



Universidades Lusíada

Maia, Aura Maria Miranda

Bem-estar subjetivo em adolescentes com deficiência visual

<http://hdl.handle.net/11067/2075>

Metadados

Data de Publicação

2012

Resumo

A deficiência visual coloca desafios adicionais ao nível da adaptação dos indivíduos, com potencial de afectar o bem-estar subjectivo dos indivíduos portadores desta condição. Este estudo examinou o Bem-estar subjectivo (satisfação com a vida, qualidade de vida relacionada com a saúde mental, tonalidade emocional e satisfação com o suporte social) em crianças e jovens com deficiência visual. Participaram neste estudo 388 crianças e adolescentes. O grupo com deficiência visual foi constituído por...

Abstract: Visual impairment poses additional challenges to the adaptation of individuals with the potential to affect the subjective well-being of individuals with this condition. This study examined the Subjective well-being (life satisfaction, quality of life related to mental health, emotional tone and satisfaction with social support) in children and youth with visual impairment. 388 children and adolescents participated in this study. The visually impaired group consisted of 33 adolescents...

Palavras Chave

Educação Especial, Necessidade Educativas Especiais, Deficiência visual, Vida cognitiva, Teste Psicológico, Escala breve de satisfação com a vida (EBVS), Escala de Tonalidade Emocional (ETE), Classificação Internacional de Funcionalidade, Escala Breve de Satisfação com o Suporte Social (EBSSS)

Tipo

masterThesis

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULP-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T07:19:38Z com informação proveniente do Repositório

Bem-Estar Subjectivo em Adolescentes com Deficiência Visual

Aura Maria Miranda Maia

Porto, 2012

Agradecimentos

Agradeço ao meu Orientador Prof. Paulo Moreira pelo apoio na realização deste trabalho.

Aos meus filhos e marido pelo amor sem limite.

Índice

| | |
|---|----|
| Agradecimentos | 2 |
| Índice..... | 3 |
| Índice de Tabelas | 6 |
| Lista de Abreviaturas | 7 |
| Resumo..... | 9 |
| Abstract | 10 |
| 1. Introdução | 11 |
| 1.1. O adolescente com Deficiência Visual | 13 |
| 1.1.1. A Deficiência Visual..... | 13 |
| 1.1.1.1. Evolução do conceito de Deficiência Visual | 13 |
| 1.1.1.2. Definição de Deficiência Visual | 15 |
| 1.1.1.3. Tipos de Deficiência Visual..... | 18 |
| 1.1.1.4. Características do Indivíduo com Deficiência Visual | 18 |
| 1.1.1.4.1. Características Percetivo-Motoras | 21 |
| 1.1.1.4.2. Características Psicossociais..... | 22 |
| 1.1.1.4.3. Características Cognitivas | 23 |
| 1.1.1.4.4. Características Emocionais | 26 |
| 1.1.1.5. Deficiência Visual e Necessidades Educativas Especiais..... | 27 |
| 1.1.1.5.1. Conceito de Necessidades Educativas Especiais (NEE)..... | 27 |
| 1.1.1.5.2. Inclusão e Deficiência Visual..... | 28 |
| 1.1.1.5.3. Necessidades Educativas Especiais do Deficiente Visual | 31 |
| 1.1.1.5.4. O Professor de Educação Especial do Aluno com Deficiência Visual | 32 |
| 1.1.1.5.5. Materiais especializados, equipamentos e novas tecnologias | 33 |
| 1.1.1.5.6. Transição para a Vida Adulta dos Adolescentes com Deficiência Visual | 34 |
| 1.2 O Bem-Estar Subjetivo (BES) | 38 |

| | |
|---|----|
| 1.2.1 Definição..... | 38 |
| 1.2.2 Delimitação do conceito de Bem-Estar Subjetivo | 40 |
| 1.2.3. Bem-Estar Subjetivo e Bem-Estar Psicológico | 40 |
| 1.2.4 Bem-Estar Subjetivo e Qualidade de Vida..... | 41 |
| 1.2.5. Bem-Estar Subjetivo e Bem-Estar Ontológico..... | 44 |
| 1.2.6. Evolução do conceito de Bem-Estar Subjetivo | 44 |
| 1.2.7. Componentes do Bem-Estar Subjetivo | 49 |
| 1.2.7.1 Satisfação com a Vida..... | 50 |
| 1.2.7.2. Tonalidade Emocional – Aspetos Positivos e Negativos | 54 |
| 1.2.7.3 Suporte Social..... | 57 |
| 1.2.7.4. Saúde Mental..... | 61 |
| 1.2.7.4.1.A Dimensão Positiva da Saúde Mental | 61 |
| 1.2.7.4.2. Saúde Mental e Bem-Estar Subjectivo | 64 |
| 1.2.7.4.3. Saúde Física e Mental na Adolescência..... | 65 |
| 1.2.7.4.4. Promoção da Saúde | 66 |
| 1.2.7.4.5. A Escola e a Promoção da Saúde | 67 |
| 1.2.7.4.6. Competências Sócio-Emocionais e Saúde Mental | 68 |
| 1.2.7.4.7. Saúde Mental e Personalidade | 71 |
| 1.2.8. Modelos Teóricos do Bem-Estar Subjetivo..... | 72 |
| 1.2.8.1. Teorias <i>Bottom-up</i> e <i>Top-down</i> | 73 |
| 1.2.8.2 Teorias da Personalidade | 74 |
| 1.2.8.3. Teoria da Inteligencia Emocional e Modelos Mentais..... | 75 |
| 1.2.8.4. Teorias da Discrepância | 76 |
| 1.2.8.5. Modelo Hedonic Treadmill (Escada Rolante Hedónica) | 77 |
| 1.3.O Bem-Estar Subjetivo em Alunos com Deficiência Visual | 79 |
| 1.4 Objetivos e Hipóteses de estudo | 92 |

| | |
|--------------------------------------|-----|
| 2. Metodologia..... | 93 |
| 2.1. Amostra | 93 |
| 2.2. Instrumentos | 94 |
| 3. Resultados | 99 |
| 4. Discussão..... | 104 |
| 4.1. Limitações..... | 115 |
| 4.2. Implicações para a prática..... | 115 |
| 5. Referências Bibliográficas..... | 118 |

