a N. procurou-me, conversámos um pouco sobre os acontecimentos recentes e a N. considerou que não seria necessário manter as sessões.

Procedemos à análise do seu desempenho na Audiometria Vocal e constatámos que a melhoria foi bastante significativa. Os resultados que obtive nos questionários foi igualmente positiva, denotando que houve uma evolução global muito satisfatória, que nos permite considerar que actualmente os sintomas depressivos e de ansiedade estão atenuados e a sua autonomia e o seu auto-conceito se verificam mais consolidados.

Procurámos recolher informação junto da terapeuta da fala, que nos confirmou que o empenho da N. era crescente e que os seus resultados estavam a melhorar paulatinamente.

### **Discussão/Análise clínica.**

Em análise ao discurso da N., na primeira sessão, destacaram-se três temáticas que, mais tarde, se revelaram uma constante, são estas a surdez, a relação com a família para quem trabalhou a maior parte da sua vida e os conflitos causados pelo seu irmão. Esta tríade

constituiu o seu foco de destabilização emocional, uma vez que, quando abordava qualquer um dos temas, se apresentava visivelmente perturbada, com a respiração acelerada, e, por vezes, sudação e rubor facial. Referia, igualmente, com muita frequência, que ficava aliviada após relatar algo relacionado com estes temas. Este aspecto reforçou a importância que a cliente atribuiu ao acompanhamento desde o início, no sentido em que o simples relato dos acontecimentos perturbadores contribuía para que se sentisse melhor. O acompanhamento, tendo sido desenvolvido com base na abordagem centrada no cliente, privilegiou, desde o início, a atitude fenomenológica e a compreensão empática, elementos fundamentais, segundo Carl Rogers (1974), para que o terapeuta se aproxime da experiência que o cliente vivencia e que tente compreender o seu quadro interno de referência. Sentimos que a N. identificou esta abordagem como positiva para o seu acompanhamento.

Durante praticamente todas as sessões, a N. verbalizou a permanência dos referidos temas no seu pensamento e a sua grande dificuldade em adormecer, por não conseguir evitá-los. Dormia, em média, quatro a cinco horas por noite. Raramente descansava durante o dia, por trabalhar e participar diariamente em actividades da igreja. Referia não conseguir recuperar o interesse que anteriormente tinha em actividades de lazer, como fazer crochet, por se distrair sempre a pensar em “mortes e problemas” (*sic.*). No que diz respeito às verbalizações relacionadas com a família para quem trabalhou, estas foram referentes maioritariamente ao falecimento da primeira patroa, de quem diz sentir muita falta e ao falecimento de uma das filhas da patroa, que, por ter sido em contexto de doença e mais recente, lhe provocava maior sofrimento. Os sintomas depressivos, identificados com base nos seus relatos e com recurso à aplicação dos questionários referidos no capítulo da avaliação psicológica, foram-se instalando cedo e tornando-se mais evidentes com o envelhecimento da N.. Estes sintomas tendem a estar relacionados com as alterações que o

idoso enfrenta nesta fase da sua vida e têm um forte impacto na sua qualidade de vida, estando, frequentemente, associados à progressiva diminuição de competências funcionais (tomando como exemplo o desempenho laboral), aos problemas de saúde, à perda da autonomia, ao isolamento, ao enfraquecimento da sua rede de suporte social e à instabilidade financeira, factores determinantes no risco de vir a sofrer de depressão (Martinez-Martin et al., 2012; Li et al., 2014). A presença da perda auditiva da N. surge como mais um elemento que potencia o risco de sintomas depressivos, dado que o impacto dos défices sensoriais afecta a autonomia e a funcionalidade do idoso (Adams & Moon, 2009). Desta forma, enquadrámos a sintomatologia num quadro depressivo cujos principais factores precipitantes foram a surdez, como doença crónica e os factores psicossociais e familiares. A perda ou o afastamento de pessoas significativas, como a morte das duas patroas, pode considerar-se como o elemento psicossocial mais marcante no percurso de vida da N., sendo que, segundo Keen (2011), a tristeza surge como consequência de o idoso se sentir privado de manter o envolvimento relacional com pessoas significativas, conduzindo a um sentimento de desesperança. A surdez, associada à debilidade do estado de saúde, à perda de autonomia e à consequente degradação das relações interpessoais, surge como uma dimensão de extrema relevância, ainda que transitória, uma vez que foi a reabilitação auditiva o elemento chave a ser considerado neste acompanhamento psicológico, tornando-se difícil identificar se a estabilização emocional a que assistimos e a recuperação do desempenho auditivo e de linguagem se constituíram como causa e consequência, ou se, por outro lado, foram co-dependentes.

Ao longo do acompanhamento, a N. foi paulatinamente, reformulando o seu discurso, sendo este sempre toldado de uma grande perspicácia e gradualmente marcado pela sua capacidade de auto-análise. Revelou progressivamente uma maior autonomia na análise das

suas reacções e reformulação do seu discurso, o que vai ao encontro do princípio postulado por Rogers (1951/2004) que realça a importância da empatia e da aceitação incondicional por parte do psicólogo para a autonomização do cliente, sendo esta última patente na crescente noção de que o cliente pode tomar decisões autonomamente e de que tem controlo sobre o impacto dos acontecimentos na sua esfera emocional, potenciando a sua tendência actualizante. No que diz respeito ao desempenho auditivo, a N., no fim do acompanhamento, apresentou resultados mais positivos, tanto na qualidade da sua audição, como no desenvolvimento da sua linguagem. Estes resultados foram obtidos através da aplicação de Listas de Monossilabos, Números e Frases e respectiva avaliação através de audiometria vocal e podem ser consultados no ANEXO D.

Considerámos que a evolução foi evidente ao longo do acompanhamento psicológico e que a N. revelou uma crescente capacidade para melhorar as suas estratégias de *coping* e uma tendência para assumir um *locus* de controlo interno.

Perante a evolução a que assistimos, ao comparar os resultados da Audiometria Vocal realizada no início do acompanhamento, com os resultados no término do acompanhamento, concluímos que este percurso teve repercussões positivas no domínio emocional da N. e que contribuiu para que potenciase a utilização do IC e o desenvolvimento das suas competências de comunicação e interacção social.

#### *Reflexão pessoal.*

Sentimos que este acompanhamento teve um impacto muito positivo no nosso desempenho, pois a evolução da N. foi corroborando o que conhecemos em teoria como sendo a abordagem centrada na pessoa e a sua importância para que o cliente supere as suas problemáticas. Apesar de termos sentido alguma dificuldade em comunicar eficazmente, pelo

facto de muitas vezes a N. não reconhecer que não nos estava a ouvir, adaptámo-nos a esta particularidade e tentámos evitar que tal acontecesse, reformulando o que não tinha sido ouvido, de forma a poder repetir a informação sem a melindrar. Sentimos por parte da N. uma grande satisfação em estar a ser acompanhada, aspecto que foi verbalizado pela mesma em diversas ocasiões. O acompanhamento da N. contribuiu para fortalecer a nossa auto-estima e auto - confiança como terapeutas, assim como foi importante para aprofundar o estudo da intervenção psicológica no âmbito da surdez em pessoas idosas.

### **3.2. Apresentação do Caso M.**

#### **Identificação biográfica.**

A M. nasceu em Junho de 1952, tem 56 anos de idade, é casada e tem três filhos. As suas habilitações literárias são ao nível do 4º ano e sempre trabalhou em casa como doméstica. O diagnóstico de ORL é surdez neurossensorial profunda bilateral com implante coclear.

A M. tem estatura média, sofre de obesidade, apresenta uma marcha lenta e uma postura alterada, tendendo a curvar os ombros para a frente e a inclinar o corpo para o seu lado esquerdo. Possui lesões crónicas nos joelhos, que lhe provocam dores e as quais podem estar, para além do excesso de peso, na origem da postura e marcha alteradas. Por vezes utiliza uma bengala, “nos dias piorzitos” (*sic.*). Usa cabelo muito curto, tem olhos castanhos e uma expressão facial quase sempre triste. No que diz respeito às competências comunicacionais, apresenta considerável fluência verbal (tendo em conta a perda auditiva), a voz é anasalada, podendo esta característica decorrer das suas alergias respiratórias. Apesar de manter constantemente um humor deprimido, revela-se agradável quando aborda o outro, iniciando espontaneamente o diálogo. A sua amabilidade ficou patente na sua tentativa de

oferecer à psicóloga um bolo típico da sua terra natal, o qual fez questão de dizer que fora feito pela melhor pasteleira. A M. não é autónoma nas deslocações, necessitando sempre de um familiar que a acompanhe. Na maioria das vezes fazia-se acompanhar de um dos irmãos.