Índice de Tabelas

| | | |
|-------------|---|-----|
| Tabela 1.1. | Recomendações da OMS para a classificação da Deficiência Visual..... | 16 |
| Tabela 2.1. | Valor mínimo (Min), Valor Máximo (Max), Média (M) e desvio padrão (DP) da idade e do grau de escolaridade total e por género (masculino e feminino), dos alunos com deficiência visual (Gcd) e do grupo de alunos sem deficiência visual (Gsd)..... | 94 |
| Tabela 3.1. | Número de alunos (N), Média (M) e Desvio Padrão (DP) das dimensões do Bem-Estar Subjetivo de alunos com deficiência visual (N=33) e alunos sem deficiência visual..... | 100 |
| Tabela 3.2. | Teste <i>de Mann-Witney</i> para diferença de médias entre adolescentes com deficiência visual e alunos sem deficiência visual..... | 101 |

Lista de Abreviaturas

| | |
|---------|--|
| ACAPO | Associação de Cegos e Amblíopes de Portugal |
| APEDV | Associação Promotora do Emprego para os Deficientes Visuais |
| APA | American Psychological Association |
| BEE | Bem-Estar Eudemónico |
| BEH | Bem-Estar Hedónico |
| BEP | Bem-Estar Psicológico |
| BES | Bem-Estar Subjetivo |
| CIF | Classificação Internacional de Funcionalidade |
| EBSSS | Escala Breve de Satisfação com o Suporte Social |
| EBSV | Escala Breve de Satisfação com a Vida |
| EE | Educação Especial |
| ETE | Escala de Tonalidade Emocional |
| HBSC | Health Behaviour in School Aged Children |
| ICIDH-2 | Classificação internacional de funcionalidade e incapacidade |
| INE | Instituto Nacional de Estatística |
| KIDS | Escala Breve de Saúde Mental |
| NEE | Necessidades Educativas Especiais |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| ONCE | Organização dos Cegos de Espanha |
| PANAS | Positive and Negative Affects Schedule |

| | |
|--------|---|
| QV | Qualidade de Vida |
| QVRS | Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde |
| SV | Satisfação com a Vida |
| TAICA | Teste de ansiedade para crianças e adolescentes |
| WHOQOL | World Health Organization Quality of Life |

Resumo

A deficiência visual coloca desafios adicionais ao nível da adaptação dos indivíduos, com potencial de afectar o bem-estar subjectivo dos indivíduos portadores desta condição. Este estudo examinou o Bem-estar subjectivo (satisfação com a vida, qualidade de vida relacionada com a saúde mental, tonalidade emocional e satisfação com o suporte social) em crianças e jovens com deficiência visual. Participaram neste estudo 388 crianças e adolescentes. O grupo com deficiência visual foi constituído por 33 adolescentes com cegueira e baixa-visão, com idades compreendidas entre os 10 e os 20 anos que frequentavam o sistema de ensino a partir do 2º ciclo até ao 12º ano. O grupo sem deficiência visual incluiu 355 crianças e adolescentes que não apresentavam deficiência visual, com idades compreendidas entre os 4 e os 20 anos, e frequentavam o sistema de ensino desde o pré-escolar até ao 12º ano de escolaridade. Os resultados indicaram a não existência de diferenças ao nível do Bem-estar Subjectivo total nem ao nível de nenhum dos indicadores do bem-estar. Os resultados, as limitações do estudo e as implicações para a prática são discutidos.

Palavras-chave: Bem-Estar Subjectivo; Satisfação com a Vida; Satisfação com o Suporte Social; Tonalidade Emocional; Qualidade de Vida; Necessidades Educativas Especiais; Deficiência Visual.

Abstract

Visual impairment poses additional challenges to the adaptation of individuals with the potential to affect the subjective well-being of individuals with this condition. This study examined the Subjective well-being (life satisfaction, quality of life related to mental health, emotional tone and satisfaction with social support) in children and youth with visual impairment. 388 children and adolescents participated in this study. The visually impaired group consisted of 33 adolescents with blindness and low-vision, aged between 10 and 20 years, attended the regular education system from the 5th grade to 12th grade. The group who had no visual impairment, included 355 sighted children and adolescents, aged between 4 and 20 years and attended the regular education system from pre-school to 12th grade. Results indicated no differences regarding the total level of Subjective well-being as well in each one of the well-being indicators. The results, the study's limitations and implications for practice are discussed.

Keywords: Subjective Well-Being; Life Satisfaction; Social Support Satisfaction; Emotional Tone; Quality of Life; Special Educational Needs; Visual Impairment.

1. Introdução

Sabe-se que o bem-estar e a realização pessoal na adultícia são condicionados pelo desenvolvimento psicossocial do indivíduo na infância e na adolescência, e que muitos dos comportamentos desajustados são adquiridos durante estas fases da vida.

No entanto, a adolescência caracteriza-se também por ser uma etapa marcada por vivências de oportunidades que fortalecem as capacidades dos indivíduos, de modo a possibilitar-lhes reagir e enfrentar as situações mais agressivas e adversas com que se possam vir a deparar ao longo da vida (Lerner & Castellino, 2002).

Entre os 5 e os 18 anos grande parte do tempo e da energia das crianças e adolescentes é gasta na e com a escola (Matos, 2010). Um estudo de Simões e colaboradores (2008) revela que o contexto escola tem relação direta e significativa com o bem-estar subjetivo dos jovens portugueses (Simões, Matos, & Batista-Foguet, 2008). Apesar disso, segundo Gaspar de Matos (2010), os jovens portugueses padecem de um crónico e ainda não totalmente resolvido problema de (in)sucesso, apesar de a autora salientar que a família, a escola e os amigos têm sido apontados em vários estudos como contextos relevantes na vida, no bem-estar e na saúde das crianças e adolescentes em idade escolar. Apesar destes contextos serem geralmente considerados promotores do bem-estar, eles podem expôr as crianças e adolescentes a fatores de risco tornando-os mais vulneráveis à manifestação de problemas psicossociais e psicológicos. Atualmente a Escola regular é também responsável pela educação das crianças e adolescentes com Necessidades Educativas Especiais (NEE), por garantir o seu acesso à escolaridade obrigatória de forma gratuita, promover a sua inclusão e estabelecer as medidas necessárias à implementação de um programa educativo individual à medida das suas necessidades. Estas crianças

necessitam de um projeto escolar próprio para um desenvolvimento pessoal e social, próspero e saudável. Estes programas devem incidir especialmente no crescimento pessoal e social, no bem-estar, na participação ativa dos jovens e na inclusão de todos os atores do seu universo relacional (Matos, 2010).

Para a prossecução destes objetivos, é importante compreender como é que variáveis humanas se relacionam durante a infância e a adolescência (Bandura, 2004). Este aspeto reveste-se de maior importância no caso de crianças e jovens com deficiência visual porque a sua problemática pode comprometer o seu comportamento, desempenho, aprendizagem, ajustamento emocional e, conseqüentemente a participação, construção e manutenção da sua perceção de qualidade de vida, bem-estar e saúde (Matos, 2010). Assim, o processo de desenvolvimento das crianças e jovens com deficiência visual deve ser um processo dinâmico e desenvolvimental, que envolva a interação entre os riscos e os processos protetores internos e externos do adolescente e que o conduza a uma capacitação para conseguir a sua adaptabilidade psicossocial nomeadamente o seu sucesso escolar (Matos, 2010), qualidade de vida, saúde e bem-estar .

Nesta perspetiva, este estudo teve por objetivo avaliar o bem-estar subjetivo em crianças e adolescentes com deficiência visual, nas suas várias dimensões e à luz dos pressupostos acima enunciados.

1.1. O adolescente com Deficiência Visual

1.1.1. A Deficiência Visual

A criança com déficit visual é aquela que sofre de uma alteração permanente nos olhos ou nas vias de condução do impulso visual (Martin & Bueno, 1997). Segundo os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) existem cerca de 285 milhões de pessoas com deficiência visual em todo o mundo: 39 milhões são cegos e 246 milhões têm baixa visão (OMS, 2011). Estima-se que a prevalência da cegueira aumente para 76 milhões em 2020 se não forem tomadas medidas adequadas de prevenção (Frick & Foster, 2003). Verifica-se pelos mapas estatísticos atualizados pela OMS (OMS, 2011), que a incidência da deficiência visual é significativamente menor nas regiões do globo mais desenvolvidas (Estados Unidos e Europa) do que nos países menos desenvolvidos. Em Portugal, em Maio de 2007 estavam recenseados 163 569 indivíduos deficientes visuais, 77800 do sexo masculino e 85 769 do sexo feminino, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) (INE, 2008).

Segundo Chapman & Stone (1988) as etiologias mais importantes ordenadas por percentagem de incidência são as seguintes: cataratas congénitas, nistagmus, retinopatia glaucoma congénita, atrofia ótica, miopia, estrabismo e aniridia.

1.1.1.1. Evolução do conceito de Deficiência Visual

A forma como a sociedade atual vê o deficiente visual, particularmente em certos setores da sociedade, está frequentemente associada a um estereótipo que resultou do modo como a deficiência visual tem sido vista através da História. Este estereótipo apresenta

frequentemente os deficientes visuais como indivíduos especiais, portadores de características profundamente diferenciadas das outras pessoas, tanto na literatura como nos meios de comunicação em geral (Nunes & Lomônaco, 2010).

A evolução da concepção de deficiência visual compreendeu três períodos principais: O período místico, em que predominavam duas concepções opostas de deficiente visual (Caiado, 2003). Por um lado o deficiente visual podia ser considerado alguém infeliz, desgraçado e indesejável pelo que em centros de início da civilização, como Esparta, Atenas e Roma, as crianças com deficiência visual ou outras deficiências eram condenados à morte. Esta prática aceite tanto pelas perspectivas morais como legais foi defendida por filósofos como Platão, Aristóteles e Séneca e mostra que as sociedades antigas fundamentaram as suas decisões em relação às pessoas com deficiência numa compreensão limitada das deficiências e na superstição (Lownfeld, 1974). Por outro lado, o indivíduo com deficiência visual podia ser alguém respeitado devido aos seus supostos poderes místicos; no período biológico, com a valorização da ciência, as explicações místicas deram lugar a uma teoria que pressupõe a capacidade de adaptação do deficiente visual.

A deficiência visual passa a ser vista como objeto de estudo científico e inicia-se o movimento educacional que permitiu alguma inclusão dos deficientes visuais com a criação das escolas especiais. O período científico ou sociopsicológico constituiu por sua vez, mais um salto qualitativo, porque neste período passou-se de uma concepção meramente biológica do indivíduo para a uma concepção do indivíduo como um ser social e histórico, que por meio dos grupos sociais de que faz parte, desenvolve uma linguagem e, ao comunicar, constrói significados para si e para os outros (Amiralian, 1997). Este período é caracterizado pela percepção do deficiente visual como capaz de reorganizar-se para

compensar esta deficiência (Caiado, 2003). No entanto, essa compensação não se limita apenas ao desenvolvimento dos outros órgãos dos sentidos, mas à reorganização da vida psíquica por inteiro, a fim de compensar o conflito social advindo da deficiência do órgão (Nunes & Lomônaco, 2010).

1.1.1.2. Definição de Deficiência Visual

A OMS considera que existe deficiência visual quando a acuidade visual de ambos os olhos, com correção, é igual a 0.3 (OMS, 2011; Montilha, Temporini, Nobre, Gasparetto, & José, 2009) No entanto, a maioria dos países considera cegueira quando a acuidade visual, com correção, é igual ou inferior a 0.1, ou se existe uma redução do campo visual inferior a dez graus. A classificação de deficiências visuais de acordo com a OMS está representada na tabela 1.1.

A classificação oficial de deficiência visual é baseada na medição da acuidade visual usando optótipos (por exemplo, E-test) e a medida do campo visual recomendado pela OMS. De acordo com esta definição, uma pessoa é visualmente deficiente se a sua acuidade visual corrigida é permanentemente inferior a 0.3 (acuidade visual normal 1.0-2.0) no melhor olho do paciente, ou se o indivíduo deve por alguma outra razão ser considerado comparável com um pessoa com deficiência visual permanente, tal como descrito acima (Ojamo, 1999 cit. in Huurre, 2000).

Apesar de em Portugal ser considerada a definição internacional da OMS de deficiência visual, do ponto de vista legal, as directrizes orientam-se pelo Decreto-Lei nº 49331/69 de 28/10, que define como cegueira os casos em que a acuidade visual do olho

com melhor visão, seja após correção com lentes, 1/10 ou inferior, ou a acuidade visual seja superior a 1/10, mas acompanhada de uma restrição do campo visual a menos de 20 graus (Montilha et al., 2009). Segundo o mesmo autor, entre 1/10 de visão e a cegueira total existe uma linha contínua, em que podemos distinguir: percepção luminosa (distinção entre a luz e o escuro), projeção de vultos (distinção da luz e o lugar de onde ela emana), percepção de vultos (que pode ir desde a visão de um grande obstáculo à visão de dedos a um metro) e percepção de formas e cores (visão de dedos a 2.5 metros).

Tabela 1.1.