### **Motivo do pedido.**

O encaminhamento para a psicóloga foi realizada pela terapeuta da fala que acompanhava a M. no seu processo de reabilitação auditiva e de linguagem, pela sua parca evolução e pela verbalização de sentimentos negativos, denunciadores de fragilidade emocional e de auto – estima baixa. Foi solicitado acompanhamento psicológico no sentido de estabilizar o seu humor para promover a sua adesão à reabilitação e, conseqüentemente, obter melhores resultados na utilização do IC.

### **História clínica.**

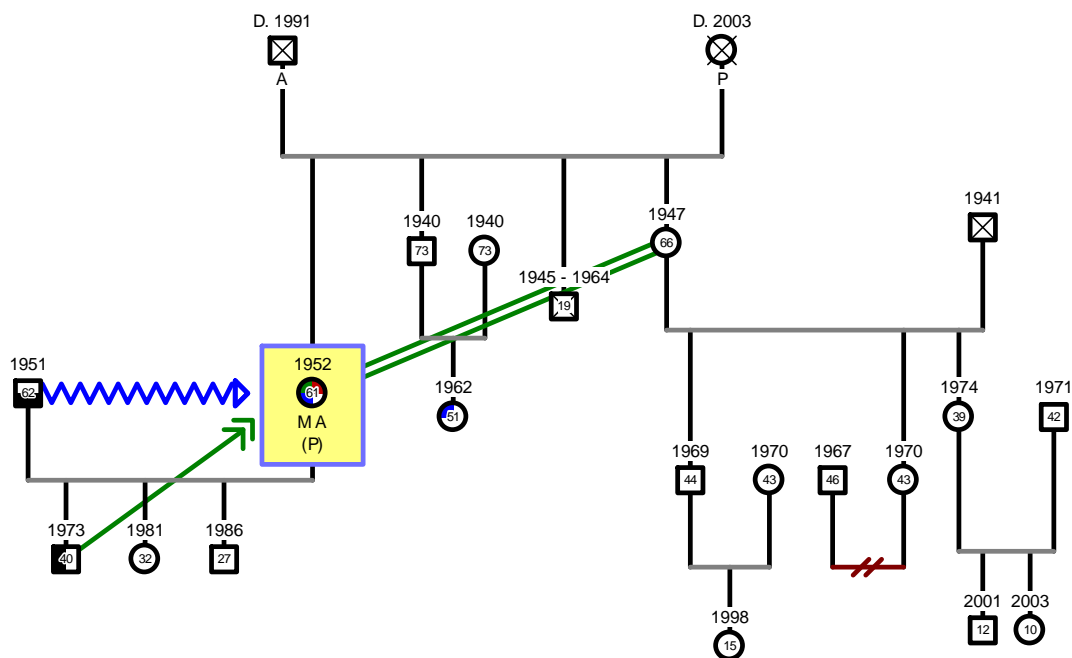
#### ***História da queixa actual.***

A M. apresenta diagnóstico de surdez neurossensorial profunda bilateral, com utilização de IC no ouvido direito. Foi perdendo a audição gradualmente, tendo começado a identificar os sintomas depois dos 25 anos. Usou próteses auditivas externas e quando estas deixaram de ser suficientes foi encaminhada para protocolo de IC e foi submetida a cirurgia de colocação do implante no ouvido direito em Janeiro de 2004. Adaptou-se positivamente, comparando o IC à utilização de uma prótese, no que diz respeito ao conforto. A evolução na reabilitação auditiva tem sido flutuante, ao longo dos anos. É acompanhada em Psiquiatria no hospital e está medicada com fluoxetina e benzodiazepina.

No que respeita ao seu estado emocional, a M. verbaliza sentir-se deprimida há muitos anos e que mais recentemente, desde que o filho mais novo se ausentou do país para trabalhar, tem vindo a perder o interesse por tudo. Refere que tem mantido uma atitude mais passiva,

mesmo “quando o meu marido me chateia, já faço que não ouço e espero que passe. Não tenho força para discutir” (*sic.*). A passividade abrange todas as dimensões da sua vida, estando claramente a repercutir-se na reabilitação auditiva e de linguagem.

**Figura 3 – Genograma da M.**



### *Anamnese Pessoal e Familiar.*

Na Figura 3 é possível consultar o genograma da M., para conhecer a sua estrutura familiar, bem como as relações entre os elementos que a constituem.

A M. provém de uma família de classe média. Os seus pais tiveram duas filhas e dois filhos, um destes já falecido desde 1964. A M. é a filha mais nova e, segundo afirma, a mais protegida “por ser a menina” (*sic.*). O pai era comerciante e a mãe era doméstica. A vida não era faustosa, mas afirma “nunca faltou pão na mesa”. Casou aos 20 anos de idade. Refere que estava muito apaixonada, que ele era perfeito, só um pouco ciumento, por vezes. Contudo, no primeiro mês após estar casada começaram as situações de agressividade. Inicialmente “ele

era muito bruto a falar comigo e ficava chateado quando eu saía de casa sem ele, mas passava logo porque pedia desculpa e era muito atencioso”. Antes de completarem um ano de casamento começaram as agressões físicas e o consumo excessivo de álcool por parte do marido da M.. Nesta altura já tinha engravidado do primeiro filho. As agressões mantiveram-se ao longo dos anos, o casal teve mais dois filhos e nunca se separou porque a M. acreditou sempre que a culpa era do álcool e que o marido haveria um dia de mudar. Este sempre foi um pai austero, ausente das responsabilidades parentais e muito crítico em relação aos laços da M. com os dois rapazes, principalmente com o mais velho, por ter Esquizofrenia. “Começou a chamar-lhe ‘o protegido’, desde que soubemos da doença”. (*sic.*).

A sua vida tem sido marcada pelos problemas de saúde que tem, os quais incluem, para além da surdez e da sintomatologia depressiva, patologia respiratória, patologia cardiovascular, alterações na mobilidade por lesão permanente de uma anca e problemas gástricos. Não conseguimos reunir informação suficiente em relação ao historial clínico geral da M., somente no que respeita ao acompanhamento em psiquiatria. É autónoma no quotidiano, desde que não tenha de se deslocar a longas distâncias. Quando tal acontece necessita de ser acompanhada (normalmente por familiares), devido às limitações na sua mobilidade. Sempre foi doméstica, contudo, desde os 39 anos de idade passou a necessitar de apoio na limpeza da casa e, por vezes, nas compras. Dedicou a vida a cuidar dos filhos, do lar e do marido. É católica praticante e sempre que tem possibilidade vai à missa. A pessoa com quem gosta mais de falar é o filho mais novo. Este quando completou 18 anos iniciou carreira militar e há dois anos começou a participar em missões internacionais, ausentando-se por longos períodos. A M. refere as saudades que este filho lhe deixa, mas realça (várias vezes ao longo do acompanhamento) que se não fosse o dinheiro enviado por ele “não sei como fazia a nossa vida” (*sic.*). O filho mais velho mora em casa dos pais por sofrer de Esquizofrenia,



como já foi referido. A filha mais nova mora com o namorado e está incompatibilizada com o pai, estando com a M. só quando esta se encontra sozinha. Mantêm uma boa relação, apesar de se encontrarem com pouca frequência. A família depende financeiramente do filho mais novo da M. e do vencimento do marido, quando este trabalha, “porque é preguiçoso e não tem trabalho fixo, só faz biscates” (*sic.*), assim como do vencimento do filho mais velho, quando este trabalha também. Verifica-se uma evidente inconstância na disponibilidade financeira para cada mês, o que, a par de todos os outros factores, interfere com a estabilidade emocional da M. e com a sua qualidade de vida. Actualmente a M. encontra-se em processo de atribuição de pensão por invalidez, o qual ainda não está concluído.

#### **Avaliação psicológica.**

A avaliação foi definida com base nos sintomas prevalentes que identificámos na primeira sessão como sendo pertinentes. Tomámos em consideração, igualmente, a informação transmitida pela M. em relação a avaliações psicológicas previamente realizadas no hospital psiquiátrico onde é acompanhada em consultas anuais. No entanto, esta informação foi exclusivamente qualitativa e não foi possível confirmá-la com os profissionais que a avaliaram.