Recomendações da OMS para a classificação da Deficiência Visual (Adaptado de Ojamo, 1999 cit. in Huurre, 2000).

| <i>Classificação</i> | <i>Acuidade Visual</i> | <i>Diâmetro do Campo Visual</i> | <i>Descrição Funcional</i> |
|------------------------|---|---------------------------------|--|
| 1 Visão baixa moderada | $0.3 > v \geq 0.1$ | | Função visual quase normal através da utilização de acessórios óticos. |
| 2 Visão baixa severa | $0.1 > v \geq 0.05$ | | Consegue ver sem utilizar esses acessórios, mas com menor eficiência (velocidade de leitura, e dificuldades de leitura). |
| 3 Visão baixa profunda | $0.05 > v \geq 0.02$ | $\emptyset \leq 20^\circ$ | Incapaz de ler. |
| 4 Cegueira quase total | $0.02 > v - 1/\infty$ | $\emptyset \leq 10^\circ$ | Dificuldades na mobilidade e utilização de outros sentidos. |
| 5 Cegueira total | $v = 0$ Ausência de percepção da luz | | Totalmente dependente dos outros sentidos. |

Ladeira e Queirós (Ladeira & Queirós, 2002) definem a acuidade visual como a capacidade que o olho tem de perceber a forma dos objetos e de distinguir os seus pormenores. O campo visual é definido pelos mesmos autores como a distância angular que o olho consegue abranger, sendo o do indivíduo sem deficiência visual de cerca de 180 graus sem mover a cabeça. Na mesma linha de orientação, o Ministério da Educação-Secretaria da Educação Especial estabelece que a cegueira é definida pela perda total da visão, até à ausência de projeção de luz e que a Baixa Visão é considerada:

Uma alteração da capacidade funcional da visão, decorrente de inúmeros fatores isolados ou associados, tais como: baixa acuidade visual significativa, redução importante do campo visual, alterações corticais e/ou de sensibilidade aos contrastes, que interferem ou que limitam o desempenho visual do indivíduo (Ladeira & Queirós, 2002). Uma abordagem educacional da deficiência visual tem demonstrado que indivíduos com o mesmo grau de acuidade apresentam níveis diferentes de desempenho visual e que é fundamental relacionar a utilização máxima da visão residual com o potencial das crianças. Barraga defende a necessidade de uma avaliação funcional, assente na observação criteriosa da capacidade e desempenho visual da criança (Barraga, 1978 cit. in Ladeira & Queirós, 2002). Esta avaliação para fins educacionais considera que os indivíduos com baixa-visão são aqueles cujo processo educativo se desenvolverá, principalmente, por meios visuais, ainda que com a utilização de recursos específicos (SEESP/MEC, 2006). Por sua vez, os indivíduos cegos são aqueles cujo processo de aprendizagem se fará através dos sentidos remanescentes (tato, audição, olfato, paladar), utilizando o Sistema Braille como principal meio de comunicação escrita. Também para fins educacionais consideram-se cegos congénitos todos os indivíduos cuja cegueira ocorre até aos cinco anos de idade (Scholl,

1986) pois as crianças que perderam a visão antes dos cinco anos de idade parecem não ser capazes de reter imagens visuais úteis, o que sugere que a imagem visual desaparece (Lownfeld, 1974).

1.1.1.3. Tipos de Deficiência Visual

Alguns autores não incluem a designação de “cego” no conceito de deficiente visual. No entanto, a OMS refere-se à deficiência visual como um conceito mais abrangente que engloba a baixa visão e a cegueira (OMS, 2011). Também a Associação dos Cegos e Amblíopes de Portugal (ACAPO) nos seus estatutos engloba as duas categorias nesta designação de acordo com o Decreto-Lei nº 74 de 2007. Assim, neste trabalho adotamos o conceito de deficiência visual mais abrangente que engloba a cegueira e a baixa visão.

1.1.1.4. Características do Indivíduo com Deficiência Visual

Aparentemente, as crianças com deficiência visual não são muito diferentes das outras crianças. Parecem ter as mesmas necessidades afetivas, físicas, intelectuais, sociais, e culturais. Gostam de brincar, conhecer pessoas, conviver com outras crianças, estudar, passear, sorrir e serem felizes. Alguns autores consideram que as crianças com deficiência visual apresentam o mesmo padrão de desenvolvimento das outras crianças e que não é evidente que a deficiência visual mesmo sendo grave, leve obrigatoriamente a que a criança tenha problemas psicológicos ou deficiências de desenvolvimento (Kirk & Gallagher, 1996).

No entanto, a severidade da deficiência visual, o tipo de perda, a idade da criança, o momento em que se iniciou a deficiência e o nível de desenvolvimento geral da criança

podem condicionar o seu desenvolvimento e resultar em implicações emocionais, sociais, físicas e mentais no desenvolvimento da criança (Kirk & Gallagher, 1996; Nielsen, 1999). Além disso, as próprias causas da deficiência, o momento e a forma da perda visual (progressiva ou repentina) o contexto psicológico, familiar e social influenciam o modo como a pessoa vive a sua condição de deficiência visual (Amiralian, 1997).

De acordo com Kapp (1991), um adolescente com deficiência visual adquirida, dependendo da duração do período de tempo em que foi capaz de ver, estabeleceu uma imagem mental do mundo, ao passo que quando a cegueira atinge uma criança antes da primeira experiência de visão distinta, os seus efeitos podem ser similares à cegueira congênita. Assim, quanto mais tarde na vida a cegueira se instala, menos grave será a perturbação do desenvolvimento (Kapp, 1991).

É consensual que as crianças com déficit visual apresentam necessidades específicas, formas peculiares de apreender e assimilar o real, e que a ausência de visão pode atrasar o seu desenvolvimento e fazer com que permaneçam mais tempo do que a criança com visão, na mesma etapa do desenvolvimento (Amiralian, 1997).

O estudo do desenvolvimento do deficiente visual baseia-se de forma geral, em estudos comparativos e tem sido medido por comparação com o desenvolvimento do indivíduo com visão. No entanto, existem autores com perspectivas diferentes que apontam novos dados sobre as possibilidades de desenvolvimento da criança deficiente visual e procuram mostrar processos de aquisição que enfatizam a contribuição de fatores ambientais e apontam implicações teóricas e metodológicas do estudo das crianças deficientes visuais. No entanto, a abordagem assente em estudos comparativos tem sido

muito criticada porque tende a baixar as expectativas relativamente às capacidades do deficientes visuais (Warren citado por Batista (Batista, 2005). Os estudos deste autor colocam sob suspeita os estudos comparativos porque descrevem aquilo que, “em média” uma criança cega pode adquirir, e tendem a reduzir expectativas de aquisição do deficiente visual.

O desenvolvimento das crianças cegas difere, de diversos modos do desenvolvimento das crianças normais (Lewis, 2003, cit. in Nunes & Lomônaco, 2010) e por isso é necessário que se realizem estudos em crianças cegas, orientados por três implicações teóricas: a necessidade de identificação de rotas alternativas de desenvolvimento - a linguagem como a principal fonte de informação para a criança cega; busca de explicações para problemas no desenvolvimento, nos casos em que não existem problemas cerebrais que os justifiquem e a necessidade de formulações teóricas que não sejam baseadas apenas no estudo do desenvolvimento de crianças normovisuais (Batista, 2005).

A linguagem tem sido vista como possível substituto do que a criança cega perde pela falta de visão. No entanto, sabe-se que é difícil falar num único substituto para a visão (Batista, 2005) uma vez que a questão principal no caso do desenvolvimento do indivíduo cego é saber como se organizam e se integram as informações provenientes dos sentidos remanescentes, e qual o papel da linguagem e do pensamento nessa organização. A criança que nasceu cega vai precisar de apoio especializado e da assistência de pessoas treinadas, para aprender a lidar com um mundo visual de modo a tornar-se um adulto autónomo, membro de uma sociedade organizada principalmente para aqueles que podem ver. A deficiência visual é um grande obstáculo para as aspirações de futuro de uma pessoa. A

natureza e gravidade dos problemas vai depender muito da idade em que a cegueira surgiu (Kapp, 1991).

1.1.1.4.1. Caraterísticas Percetivo-Motoras

Crianças com visão reduzida à nascença podem apresentar atrasos no desenvolvimento cognitivo, motor e de habilidades sociais (O'Donnell & Livingston, 1991). De forma geral, estes atrasos são devidos à falta de motivação ou insuficiência de oportunidades para explorar ativamente o ambiente, uma vez que estes constrangimentos levam a criança a utilizar menos o movimento e a ter problemas ao nível perceptivo-motor e até mesmo social (Nielsen, 1999). Estas dificuldades concorrem para o fraco desenvolvimento das capacidades perceptivo-motoras, pelo que as crianças com deficiência visual tendem a apresentar um comportamento caracterizado pela inatividade e sedentarismo (Mauerberg-DeCastro, 2005), comportamento que se pode manter durante toda a vida se não for contrariado, pela intervenção dos pais, em especial da mãe, porque a aprendizagem da locomoção, incentiva a criança a explorar e conhecer o seu ambiente e promove o seu desenvolvimento cognitivo, motor e emocional. A intervenção precoce é fundamental e se a criança deficiente visual não usufruir de estimulação sensorial, cinestésica e motora, o mundo para ela restringe-se ao próprio corpo (Franberg & Adelson, 1990). Além disso, as crianças com deficiência visual podem apresentar caraterísticas motoras intrínsecas, tais como: atraso nos grandes marcos do desenvolvimento motor; deficiência de lateralidade; equilíbrio insuficiente; mobilidade restrita; orientação e navegação espacial amplamente comprometidas; esquema corporal deficiente; defeitos no alinhamento postural, expressão corporal e facial raras; coordenação motora muito desfasada; falta de resistência física; iniciativa pobre para a ação motora (Mauerberg-DeCastro, 2005) bem como problemas de

equilíbrio, instabilidade psicomotora, desconhecimento do seu corpo, má adaptação sensorio-motora e dificuldade na organização do espaço (Legros, 1971 cit. in Pereira, 1981). O desenvolvimento coordenativo do indivíduo, está não só dependente de processos de maturação biológica como também da quantidade e qualidade da actividade motora, da educação e da socialização, pelo que a meio da escolaridade este desenvolvimento atinge quase o seu ponto máximo, e que este geralmente só estagna entre os 17 e os 21 anos de idade. Nesta perspectiva, as técnicas de Orientação e Mobilidade podem resultar em melhorias no desenvolvimento integral do deficiente visual ao estimularem a independência, o equilíbrio, a autoconfiança, a auto-estima, a integração, a expressão corporal, a condição física e abrir maiores oportunidades educacionais (Nielsen, 1999).

1.1.1.4.2. Características Psicossociais

De forma geral, os indivíduos com deficiência visual enfrentam problemas de estigmatização, estereotipização e discriminação em relação à sociedade (Kef & Dekovic, 2004; Wall, 2003). A deficiência visual na nossa sociedade constitui uma diferença que é entendida como uma desvantagem (Nunes & Lomônaco, 2010) que reduz a criança à falta de visão. No entanto, a deficiência visual deve ser considerada como uma condição do indivíduo de entre muitas outras que esse indivíduo possui (Nunes & Lomônaco, 2010). As relações sociais do deficiente visual e os problemas sociais e de adaptação estão diretamente relacionados com vivências e fatores ambientais. No entanto, alguns autores referem que os indivíduos com deficiência visual apresentam baixos níveis de auto-conceito e auto-estima e níveis de stress e ansiedade na sua vida diária mais elevados do que os indivíduos com visão (Bolat, Dogangun, Yavuz, Demir, & Kayaalp, 2011; Huurre &

Aro, 1998). Alguns autores também referem que os deficientes visuais não se caracterizam por quaisquer traços ou tipos especiais de personalidade, no entanto traços de personalidade como egocentrismo, imaturidade, passividade, agressividade, níveis elevados de stress e ansiedade, baixa auto-estima e falta de competências de relação interpessoal são-lhes atribuídos frequentemente pela sociedade (Bolat et al., 2011; Huurre & Aro, 1998).

1.1.1.4.3. Características Cognitivas

A deficiência visual parece causar restrições quanto à variedade e qualidade das experiências cognitivas e da vida diária. As crianças com deficiência visual recebem menos quantidade de informação do meio-ambiente do que as crianças com visão normal, o que pode prejudicar a construção do seu conhecimento sobre o mundo exterior (Kirk & Gallagher, 1996). Por isso podem apresentar um conhecimento restrito do que as rodeia, dificuldades em compreender ideias e conceitos abstratos ligados a estímulos visuais.