Procedeu-se à aplicação de três questionários de auto-resposta, no sentido de aferir os níveis de ansiedade e os sintomas depressivos, bem como de identificar as estratégias adaptativas mais utilizadas. A aplicação destes questionários foi replicada aquando o término do acompanhamento psicológico, no sentido de aferir uma eventual alteração dos sintomas.

Realizou-se, posteriormente ao término da segunda sessão, a recolha dos resultados que a M. obteve na audiometria vocal, para analisar a sua actual capacidade de percepção da linguagem falada. Pretendia replicar-se esta avaliação aquando o final do acompanhamento

psicológico, para comparar os resultados com os da audiometria vocal inicial, no entanto, não foi possível fazê-lo por ausência da M..

Os instrumentos de avaliação seleccionados foram:

- Audiograma com resultados da aplicação das Listas de Monossílabos, Números e Frases para Audiometria Vocal para Adultos<sup>4</sup>.

- Inventário de Depressão de Beck;

- Lista de Sintomas de Hopkins – SCL 90R;

- Escala Toulousiana de *Coping*;

Em análise aos resultados obtidos na sequência da aplicação dos instrumentos de avaliação no início do acompanhamento, pudemos concluir que os valores globais que a M. apresenta no IDB (Total = 35) se enquadram na norma Depressão Moderada e que na SCL 90R esta apresenta igualmente valores sugestivos de humor deprimido, dado que os níveis se encontram globalmente elevados [todos eles se encontram pelo menos 1DP > média], sendo que obteve resultados mais elevados nas dimensões Depressão (4DP > média), indicando que reúne um conjunto de sintomas que confirmam um estado depressivo acentuado; Sensibilidade Interpessoal (3DP > média), denunciando sentimentos de inferioridade, auto-depreciação e tendência à formulação de expectativas negativas relativas às relações que estabelece; e Ansiedade (3DP > média), reveladora da presença de sintomas psicossomáticos decorrentes de estados de ansiedade.

---

<sup>4</sup> Vide artigo científico constante nas referências bibliográficas - Humberto, J., Januário, J., Alves, M., Ramos, D., Alves, H., Silva, L., et al. (2009). Validação de Listas de Monossílabos, Números e Frases para Audiometria Vocal para Adultos. *Clínica e Investigação em Otorrinolaringologia*, 3(1), pp. 54-59.

Na ETC, a M. obteve resultados médios em todas as estratégias de *coping*, à exceção da de Retraimento, na qual obteve resultados correspondentes a  $2DP >$  média, sugerindo que evita o contacto com os outros, que tende a refugiar-se e a negligenciar o problema e que está dependente de fármacos no dia-a-dia (antipsicóticos). Encontramo-nos perante um retraimento social, comportamental, mental e de adictividade. Os resultados respeitantes ao audiograma realizado com a aplicação das Listas de Monossílabos, Números e Frases para Audiometria Vocal para Adultos são satisfatórios, sendo que em campo livre tem um ganho tonal médio de 36,25 dB Sound Pressure Level (SPL).

No que diz respeito aos resultados obtidos no término do acompanhamento, no IDB verifica-se uma acentuação dos sintomas depressivos, sendo que a M. passa a enquadrar-se na norma Depressão Profunda. Na ETC continua a apresentar como estratégia negativa a que recorre com frequência o Retraimento, mantendo o mesmo desvio padrão ( $2DP >$  média). No SCL, a M. revelou sintomas mais acentuados do que na primeira avaliação na dimensão Depressão, encontrando-se 5DP acima da média. Mantêm-se os mesmos valores em relação às dimensões Sensibilidade Interpessoal e Ansiedade e regista-se um aumento de um desvio padrão para 3 de sintomas relativos à dimensão Ansiedade Fóbica. Realça-se que os restantes valores se situam todos pelo menos  $1DP >$  média, como anteriormente.

Com base nos resultados obtidos na avaliação inicial identificámos a necessidade de iniciar o acompanhamento psicológico da M., pelos sintomas marcadamente depressivos evidenciados e pela tendência a adoptar maioritariamente estratégias de *coping* de retraimento, com prejuízo do seu bem-estar em todas as dimensões (pessoal, familiar e social).

### **Conclusão e plano terapêutico.**

A M. transmitiu-nos que a Psiquiatra que a acompanha confirmou o diagnóstico de depressão e medicou-a em conformidade, não sabendo, contudo, precisar-nos há quantos anos é acompanhada e toma a medicação. Com base nesta informação, na análise dos dados recolhidos na anamnese, na observação clínica e nos resultados da avaliação psicométrica que realizámos, tomando como referência à CID-10 (OMS, 2003), considerámos ser possível confirmar a presença de uma perturbação do humor, sendo que a M. se poderia integrar nos critérios de diagnóstico para transtorno depressivo recorrente, episódio actual grave sem sintomas psicóticos (F33.2), uma vez que se observam episódios repetidos de depressão, com características de depressão persistente, particularmente identificada na população idosa. Em particular realçam-se sintomas como angústia, perda de auto – estima, sentimento de culpa e de inutilidade presentes em mais do que dois episódios com duração média de seis meses.

Perante a análise realizada à sua história de vida e ao conteúdo do seu discurso, foi possível confirmar que os temas mais prementes são a relação com o marido, os seus problemas de saúde, sendo que não atribui particular relevância à surdez e os problemas financeiros. Considera-se que estes factores podem estar na origem do seu estado emocional frágil. A M. revela uma dificuldade acentuada em adoptar estratégias adaptativas que sejam positivas, tendendo a perder facilmente o controlo sobre as situações nocivas para o seu bem-estar emocional. Apresenta, igualmente, dificuldade em ocupar o seu tempo com actividades que lhe dão prazer, sendo já um desafio para si definir o que gosta de fazer nos tempos livres.

Na planificação do acompanhamento psicológico, ficou definido que as sessões teriam uma periodicidade semanal e que ocorreriam preferencialmente no dia em que a M. tinha sessões de TF ou audiologia, dadas as suas carências financeiras.

A abordagem utilizada no apoio psicológico teve como inspiração a terapia centrada no cliente. O acompanhamento prolongou-se por 20 sessões, durante as quais foram desenvolvidas as temáticas mais relevantes para a M., proporcionando-lhe sempre momentos de reflexão. Procurámos promover a sua estabilização emocional, uma vez que vinha frequentemente fragilizada para as sessões, desenvolver a sua capacidade para se compreender e agir em seu benefício – tendência actualizante, conduzi-la à adopção de estratégias de *coping* mais positivas, em alternativa ao retraimento e melhorar a sua auto-estima.

### **Síntese das sessões de acompanhamento psicológico.<sup>5</sup>**

#### ***Sessão nº 1.***

A M. apresenta-se com uma postura curvada e uma expressão facial fechada, denunciando fragilidade e tristeza. A sua principal preocupação nesta primeira sessão foi esclarecer como se vai proceder ao agendamento das sessões subsequentes. Foi possível denotar que este tema lhe provoca ansiedade acentuada, uma vez que quando lhe foi explicado que as marcações dependem principalmente do seu interesse e disponibilidade a M. se revelou de imediato menos tensa, começando a falar sobre o processo de integração em protocolo de IC. Na anamnese foi transmitido pela M. que esta é acompanhada em consulta de psiquiatria, apesar de realizar somente intervenção com fármacos, tendo-lhe sido diagnosticada Depressão. Considerou-se que a M. apresentava desestabilização emocional e sintomas de tristeza acentuados, associados a períodos de ansiedade relevantes, tendo sido definido que na sessão seguinte se procederia à aplicação de questionários de auto-resposta para aferir a tipologia, frequência e intensidade dos sintomas depressivos e a sua capacidade para adoptar

---

<sup>5</sup> O registo detalhado das sessões, bem como as avaliações realizadas podem ser consultados no Anexo E

estratégias adaptativas positivas. A M. concordou com este plano e revelou-se interessada, referindo que gostava de ter tido este tipo de intervenção na consulta de psiquiatria.

### *Sessão nº2.*

Durante esta sessão a M. manteve-se cooperante, ainda que continuasse a denotar uma fragilidade muito acentuada. Após a resposta aos questionários, opta por descrever-nos a sua dinâmica familiar e aprofunda a relação que mantém com o marido, comovendo-se várias vezes. Verbaliza a vontade que tem em deixar de tomar a medicação prescrita pela psiquiatra, porque “gasto muito dinheiro com ela” (*sic.*). Faz referência ao facto de ainda amar o marido, apesar do que ele faz e diz que este também lhe diz que a ama. A M. ainda tem dificuldade em atribuir os comportamentos negativos do marido ao seu temperamento ou ao álcool, tendendo a justificar que este fica mais agressivo quando bebe. Denota acentuada fragilidade emocional e tendência a percepcionar a realidade de forma deturpada, manifestando algum conformismo.

### *Sessões nº 3 e nº 4.*

Nestas primeiras sessões, a M. foi revelando muito empenho em “arrumar as ideias no sítio certo”, conforme disse. Os resultados das respostas aos questionários foram-lhe transmitidos na terceira sessão e a sua reacção foi positiva, transmitindo que é exactamente assim que se sente e que “é como se tivesse visto uma fotografia minha muito muito triste” (*sic.*), agradecendo a contribuição deste acompanhamento para que percepcionasse o seu estado emocional de forma realista. Perante esta reacção constatou-se que a M. necessita de se sentir compreendida e que até agora se tem sentido muito sozinha. Na realidade, os seus relatos têm vindo a confirmar que a sua rede social além de parca é distante, pelo facto da própria M. não permitir que as pessoas se aproximem, por vergonha.

O processo de auto-consciencialização das repercussões negativas da dinâmica relacional com o seu marido associada à sua inércia iniciou-se nestas sessões e a M. terminou a terceira sessão com um sorriso e transmitindo a sensação de que iria mais leve para casa.

#### ***Sessão nº 5.***

Durante esta sessão a M. falou quase exclusivamente no seu filho mais velho, pelo facto deste ter tido uma crise por não ter tomado a medicação. Este episódio ocorreu na semana anterior e perturbou muito a M., principalmente porque culminou em agressão, envolvendo o filho e o marido. Esta revelou-se intensamente deprimida, ansiosa e com dificuldade em organizar o discurso, tendendo para relatar a história temporalmente desorganizada e com muitos apartes. A fim de estabilizar emocionalmente a M., nesta sessão privilegiou-se a temática principal e a intervenção visou a reorganização da história e, por fim, a abordagem de estratégias que a M. considerou poderem ser úteis e eficazes para adoptar numa próxima vez. Foi possível antecipar que este poderá ser um acompanhamento longo, dadas as características da família da M. e a constante desestruturação das relações.

#### ***Sessões nº 6 e nº 7.***

A M. regressou à sexta sessão visivelmente mais serena. Ao longo destas duas sessões foram abordadas por si as temáticas mais prementes e começou a assistir-se a uma continuidade do percurso iniciado nas sessões dois e três. A M. retomou o alento e o ambiente familiar também se manteve mais calmo ao longo deste mês, não sendo claro se foi causa ou consequência da sua predisposição para desenvolver o seu *locus* de controlo interno. Efectivamente assistiu-se a uma regulação emocional quase autónoma e à substituição do medo anteriormente vivido pela tendência a reflectir antes de agir. A sua postura corporal também se alterou, revelando uma menor tendência para se curvar. Constatou-se, igualmente,

que os cuidados com a componente externa do IC foram mais constantes e que a colaboração nas sessões de TF também melhorou.

### ***Sessões nº 8 e nº 9.***

Ao longo da oitava sessão a M. foi relatando situações do seu quotidiano em que tem tentado alterar a sua reacção, principalmente com o intuito de assumir o controlo, como refere. Foi gradualmente enfrentando o receio de poder ser agredida verbalmente pelo marido, ainda que tenha havido situações em que teve de tentar manter-se inabalável, “apesar de estar cheia de nervos” (*sic.*). Refere que se sente muito melhor quando consegue dominar as discussões e que até teve alguns momentos mais calmos em casa. Contudo, ressalva que depois das situações se sente muito culpada e deprimida porque parece estar a perder o marido. Na nona sessão, o seu discurso tola-se de aspectos mais negativos, pelo facto do marido ter começado a pressioná-la a abandonar o acompanhamento por considerar que a M. está a “mudar a personalidade. Diz que parece que já não gosto dele” (*sic.*). Sugeriu-se que o marido da M. a acompanhasse na próxima sessão para conhecer o espaço, a psicóloga e colocar questões, no entanto a M. antecipou que este declinaria. Considerou-se que a fragilidade emocional da M. ainda é muito acentuada e que a rapidez com que se tem vindo a adaptar a sua atitude e os seus comportamentos está a ter efeitos negativos. Este processo terá de privilegiar primeiro a sua estabilização emocional e só depois o equilíbrio das relações familiares.

### ***Sessão nº 10.***

Tem vindo a ser gradualmente menos frequente assistir a partilhas positivas por parte da M., não só pela fragilidade crescente, mas também porque a dinâmica familiar se tem deteriorado. A frequência dos problemas com o marido aumentou recentemente. O facto deste



frequentemente ofender também o filho mais velho tem perturbado ainda mais a M. Neste momento verificou-se um retrocesso nos conteúdos do seu discurso, sendo que este se circunscreve aos problemas que existem e à sua incapacidade para lidar com os mesmos. Nesta sessão a M. chorou bastante. Saiu mais cedo porque o marido foi busca-la e ligou a indicar-lhe que fosse ter com ele de imediato. Não foi possível diminuir o estado de ansiedade da M., visto que saiu sobre pressão. Durante a sessão tentámos trabalhar a gestão de emoções e as competências de análise de situações preocupantes, com vista à adopção de estratégias que sejam alternativas a este estado de ansiedade abrupto.

#### ***Sessões nº 10 e nº 11.***

Ambas as sessões são pautadas por elevada desregulação emocional e ansiedade, devido ao regresso do marido ao consumo de álcool. Na décima sessão a M. apresentou-se mais passiva, descrevendo os acontecimentos com dificuldade por estar quase ininterruptamente a chorar. Na sessão seguinte assumiu uma posição mais activa, relatando situações que ocorreram durante a semana nas quais teve capacidade para confrontar o marido e assumir o controlo da situação. É de realçar que a M. nesta sessão estava mais enérgica, menos apática, com maior capacidade de análise dos acontecimentos, de auto-análise e de atribuição mais realista do *locus* de casualidade. O regresso do seu filho para breve pode ser um factor importante para a sua auto-estima e que contribuiu positivamente para esta alteração de atitude.

#### ***Sessões nº 12, nº 13 e nº 14.***

Mais uma vez ao longo destas sessões é possível identificar uma labilidade emocional acentuada. Os sintomas depressivos mantêm-se, apesar de atenuados pelo facto de estar a conseguir adoptar estratégias de *coping* mais eficazes, como participar mais em

actividades sociais e tentar reagir aos comportamentos nocivos que o marido lhe dirige. Nesta fase a M. tem passado menos tempo em casa, tendo começado a colaborar com uma senhora da sua localidade na confecção de doçaria regional. Apesar de não poder participar todos os dias pelos problemas de saúde que tem, sempre que lhe é possível vai e afirma sentir-se muito bem porque “parece que a cabeça fica vazia e rimo-nos muito enquanto estamos as duas juntas” (*sic.*). Considerou-se bastante positiva esta nova actividade, apesar de se poder antever alguma crispação por parte do marido. A M. está a desenvolver competências para desenvolver o *self* e adoptar estratégias que a beneficiem a si e à sua relação conjugal.

#### ***Sessão nº 15.***

Nesta sessão a M. dedicou mais tempo a falar sobre o processo de atribuição da pensão por invalidez. Refere que lhe estão a solicitar muitos documentos e que o marido a tem pressionado para acelerar a resolução do pedido. Denota alguma ansiedade relativamente a este tema. Faz referência ao facto de ter havido uma diminuição das situações problemáticas conjugais, apesar de continuar a haver “uns berros aqui e uns ali” (*sic.*). Considerou-se que se apresenta mais coerente nas tomadas de decisão e mais estável, ainda que os sintomas depressivos e de ansiedade se mantenham muito presentes.