Alguns investigadores consideram que tem sido dado à ausência de visão uma dimensão maior do que ela realmente tem no desenvolvimento humano (Nunes & Lomônaco, 2010). Assim, segundo estes autores, a ideia de restrição do desenvolvimento do cego justifica-se pela supervalorização da visão na aquisição do conhecimento. Apesar de a visão ser uma importante via de informação, para o deficiente visual ela não é única (Batista & Enumo, 2000) pois o sistema háptico ou tato ativo é o sistema sensorial mais importante para o conhecimento do mundo do deficiente visual e permite-lhe procurar informação de modo intencional por meio do toque (Ochaíta & Rosa, 1995). No entanto, o deficiente visual percebe o mundo por meio de outros sentidos que não a visão (tato, olfato,

paladar, audição) (Amiralian, 1997). Assim, tudo leva a crer que o uso dos sentidos pelo deficiente visual não é uma mera compensação da falta de visão, mas envolve também uma reorganização biopsicossocial, que permite ao indivíduo deficiente visual o acesso e o processamento de informações (Nunes & Lomônaco, 2010).

Grande parte do significado das coisas é apreendido pelo deficiente visual a partir da fala dos indivíduos com visão, que utilizam maioritariamente a visão como fonte de conhecimento (Nunes & Lomônaco, 2010). Deste modo, a linguagem assume uma importância inquestionável no desenvolvimento do ser humano, mas ela ainda é mais importante para o desenvolvimento do deficiente visual, porque as informações a que ele não tem acesso podem ser parcialmente verbalizadas (Nunes & Lomônaco, 2010). O deficiente visual pode perfeitamente apropriar-se das significações do seu meio e participar das práticas sociais porque dispõe do instrumento necessário para isso que é a linguagem (Lewis, 2003; Lira & Schlindwen, 2008). Assim, a linguagem pode ser considerada a principal fonte de informação da criança cega e um possível substituto do que a criança perde pela falta de visão (Lewis, 2003). É preciso clarificar como se organizam e se integram as informações provenientes dos sentidos remanescentes no deficiente visual e qual o papel da linguagem e do pensamento nessa organização. (Batista, 2005).

As crianças com deficiência visual não se distinguem das outras crianças em termos de inteligência uma vez que a inteligência de um indivíduo não está relacionada com a sua capacidade ou incapacidade para ver (Nielsen, 1999). No entanto, se não forem proporcionadas precocemente ao deficiente visual, oportunidades de estabelecer vínculos, trocas afetivas e sociais favoráveis e um ambiente de aprendizagem que atenda às suas necessidades (Nielsen, 1999) ele pode apresentar atraso cognitivo. O atraso cognitivo das

crianças com deficiência visual deve-se a três fatores principais: pouca variedade de experiências disponíveis; falta de oportunidades para experimentar contactos sociais e fraca percepção do espaço que os rodeia e por consequência, menor controle do ambiente e de si mesmo (Huurre & Aro, 1998). Além disso, as crianças e adolescentes com deficiência visual podem apresentar comportamentos que dificultam as suas aquisições (De Pauw & Mervielde, 2010). Sabe-se que uma criança que sofre de transtorno de déficit de atenção é constantemente distraída por estímulos externos. Qualquer ruído, tal como um rato de computador, a queda de um lápis ou o bater nas carteiras, pode distrair a atenção da criança, porque ela é incapaz de organizar corretamente a estrutura da sua percepção. Na criança com deficiência visual, estímulos como o motivo ou a origem de um ruído podem causar uma maior distração, porque a criança terá que adivinhar o que é (De Pauw & Mervielde, 2010). Segundo este autor, a desordem com déficit de atenção também afete as crianças com deficiência visual, porque uma vez que estas crianças não recebem estímulos visuais a sua atenção pode ser distraída pelos seus pensamentos, por sons ou pelos objetos que manuseiam.

Devido ao curto período de atenção das crianças com déficit de atenção, as crianças com deficiência visual com déficit de atenção podem ter ainda mais dificuldade de concentração na tarefa. A partir de uma amostra de alunos com dificuldades de aprendizagem que completaram o teste de ansiedade para crianças e adolescentes (TAICA) foi concluído que as dificuldades de aprendizagem previram maior obstrução cognitiva/desatenção, maior ansiedade e pior desempenho (Sena, Lowe, & Lee, 2007) e que as dificuldades de aprendizagem prevêm altos níveis de preocupação. A preocupação é a faceta cognitiva mais significativa no teste de ansiedade. A preocupação diminui a

capacidade de processamento da memória de trabalho e a capacidade de resolver problemas complexos (Sarason, 1988 cit. in Sena et al. 2007). No entanto, os deficientes visuais são alunos que frequentemente exibem grande determinação para persistir, apesar das dificuldades (De Pauw & Mervielde, 2010). Eles tendem a repetir uma resposta mesmo após o estímulo original ter terminado, o que significa que eles podem tentar até que tenham feito a aquisição (Nontobeko, 2008).

1.1.1.4.4. Caraterísticas Emocionais

O aluno com deficiência visual, ao refletir sobre os seus problemas, pode sentir infelicidade, vergonha ou raiva. As suas percepções geralmente são baseadas nas opiniões de pais, irmãos e professores, que podem aceitar e louvar ou criticar e ignorar o progresso feito pelo adolescente (Lawrence, 2000). A auto-estima, como parte do auto-conceito é a forma como o adolescente se sente a nível do auto-respeito e auto-aceitação (McNamara & Moreton, 1993). Os alunos com deficiência tendem a apresentar um tempo de atenção reduzido e altos níveis de frustração. Muitas vezes, isso decorre de sentimentos de baixa auto-estima (Kok, 2002). Por vezes, os alunos podem não ter auto-confiança e podem considerar-se membros inúteis da sociedade e da comunidade em geral.

Donald, Lázaro e Lolwana (2002) afirmam que esse problema pode ser corrigido pelo incentivo constante e motivação destes alunos. A intervenção deve acontecer em todos os níveis do ecossistema do aluno pois as pessoas que fazem parte do ambiente do aluno devem contribuir para o desenvolvimento das suas competências e auto-confiança (Kapp, 1991). O aluno pode ser afetado emocionalmente pela sua deficiência visual e por situações resultantes das inadequações do ambiente para os alunos com deficiência visual. Esta

situação leva à frustração, desmotivação e decepção com a sociedade. Os alunos deficientes visuais, muitas vezes sentem-se negligenciados, isolados, rejeitados e indesejados. Podem lutar com muitas questões não respondidas sobre a falta de amor e apoio dos seus pais, familiares e membros da comunidade e, muitas vezes, retirar-se das atividades da comunidade (Gous e Mfazwe, 1998 cit. in Nontobeko, 2008). Estas emoções negativas geralmente resultam de uma falta de amor, aceitação e apoio das suas famílias, professores, colegas e membros da comunidade. Devido a isso, os alunos com deficiência visual são frequentemente considerados temperamentais e tendem a apresentar sentimentos de raiva e até de ódio (Donald, Lazarus, & Lolwana, 2000).