#### ***Sessão nº 16.***

A atribuição da pensão continuou a dominar a temática da sessão da M., apresentando-se com um semblante já mais triste, cabisbaixa e frágil. A sua postura corporal alterou-se novamente para uma posição mais curvada. A ansiedade tem aumentado pela necessidade de cumprir as obrigações financeiras que começam a ficar em atraso. O seu estado de desânimo é evidente. Mais uma vez se constata que, do ponto de vista clínico, o acompanhamento psicológico contribui positivamente para a adequação de constructos à

realidade e, principalmente, para a adopção de novas estratégias de *coping*, contudo, estes processos verificam-se no contexto da sessão, sendo que aparentemente a M. ainda não os generalizou eficazmente para o seu quotidiano. A sua dinâmica familiar é evidentemente desestruturante, colocando-a perante um esforço hercúleo de conseguir utilizar os recursos que desenvolve nas sessões para as relações familiares. Nesta sessão houve espaço para o aconselhamento e orientação no sentido de que a M. paulatinamente substitua a lamentação pela implementação de soluções que produzam efeito positivo, algumas destas já anteriormente desenvolvidas ao longo do acompanhamento.

#### ***Sessões nº 17.***

A M. transparece alívio ao iniciar a sessão, aparentando estar a necessitar de ventilar emoções. Pela primeira vez faz referência ao seu desempenho nas sessões de TF, revelando que está consciente de que tem tido mais empenho, apesar de não cumprir as actividades prescritas para casa pela terapeuta. O tema central da sessão é novamente o dinheiro. Considerou-se que a sessão teve um efeito positivo, pois quando terminou a M. já se apresentava mais descontraída.

#### ***Sessão nº 18.***

Nesta sessão a M. manteve-se relativamente serena, conversando de forma pausada, sem transparecer ansiedade extrema. No entanto, abordou principalmente questões relacionadas com a saúde do filho mais velho e acerca das dificuldades financeiras vividas, referindo a ansiedade que tem sentido. Verificou-se que a M. atribui a este espaço um significado mais demarcado, uma vez que, apesar de continuar a denotar fragilidade emocional, no espaço da sessão a M. tem sido mais racional, orientada e termina as sessões com um sorriso. Replicou-se a aplicação dos questionários nesta sessão a pedido da M., uma

vez que lhe tinha sido transmitido inicialmente que assim seria. O facto de esta ter feito este pedido foi valorizado, no sentido em que denotou que a M. se sente mais estável.

***Sessão nº 19.***

Contrariamente ao percurso que trilhava mais recentemente, a M. nesta sessão apresentou-se extremamente ansiosa. O seu filho mais velho piorou e o marido inviabilizou a ida às urgências, episódio que provocou uma severa discussão entre os três e que deixou a M. bastante desestruturada. Após relatar a situação e reorganizá-la passou-se à identificação dos momentos mais dolorosos e procurou desenvolver-se estratégias de actuação para que numa próxima vez o conflito não tenha um crescendo tão abrupto. Concluiu-se que esta situação interferiu negativamente com o caminho já trilhado pela M. No término da sessão a M. mantinha-se visivelmente perturbada.

***Sessão nº 20.***

A M. não compareceu. Houve tentativa de reagendar a sessão, contudo não foi dada continuidade ao acompanhamento a pedido da M.. Com base na sua reacção e no conhecimento que se possui acerca da dinâmica familiar depreendeu-se que poderia ter havido pressão por parte do marido para cessar o acompanhamento.

Não foi possível obter os resultados da replicação do audiograma programado devido à sua não comparência às sessões, associada ao facto de ter havido interregno nas sessões de TF por ser período de férias.

No que respeita aos resultados dos questionários aplicados, concluiu-se, tal como é referido no diagnóstico, que a sua evolução foi muito parca, provavelmente decorrente da inconstância vivida na sua dinâmica familiar.

### **Discussão/Análise clínica.**

A M. revelou-se motivada para dar início ao acompanhamento, tendo desenvolvido expectativas positivas quanto à sua preponderância na recuperação auditiva e na estabilização do seu humor. A sua motivação foi paulatinamente diminuindo, em concomitância com a complexificação da sua dinâmica familiar e dos problemas que desta advieram. É importante realçar que a M. cuidava do seu filho com esquizofrenia, praticamente em exclusivo, uma vez que o marido evitava essa responsabilidade. Cuidar de alguém com uma perturbação mental pode afectar a dinâmica familiar, social e financeira, consome muito do tempo dos cuidadores, assim como da sua energia e pode ter impacto na sua saúde física e psíquica, sendo frequentemente responsável por sentimentos de tristeza, perda, ansiedade, frustração e por dificuldades de adaptação às problemáticas subjacentes à doença (Shah, Wadoo & Latoo, 2010).

O stress subjacente à tarefa de cuidar, que é esperado que surja pontualmente, neste contexto tem um impacto elevado, devido à complexidade das tarefas, à imprevisibilidade das situações potencialmente stressoras e à responsabilidade acrescida. Todos estes factores, ao se prolongarem no tempo e ao se tornarem mais intensos, afectam a qualidade de vida do cuidador, que apresenta frequentemente uma satisfação reduzida com a vida (Shah, Wadoo & Latoo, 2010).

Consequentemente, a sua dedicação em aprofundar o auto-conhecimento e em perceber as situações problemáticas e a sua resolução com base no seu locus de controlo interno foi substancialmente afectada, apesar de continuar a verbalizar interesse nas sessões de acompanhamento psicológico.

Desde o início que compreendeu a relação do bem-estar emocional com os resultados da reabilitação. Contudo, dada a medicação que tomava e a intensificação das situações desestruturantes, a sua atenção canalizou-se essencialmente para o foro familiar, abdicando do interesse no seu auto - desenvolvimento.

Ao longo do acompanhamento, a M. revelou empenho em adoptar estratégias positivas para lidar com a dinâmica familiar, contudo, manteve-se refém do stress a que estava sujeita e, ainda que tivesse desenvolvido algumas estratégias cognitivas, raramente as colocou em prática. Nas sessões em que revelou maior motivação, o seu discurso foi mais positivo e dirigido para a obtenção de alguma serenidade, contudo, o acompanhamento terminou abruptamente, por falta de comparência da M., situação que depreendemos ter sido causada por iniciativa do marido.

O percurso que mediou o início e o término do acompanhamento psicológico da M. foi caracterizado por intensas inconstâncias na sua disponibilidade emocional para as sessões. A M. teve um período inicial durante o qual se pôde verificar que estava empenhada e que considerava ser possível alterar alguns dos seus sintomas de tristeza e angústia. Identificámos como principal elemento desestabilizador a relação com o marido. A violência à qual estava sujeita por parte do marido era muito frequente e houve uma fase do acompanhamento em que o seu impacto se tornou mais evidente. Os maus tratos psicológicos que sofreu ao longo de toda a sua vida enquanto casada e, particularmente, nesta fase, como a rejeição, a desvalorização, a indisponibilidade para o afecto, a ameaça ou o isolamento social foram preponderantes nos sentimentos de tristeza, angústia, desvalorização e baixa auto – estima vivenciados pela M., com a particularidade de existir uma co – dependência na coabitação de pelo menos três elementos desta família – a M., o marido e o filho com esquizofrenia – o que levou a M. a aceitar as situações de abuso para poder manter o seu lar e as condições para

cuidar do seu filho (Garbarino, 1996). Em acréscimo, a M. esteve, também, sujeita a violência relacionada com dinheiro e bens, uma vez que o seu marido raramente trabalhava e subsistia os seus vícios diários com recurso ao dinheiro que o filho mais novo enviava ou à pensão recebida pelo filho mais velho. Este dinheiro era gerido pela M. e houve situações em que, para além de ter sido coagida a dá-lo, foi conduzida a adquirir bens com esse dinheiro para usufruto do marido, apesar de viverem dificuldades económicas. A persistência destes comportamentos por parte do agressor, conduz a vítima a considerá-los um hábito e, como tal, a consenti-los, devido à baixa auto – estima e ao constante receio de sofrer represálias. A continuidade e repetição da violência provocam à vítima problemas físicos, sendo que no caso da M. a vulnerabilidade era acentuada devido a todas as patologias de que sofria, problemas emocionais e ao nível das relações sociais, desencadeando problemas cognitivos e de memória, sentimentos negativos recorrentes, ansiedade, culpabilização, fobias, isolamento social, tristeza e depressão (Deprince, Priebe & Newton, 2010).

Em associação com a violência a que era sujeita, há que considerar que o marido da M. tinha historial de consumo de álcool e que a própria partilhou ao longo das sessões que o consumo se tinha intensificado recentemente. A concomitância do consumo de substâncias com a violência conjugal tem efeitos devastadores, tendendo a que a violência seja mais frequente e mais intensa e conduzindo a vítima a níveis de frustração acentuados, por ser confrontada com sentimentos ambíguos e tender a atribuir os comportamentos violentos ao consumo, desculpabilizando-os e sendo mais benevolente (Humphreys, Regan, River & Thiara, 2005).

A relação com o marido foi-se deteriorando gradualmente, factor que acompanhou temporalmente as sessões, seguindo um rumo diametralmente oposto ao que seria desejado para complementar a terapia, que seria a adopção de estratégias por parte da M. para que a

qualidade da relação conjugal se alterasse de forma positiva. A M. foi induzida por parte do marido a suspender o acompanhamento psicológico, contudo, partilhou connosco que mantinha a “vontade de continuar e que era muito bom poder desabafar para ficar mais leve” (*sic.*), ventilar naquele espaço que eram as suas sessões. A comparência às últimas sessões deixou de ser previsível e o seu humor passou a estar mais deprimido. Replicámos a avaliação e concluímos que apresentava um humor mais deprimido do que no início. De realçar que a M. manteve a medicação que tomava. Em relação à replicação do audiograma, não foi possível realizá-la pelo facto da M. ter suspenso o acompanhamento.

No que diz respeito ao seu desempenho auditivo com o IC, a M., no início do acompanhamento apresentou resultados positivos na qualidade da sua audição. Em relação à reabilitação da linguagem, a intervenção em TF foi centrada na articulação, uma vez que a M. possuía uma boa fluência verbal. De realçar que o acompanhamento psicológico foi realizado por se verificar falta de empenho e estagnação. Apesar dos resultados audiológicos serem considerados bons, a reabilitação em TF não estava a ser satisfatória. Pretendia comparar-se os resultados iniciais e finais do audiograma, concomitantes com o início e fim do acompanhamento, contudo não foi possível obter os resultados finais, por incomparência da M., sendo que não nos foi possível compreender se houve impacto do acompanhamento psicológico na reabilitação auditiva e de linguagem.

#### *Reflexão pessoal.*

O acompanhamento da M. foi muito relevante para nós enquanto profissionais, mas também nos marcou a nível pessoal. A vontade que a M. inicialmente revelou em conseguir ultrapassar as dificuldades e em redefinir o seu papel na relação com o marido, principalmente, levou-nos a acreditar que o percurso seria positivo e que o acompanhamento contribuiria para melhorar o seu estado emocional e para potenciar a reabilitação de



linguagem. No entanto, o contexto familiar da M. e o complexo historial que carrega, quer em relação à história familiar, quer no que respeita à sua saúde sobrepuseram-se ao o acompanhamento. Sentimo-nos impotentes e até um pouco culpados pelo facto das agressões do marido da M. se terem intensificado, por sabermos que este não concordava com o acompanhamento. Sentimos, também, que nas últimas sessões a M. estava muito mais deprimida e passiva e ficamos com receio do que poderia acontecer à M., qual seria o preço da retaliação do marido. Outro aspecto que nos perturbou bastante foi o facto de termos estado perante um caso de violência conjugal e não termos formalizado uma denúncia. Não o fizemos por ignorância e talvez por receio.

O caso da M. contribuiu para que aprofundássemos o conhecimento em relação à intervenção com as problemáticas comunicacionais associadas a quadros depressivos e, também, para que explorássemos a temática da violência conjugal, ainda que já numa fase próxima das últimas sessões. Considerámos este caso muito rico pela sua complexidade, apesar de não termos alcançado as nossas expectativas para o seu desfecho.

## CONCLUSÃO

O presente relatório teve como objectivo explicar o trabalho realizado na UIC do serviço de ORL dos CHUC, ao longo do estágio, tendo sido apresentada a descrição das actividades desenvolvidas e a análise da avaliação e do acompanhamento psicológico de dois casos clínicos.

A intervenção foi desenvolvida com base na Psicologia da Linguagem e Logopedia, cujo conhecimento científico que se lhe associa se assumiu como essencial no contexto hospitalar, no âmbito da psicologia da saúde, por permitir a integração da problemática da surdez com a dimensão emocional. Desta forma, as actividades desenvolvidas no contexto do estágio, tomando como exemplo os acompanhamentos psicológicos, ocorreram considerando todas as dimensões do indivíduo, pressupondo, por parte do psicólogo, um conhecimento técnico acerca da surdez e do IC, das suas implicações no domínio da comunicação, da linguagem, do relacionamento interpessoal, do auto – conceito, da auto-estima e de todos os aspectos emocionais vivenciados pelo indivíduo, decorrentes ou não da surdez e do IC.

Todo o trabalho realizado ao longo deste estágio foi evoluindo e tornando de maior complexidade e riqueza a nossa intervenção, tendo ficado bem claro que a presença do Psicólogo no contexto da consulta médica de ORL e, em particular, na unidade de IC., é da maior importância e que constitui uma necessidade que é bastante reforçada pelos profissionais do serviço, assim como pela literatura internacional, que considera o psicólogo como um elemento essencial numa equipa de IC (Rodriguez & Irujo, 2002).

A comunidade internacional de especialistas na área da surdez e da saúde mental, com base em investigações científicas e na prática clínica, postula que os candidatos a IC devem sempre ser avaliados no âmbito da psicologia, no sentido de aferir o seu nível cognitivo -

intimamente relacionado com o prognóstico do desempenho com o IC -, o seu estado emocional, a sua capacidade para adoptar estratégias adaptativas positivas e as suas expectativas em relação à (re)habilitação. É importante realçar que o psicólogo deve ser um recurso disponível em permanência na unidade de IC, para poder intervir em situações de crise, como quando o indivíduo recebe o diagnóstico de surdez, ou quando os objectivos da (re)habilitação não estão a ser alcançados. Considera-se que deverá, igualmente, estar disponível para reunir os cuidadores e/ou familiares da pessoa com IC para realizar dinâmicas de grupo que contemplem questões relacionadas com a utilização do IC e com as estratégias a adoptar no contexto informal, que sejam promotoras da comunicação e da integração da pessoa com IC na comunidade de normo – ouvintes (Pollard, 1996; Rodriguez & Irujo, 2002).

Constatámos que tão ou mais importante que o acompanhamento dos implantados é o apoio aos seus familiares e que, no caso dos pais, as reuniões de grupo contribuíram de forma muito positiva para diminuir os níveis de ansiedade que apresentavam e adequar as suas expectativas à realidade. Foram, igualmente, um espaço de partilha, que lhes permitiu, num contexto físico mais sereno do que a sala de espera ou os corredores, partilharem as suas preocupações e criarem uma rede de apoio que, entre alguns, se mantém até à actualidade. Concluímos, também, que estes momentos permitiram que os pais focalizassem a atenção na informação que lhes era transmitida por cada profissional, referente às sessões e ao desempenho da criança, ao invés de repetirem incessantemente as mesmas questões e reterem muito pouco do que lhes era transmitido.

Segundo Moeller, Carr, Seaver, Stredler – Brown e Holzinger (2013), a intervenção centrada na família é uma directriz essencial para promover o desenvolvimento das boas práticas de comunicação no contexto familiar e, em simultâneo, proporciona um maior envolvimento da família em todo o processo de (re)habilitação da criança com IC.

Por outro lado, no que diz respeito à avaliação e acompanhamento das crianças, foi importante perceber o pragmatismo do que está descrito na literatura, no que diz respeito à relação entre o desempenho cognitivo e o sucesso da (re)habilitação. Neste âmbito, também constatámos que a estrutura familiar e o apoio da rede social são elementos preponderantes na evolução global da criança (Rodríguez & Irujo, 2002).

No que concerne a avaliação e acompanhamento de adultos, ficámos surpreendidos com a adesão e com a desmistificação do papel do Psicólogo, sendo que as solicitações ao nosso apoio excederam as nossas expectativas, aspecto que considerámos muito positivo. Este aspecto reforçou a ideia de que o acompanhamento psicológico, ao ser caracterizado pela relação com o outro - uma relação patente na compreensão empática, no respeito, na atenção e no cuidado para com o outro - proporciona a maturidade emocional dos indivíduos, promove a sua capacidade para conceptualizar e julgar a realidade, para procurar recursos para fazer face à sintomatologia problemática e para reforçar a adopção de comportamentos positivos e saudáveis (Leal, 2005).

Os casos clínicos que optámos por apresentar são uma antítese um do outro e, como tal, considerados por nós de grande relevância para que fossem aprofundadamente explanados.