1.1.1.5. Deficiência Visual e Necessidades Educativas Especiais

1.1.1.5.1. Conceito de Necessidades Educativas Especiais (NEE)

A designação de NEE tem por objetivo substituir o conceito de deficiente (Izquierdo, 2006) utilizado pelos médicos e concebe a deficiência como o resultado da interação da pessoa com o meio em que se insere, corresponsabilizando-o. A categorização NEE valoriza a funcionalidade das crianças e jovens para promover as suas aprendizagens (Sanches & Teodoro, 2006).

O conceito NEE surgiu em 1978 num documento conhecido como “Relatório Warnock” cujo objetivo foi reavaliar o atendimento aos alunos com deficiência no Reino Unido (Izquierdo, 2006). A sua autora, Mary Warnock, a partir da observação de alunos com e sem deficiência preconizou que as NEE são aquelas que requerem meios especiais de

acesso ao currículo através de equipamento, instalações ou recursos, modificações do meio físico ou técnicas de educação especial; acesso a um currículo especial adaptado e atenção especial à estrutura social e ao clima emocional nos quais se processa a educação.

A Conferência Mundial de Educação Especial deu origem à Declaração de Salamanca que adoptou a designação de NEE, a partir dos princípios do Relatório Warnock (Izquierdo, 2006). Este documento colocou os direitos das crianças e dos jovens com NEE no contexto mais alargado dos direitos da criança e do homem, e preconizou o direito de todos os alunos à educação na escola regular nomeadamente todas as crianças e jovens cujas necessidades envolvam deficiência ou dificuldade de aprendizagem (Izquierdo, 2006). As escolas regulares começaram a ser consideradas os meios mais capazes para proporcionarem uma educação adequada à maioria das crianças (Unesco, 1994).

1.1.1.5.2. Inclusão e Deficiência Visual

São considerados alunos com NEE os alunos que apresentam determinadas condições específicas, como problemas sensoriais, intelectuais, emocionais e dificuldades de aprendizagem derivadas de fatores orgânicos ou ambientais, que se traduzem em poderem precisar de apoio de serviços de Educação Especial (EE), durante todo ou parte do seu percurso escolar, de forma a facilitar o seu desenvolvimento académico, pessoal e socioemocional (Correia, 2008). A deficiência visual constitui uma dessas condições específicas, previstas no Decreto-Lei nº3/2008 que rege a EE. É considerada uma NEE permanente porque exige adequações generalizadas do currículo, para o adaptar às características do aluno. Segundo Simeonson (1994 cit. in DGIDC, 2008) a deficiência visual faz parte do grupo de problemas de baixa-frequência e alta – intensidade, caracteriza-

se por ter uma grande probabilidade de possuir uma etiologia biológica, inata ou congênita. Faz parte do grupo de casos com baixa prevalência, estimada em 1,8 da população escolar portuguesa, muito exigente em recursos humanos e materiais especializados. A atual legislação relativa à EE, no artigo 1º do Decreto-Lei nº 3/2008, publicado a 7 de Janeiro, pelo Ministério da Educação, reduz o grupo-alvo da EE aos alunos com NEE de caráter permanente, grupo caracterizado por Simeonson como apresentando baixa-frequência e alta-intensidade (DGIDC, 2008) constituído por “...alunos com limitações significativas ao nível da atividade e da participação num ou vários domínios da vida, decorrentes de alterações funcionais e estruturais, de caráter permanente, resultando em dificuldades continuadas ao nível da comunicação, da aprendizagem, da mobilidade, da autonomia, do relacionamento interpessoal e da participação social” (Decreto-lei 3/2008, 2008), que implicam a mobilização de serviços especializados para promover o seu potencial de funcionamento biopsicossocial, exigindo a adaptação de estratégias, recursos, conteúdos, processos, procedimentos e instrumentos, bem como tecnologias de apoio (DGIDC, 2008). Estas adequações terão de manter-se durante grande parte ou todo o percurso escolar do aluno. Este decreto-lei prevê que os alunos com deficiência visual tenham acesso a um conjunto de serviços de apoio especializados, com base nas suas características e com o fim de maximizar o seu potencial. Além disso, esta lei prevê também a criação de escolas de referência para alunos com esta deficiência. Segundo esta lei a criação das escolas de referência visa suprir a falta de apoio especializado nas escolas comuns quer a nível da falta de materiais e recursos para trabalhar com o deficiente visual, quer a nível da falta de preparação dos docentes do ensino regular que leva a um trabalho técnico espontaneísta e muitas vezes inadequado, por não dar conta das necessidades do aluno cego (Correia, 2008). No entanto, o encaminhamento dos alunos para as escolas de referência tem sido

alvo de críticas, devido ao desgaste que as longas deslocações provocam nos alunos, com consequente fadiga e desmotivação que acarretam, sobretudo em alunos com estas deficiências. Além disso, também o desenraizamento do aluno do seu meio natural é considerado um fator que pode interferir negativamente no seu desenvolvimento. Sempre que possível os alunos com NEE devem frequentar as mesmas escolas que seus irmãos e vizinhos, já que o meio natural onde se desenvolvem e interagem com colegas e professores é o mais adequado para o seu desenvolvimento cognitivo, afetivo e social (Martin & Bueno, 1997).

Atualmente existem duas concepções de inclusão do deficiente visual: a primeira assente no processo de normalização que visa tornar o indivíduo deficiente visual o mais parecido possível com o indivíduo com visão. Este processo orientado para a normalização tem sido alvo de críticas, pois tem implícita a ideia de que o deficiente visual é um ser inferior e incompleto. A segunda concepção de inclusão do deficiente visual visa aceitá-lo sem valorizar demais as suas incapacidades, de modo a respeitar o que ele é. Esta concepção assenta, não nas limitações e nos défices do deficiente visual, antes procura compreender a forma como essa pessoa se constitui e percebe o mundo. Não pretende transformar os deficientes visuais em indivíduos iguais aos indivíduos com visão, nem impor-lhes os seus conceitos, padrões e valores. Esta forma de inclusão procura entender as limitações da ausência de visão e analisa as condições de vida na família, escola e em outros grupos de referência que possam facilitar o desenvolvimento do deficiente visual (Amiralian, 2002). A informação aos pares das crianças e jovens com deficiência sobre o que é ser deficiente, sobre as suas limitações e as suas forças, assim como a promoção de momentos de contacto

positivos entre as duas partes, são aspetos fundamentais na promoção da inclusão (Canha & Lebre, 2009).