Por um lado, foi compensador assistir à evolução da N. e à sua crescente capacidade para se auto-regular e redefinir as situações desestabilizadoras como algo com que já sabia lidar. O paladino deste caso clínico foi ter havido, de facto, uma melhoria no desempenho auditivo e de linguagem, podendo sugerir-nos que este sucesso na reabilitação se relacionou com o acompanhamento psicológico (Rodríguez & Irujo, 2002). De facto, a tendência actualizante verificou-se, corroborando a importância da relação de ajuda para a

reestruturação do self e para a consequente adoção de estratégias adaptativas positivas (Rogers, 1951/2004; Tap, Costa & Alves, 2005).

Por outro lado, fomos confrontadas com a dificuldade quase intransponível da M. revelar algum investimento na reabilitação e de assistirmos a resultados positivos. A sua situação reveste-se de aspectos cuja adaptação pode não ser tão facilitada como a da N., contudo, a M. necessitava que o acompanhamento fosse prolongado por mais tempo, até que fosse possível sentir-se motivada para o processo construtivo de mudança.

Em ambos os acompanhamentos aplicámos a abordagem da terapia centrada no cliente, que privilegia a experiência do momento presente, a partir da qual o indivíduo dá início a uma aprendizagem da aceitação de si e aumenta a confiança no seu próprio desenvolvimento, encontrando as respostas e o caminho para a mudança e para a reestruturação do *self* (Rogers, 1951/2004). O processo terapêutico surge como uma relação de ajuda psicológica, sendo esta através do diálogo, uma forma de tratamento, incluindo-se num quadro relacional específico (Hipólito, 1994, citado por Nunes, 1999).

A evolução dos casos foi paradoxal, sendo que um deles apresentou uma evolução muito positiva, ao passo que outro não teve sucesso, pela presença de diversas problemáticas associadas à surdez e ao IC, como doença psiquiátrica de um dos elementos familiares e violência conjugal. A violência conjugal tem repercussão em diversas dimensões da vida da vítima, sendo frequente provocar sentimentos como depressão, auto – desvalorização, ansiedade, entre outros (Deprince et al., 2011). No caso da M. estes sintomas foram observados e, apesar da inicial adesão ao acompanhamento, o estado emocional da M. degradou-se até que esta acabou por deixar de comparecer às sessões.

Globalmente, consideramos que o impacto do nosso trabalho foi muito positivo, tanto na população alvo, como no serviço de ORL, tendo sido solicitado que lhe dessemos continuidade.

Particularmente para a estagiária, foi uma experiência muito enriquecedora e motivadora. Existem ainda áreas de intervenção da Psicologia que estão pouco desenvolvidas em Portugal e que se associam a campos da Medicina igualmente pioneiros no nosso país. O reconhecimento do trabalho realizado por parte dos profissionais do serviço e dos indivíduos acompanhados foi, igualmente, muito importante para o enriquecimento gradual da intervenção ao longo do estágio. Consideramos, com base nos resultados do trabalho realizado no contexto do presente estágio, na literatura internacional e na valorização que os profissionais do serviço atribuíram à nossa intervenção, que o trabalho de apoio psicológico à população de indivíduos com surdez, com IC e com outras problemáticas relacionadas com a comunicação e a linguagem deve ter continuidade, por se revelar determinante no seu processo de (re)habilitação e por ter impacto positivo nos seus familiares e cuidadores, contribuindo, de uma forma global, para a melhoria da qualidade de vida de todos os intervenientes no processo e para o enriquecimento do trabalho da equipa médica e técnica do serviço de ORL.

A escassez de informação e de investigação em psicologia em Portugal dedicada à surdez e ao IC, faz emergir a necessidade absoluta de iniciar o estudo dos factores psicológicos implicados na (re)habilitação auditiva e de linguagem, no sentido de compreender se existem preditores cognitivos e/ou emocionais do desempenho do indivíduo, assim como, de identificar os recursos necessários para potenciar a utilização do IC, à semelhança do que tem vindo a ser investigação noutros países (Hintermair, 2006/2007; Yamada & Bevilacqua, 2005).

Gostaríamos de ter tido a oportunidade de aprofundar mais casos, apesar de tal não ter acontecido por falta de tempo. Teria sido importante, também, podermos contactar com equipas de países como a Inglaterra, nomeadamente com a equipa do NHS Nottingham University Hospital, no qual foi implementado um dos programas de IC pioneiros na europa, o Nottingham Auditory Implant Programme. Trata-se de uma equipa com vasta experiência, composta por profissionais de todas as áreas, como médicos especialistas em ORL, audiologistas, terapeutas da fala, psicólogos e assistentes sociais, que presta serviço particularmente na área da psicologia, o qual poderia ser uma mais-valia conhecer e replicar em Portugal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, K., & Moon, H. (2009). Subthreshold depression: Characteristics and risk factors among vulnerable elders. *Aging and Mental Health, 13*(5), pp. 682-692.
- Almeida, L. (1992). Inteligência e Aprendizagem: dos seus relacionamentos à sua promoção. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 8*(3), pp. 277-292.
- APA (2002). *DSM-IV-TR - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Augras, M. (2000). *O ser da compreensão: fenomenologia da situação de psicodiagnóstico*. Petrópolis: Vozes.
- Axline, V. (1972). *Ludoterapia: a dinâmica interior da criança*. Belo Horizonte: Interlivros.
- Beadle, E., Shores, A., & Wood, E. (2000). Parental perceptions of the impact upon the family of cochlear implantation in children. *The Anals of Otolary, Rhinology & Laryngology Supplement, 185*, pp. 111-114.
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). *BDI-II: Beck Depression Inventory - II Manual*. New York: The Psychological Corporation.
- Bellman, Lingam, & Aukett. (1996). *Schedule of Growing Skills - II (SGS - II)*.
- Calderon, R., & Greenberg, M. (1999). Stress and coping in hearing mothers of children with hearing loss: Factors affecting mother and child adjustment. *American Annals of the Deaf, 244*, pp. 7-18.



- Campos, R., & Gonçalves, B. (2004). Alguns dados sobre a prevalência de sintomatologia depressiva na população universitária portuguesa. *Actas da X Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, pp. 50-53.
- Castro, A., Lassaletta, L., Bastarrica, M., Alfonso, C., Prim, M., Sarriá, M., & Gavilan, J. (2005). Calidad de vida en pacientes con implante coclear. *Acta Otorrinolaringologica Espanuola*, 55, pp. 192-197.
- Chisolm, T., Abrams, H., & McArdle, R. (2004). Short - and long - term outcomes of adult audiological rehabilitation. *Ear and Hearing*, 25, pp. 464-477.
- Cochlear (2005). *Listen, Learn and Talk – Another Cochlear Inovation*. Lane Cove West: Cochlear Limited.
- Collins, J. (1997). Prevalence of selected chronic conditions: United States 1990-1992. *Vital and Health Statistics*, 10 (194). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Conner, K., Lee, B., Mayers, V., Robinson, D., Reynolds III, C., Albert, S., et al. (2010). Attitudes and beliefs about mental health among African American older adults suffering from depression. *Journal of Ageing Studies*, 24(4), pp. 266-277.
- Corman, L. (2003). *O Teste do Desenho da Família*. Brasil: Casa do Psicólogo.
- Crews, J., & Campbell, V. (2004). Vision impairment and hearing loss among community-dwelling older Americans: Implication for health and functioning. *American Journal of Public Health*, 94, pp. 823-829.
- Cunha, J. (1993). *Psicodiagnóstico - R*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Deeg, D., & Huisman, M. (2010). Cohort Differences in 3-year Adaptation to Health Problems Among Dutch Middle-Aged. *European Journal of Ageing* , 7(3), pp. 157-163.
- Deprince, A., Priebe, S., & Newton, A. (2011). Learning about violence against women in research methods: a comparison to traditional pedagogy. *Psychological trauma: Theory, Research Practice and Policy*, 3(3), pp. 215-222.
- Derogatis, L., & Cleary, P. (1977). Confirmation of the Dimensional Structure of the SCL-90: A study in Construct Validation. *Journal of Clinical Psychology* , 33, pp. 981-989.
- Derogatis, L., & Lazarus, L. (1994). SCL-90-R, Brief Symptom Inventory and matching clinical rating scales. *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcome Assessment*. UK: Erlbaum, Marnish.
- Figueiredo, A., Fernandes, S., Martins, C. & Ramalho, V. (2007). Supervisão: estilos, satisfação e sintomas depressivos em estagiários de psicologia. *Psico-USF*, 12 (2), pp. 239-248.
- Gagné, J., Southall, K., & Jennings, M. (2011). Stigma and self-stigma associated with acquired hearing loss in adults. *Hearing Review*, 18(8), pp.16–22.
- Garbarino, J. (1996). The spiritual challenge of violent trauma. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, pp. 162-163.
- Goodenough, F., & Harris, D. (1991). *El Test de Goodeough: Revisión, ampliación y actualización*. Editorial Paidós.

- Graaf, R., & Bijl, V. (2002). Determinants of Mental Distress in Adults With a Severe Auditory Impairment: Differences Between Prelingual and Postlingual Deafness. *Psychosomatic Medicine* , 64, pp. 61-70.
- Herbst, K., & Humphrey, C. (1980). Hearing Impairment and Mental State in the Elderly Living at Home. *Br Med Journal* , 281 (6245), pp. 903-905.
- Hintermair. (2007). Prevalence of Socioemotional Problems in Deaf or Hard of Hearing Children in Germany. *American Annals of the Deaf* , 152, pp. 320-330.
- Hintermair, M. (2006). Parental Resources, Parental Stress and Socioemotional Development of Deaf and Hard of Hearing Children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education* , 11(4), pp. 493-512.
- Hintermair, M. (2007). Prevalence of Socioemotional Problems in Deaf or Hard of Hearing Children in Germany. *American Annals of the Deaf* , 152, pp. 320-330.
- Holzinger, A., Matschinger, H., Schomerus, G., Carta, M., & Angermeyerm. (2011). The loss of sadness: the public's view. *Acta Psychiatrica Scandinavia* , 123, pp. 307-313.
- Humberto, J., Januário, J., Alves, M., Ramos, D., Alves, H., Silva, L., et al. (2009). Validação de Listas de Monossílabos, Números e Frases para Audiometria Vocal para Adultos. *Clínica e Investigação em Otorrinolaringologia* , 3(1), pp. 54-59.
- Humphreys, C., Regan, L., River, D., Thiara, R. (2005). Domestic violence and substance abuse: tackling complexity. *British Journal of Social Work*, 35(8), pp. 1303-1320.
- Keen, E. (2011). Depression as Sadness - Anxiety as Fear. *The Humanistic Psychologist* , 39, pp. 66-70.

Knutson, J., Johnson, C., & Sullivan, P. (2004). Disciplinary choices of mothers of deaf children and mothers. *Child Abuse and Neglect*, 28, pp. 925-937.

Kramer, S., Allessie, G., Dondorp, A., Zekveld, A., & Kapteyn, T. (2005). A home education program for older adults with hearing impairment and their significant others: A randomized trial evaluating short - and long - term effects. *International Journal of Audiology*, 44, pp. 255–264.

Kübler-Ross, E. (1997). *The wheel of life: a memoir of living and dying*. New York: Touchstone.

Kvam, M., & Loeb, M. (2007). Mental Health in Deaf Adults: Symptoms of Anxiety and Depression Among Hearing and Deaf Individuals. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 12(1), pp. 1-7.

Leal, I. (2005). *Iniciação às Psicoterapias*. Lisboa: Fim de Século.

Li, C., Lin, C., Lin, W., Liu, C., Chang, C., Meng, N., Lee, Y., Li, T., & Lin, C. (2014). Successful aging defined by health-related quality of life and its determinants in community-dwelling elders. *BioMed Center Public Health*, 14(1), pp.1013.

Luey, H., Glass, S., & Elliot, H. (1995). Hard of hearing or deaf: Issues of ears, language, culture, and identity. *Social Work*, 40, pp. 177-182.

Luiz, D., Barnard, A., Knoesen, N., Kotras, N., Horrocks, S., McAlinden, P., Challis, D., & O'Connell, R. (2006). *Griffiths - Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths (Extensão Revista) - Manual de Administração*. Lisboa: CEGOC-TEA.

- Luiz, D., Fragher, B., Barnard, A., Knoesen, N., Kotras, N., Burns, L., & Challis, D. (2006). *Griffiths - Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths (Extensão Revista) - Manual Técnico*. Lisboa: CEGOC-TEA.
- Martinez-Martin, P., Prieto-Flores, M., Forjaz, M., Fernandez-Mayoralas, G., Rojo-Perez, F., Rojo, J., & Ayala, A. (2012). Components and determinants of quality of life in community-dwelling older adults. *European Journal of Aging, 9(3)*, pp.255.
- Meadow-Orlans, K. &.-L. (1995). Support services for families of children. *Topics in Early Childhood Special , 15(3)*, pp. 314-334.
- Meeks, T., Lanouette, N., Vahia, I., Dawes, S., Jeste, D. & Lebowitz, B. (2009). Psychiatric Assessment and Diagnosis in Older Adults. *Focus, 7 (3)*, pp. 3-16.
- Moeller, M., Carr, G., Seaver, L., Stredler-Brown, A., & Holzinger, D. (2013). Best Practices in Family-Centered Early Intervention for Children Who Are Deaf or Hard of Hearing: An International Consensus Statement. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education 18 (4)*, 429-445.
- NIMH. (2003). *National Institute of Mental Health*.
- Nunes, O. (1999). Uma abordagem sobre a relação de ajuda. *A Pessoa Como Centro – Revista de Estudos Rogerianos, 3*, pp. 59-64.
- Organização Mundial de Saúde (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10)*. Porto Alegre: Artmed.
- Palmer, B., Jeste, D., Sheikh, J. (1997). Anxiety disorders in the elderly: DSM – IV and other barriers to diagnosis and treatment. *Journal of Affective Disorders, 46(3)*, pp. 183-190.

- Pressman, L., Pipp-Siegel, S., Yoshinaga-Itano, C., & Deas, A. (1999). Maternal Sensitivity Predicts Language Gain in Preschool Children Who Are Deaf or Hard of Hearing. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education* , 4:4, pp. 294-304.
- Rodin, J., & Timko, C. (1991). Sense of control, aging, and health. *Aging, Health and Behavior* , pp. 174-206.
- Rogers, C. (2004). *A Terapia Centrada no Cliente*. Lisboa: Edial (trabalho original publicado em 1951).
- Saunders, G., & Echt, K. (2011). Dual sensory impairment in an aging population. *The ASHA Leader*, 16(3), pp. 5-7.
- Shah, A., Wadoo, O. & Latoo, J. (2010). Psychological distress in carers of people with mental disorders. *British Journal of Medical Practitioners*, 3(3), pp. 327.
- Sprinzel, G., & Riechelmann, H. (2010). Current Trends in Treating Hearing Loss in Elderly People: A Review of the Technology and Treatment Options – A Mini-Review. *Gerontology* , 56, pp. 351-358.
- Tambs, K. (2004). Moderate Effects of Hearing Loss on Mental Health and Subjective Well-being: Results From the Nord-Trøndelag Hearing Loss Study. *Psychosomatic Medicine* , 66, pp. 776-782.
- Tap, P., Costa, E., & Alves, M. (2005). Escala Toulousiana de Coping (ETC): Estudo de Adaptação à População Portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças* , 6(1), pp. 47-56.
- Turner, O., Windfuhr, K., & Kapur, N. (2007). Suicide in deaf population: a literature review. *Annals of General Psychiatry* , 6(26).

- Vermeire, K., Brokx, J., Wuyts, F., Cochet, E., Hofkens, A., & Van de Heyning P. (2005). Quality-of-life benefit from cochlear implantation in the elderly. *Otology & Neurotology*, 26(2), pp. 188-95.
- Vernon, M. &. (1990). *The psychology of deafness: Understanding deaf and hard of hearing people*. New York: Longman.
- Weschler, D. (2008). *WAIS-III - Escala de Inteligência de Weschler para Adultos (3ª Edição)*. Lisboa: CEGOC-TEA.
- Wolinsky, F., Wyrwich, K., Babu, A., Kroenke, K., & Tierney, W. (2003). Age, aging, and the sense of control among older adults: a longitudinal reconsideration. *Journal of Gerontology Society Science* , 58, pp. 212-220.
- Woodcock, K., & Pole, J. (2007). Health Profile of Deaf Canadians. *Canada Family Physician* , 53, pp. 2140-2147.
- Yamada, M., & Bevilacqua, M. (2005). O papel do psicólogo no programa de implante coclear do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. *Estudos de Psicologia (Campinas)* , pp. 255-262.