O mesmo Decreto-Lei também proporcionou a adoção de um modelo de avaliação especializada segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) da OMS, um instrumento de sinalização de deficiências físicas e cognitivas. A CIF constitui um quadro de referência universal adotado para descrever, avaliar e medir a saúde e a incapacidade quer ao nível individual quer ao nível da população. A CIF define as componentes da saúde e alguns componentes do bem-estar relacionado com a saúde, educação, trabalho e possibilita ao utilizador assinalar perfis de funcionalidade, incapacidade e saúde das pessoas em vários domínios: saúde, educação, segurança social, emprego, economia, política social e alterações ambientais. Por esta razão no processo de avaliação interveem vários técnicos: médicos, terapeutas, psicólogos, docentes de educação especial (DGIDC, 2008).

1.1.1.5.3. Necessidades Educativas Especiais do Deficiente Visual

Definem-se como alunos com NEE aqueles que apresentam determinadas condições específicas, que se traduzem em poderem precisar de apoio de serviços de educação especial, durante todo ou parte do seu percurso escolar, de forma a facilitar o seu desenvolvimento académico, pessoal e socioemocional (Correia, 2004). A deficiência visual constitui uma dessas condições específicas, previstas no artigo 3/2008 que rege a Educação Especial. Este artigo prevê que os alunos com deficiência visual tenham acesso a

um conjunto de serviços de apoio especializados, com base nas suas características e com o fim de maximizar o seu potencial.

1.1.1.5.4. O Professor de Educação Especial do Aluno com Deficiência Visual

A educação do deficiente visual é marcada pela relação intrínseca com o atendimento especializado, para suprir as necessidades especiais advindas da falta de visão e assegurar o seu ensino formal (Amiralian et al., 2000).

Por isso, a Educação Especial é uma modalidade de ensino que deve caminhar paralelamente ao ensino regular, em todos os seus níveis. A educação especializada deve acompanhar a criança/pessoa com deficiência em toda a sua vivência educacional sem, com isso, se transformar em substituto do ensino regular. A função do professor especializado é atuar como docente, porque é responsável por atividades de ensino aprendizagem e como especialista porque é um agente facilitador do processo educacional ao orientar a escola, a família e a comunidade (Correia, 2008). Assim, segundo Correia (2008) a Educação Especial é uma modalidade de ensino que deve caminhar paralelamente ao ensino regular, em todos os seus níveis. A educação especializada deve acompanhar a criança/pessoa com deficiência em toda a sua vivência educacional sem, com isso, se transformar em substituto do ensino regular. A função do professor especializado é atuar como docente, porque é responsável por atividades de ensino/ aprendizagem e como especialista porque é um agente facilitador do processo educacional ao orientar a escola, a família e a comunidade.

1.1.1.5.5. Materiais especializados, equipamentos e novas tecnologias

Os alunos com deficiência visual podem precisar de uma variedade de materiais especializados e equipamentos para tornar eficiente o ambiente escolar (Carney, Engbretson, Scammel & Sheppard, 2003).

Segundo Alegre (1995), todos os recursos são bons. As capacidades de cada um e as circunstâncias é que determinam o meio a escolher. São variados os tipos de equipamentos que podem ser usados pelas pessoas cegas na leitura e na escrita. A pauta, a máquina braille, o livro gravado em cassette, o livro em CD-Rom, o computador com voz sintética, o computador com linha braille, o NoteTaker braille, o scanner ou a impressora Braille, podem todos coexistir. No caso das pessoas com baixa visão, utilizam-se as ajudas ópticas, não ópticas, electrónicas e as alternativas informáticas.

Existem também alguns equipamentos, ligados às novas tecnologias, que poderão constituir ajudas para as pessoas deficientes visuais. A Voz sintética transmite oralmente a informação que está no écran. Obtém-se através de software para leitura de écran (screen reader) instalado em computador equipado com placa de som e colunas ou na sua falta com sintetizador de voz.

O circuito fechado de televisão (CCTV) ou Lupa TV - Permite ler, com um grande leque de escolha de grau de ampliação, cor e tipo de fundo, texto manuscrito ou impresso, ver imagens, objectos ou pequenos animais, escrever e realizar tarefas minuciosas como fazer renda ou coser botões. Pode estar equipado com uma câmara apenas para visão de perto ou ter uma segunda câmara apontada para longe.

1.1.1.5.6. Transição para a Vida Adulta dos Adolescentes com Deficiência Visual

A transição para o ensino pós-secundário ou para o mundo do trabalho, e a integração na comunidade são etapas especialmente críticas na vida dos adolescentes com deficiência que precisam de um suporte adicional e uma preparação adequada (Canha & Lebre, 2009).

A ACAPO (Associação dos Cegos e Amblíopes de Portugal), a APEDV (Associação Promotora do Emprego para os Deficientes Visuais), a Fundação Albuquerque e Castro e a Fundação Raquel e Martin Sain têm sido as principais entidades fornecedoras de cursos de formação profissional para deficientes visuais. Também a ONCE (Organização dos Cegos de Espanha), tem aberto alguns dos seus cursos a deficientes visuais portugueses.

Nos últimos anos, as escolhas profissionais dos alunos com deficiência visual, têm sido as seguintes: O Ensino - licenciaturas em História, Filosofia, Línguas, Economia e Matemática; Psicologia, Advocacia, Técnicos de Serviço Social, Técnicos informáticos ; Profissões para-médicas: Massagistas e Fisioterapeutas; Tradutores e Intérpretes, Secretariado, Telefonistas; Recepcionistas; Comércio, Afinadores de Piano, Carpintaria; Operários industriais: têxteis, embalagem, metalomecânica, etc (Alegre, 1995).

Uma transição eficaz para o ensino pós-secundário ou para o mundo do trabalho exige uma preparação eficiente para as fases de mudança, através de planos de transição que proporcionem aos estudantes um maior controlo das suas vidas e que sejam orientados para os verdadeiros objetivos de cada adolescente. Estes planos devem ser realistas e ter em

atenção a situação real do jovem e promover o trabalho, em articulação com as famílias, empregadores, recursos comunitários e de lazer, assim como o acesso à tecnologia. Os jovens devem ser ajudados a ser não só um interveniente no seu próprio mundo mas também na sociedade (Canha & Lebre, 2009).

A auto-regulação constitui uma componente importante da transição do adolescente para a vida adulta. Para apresentar um comportamento autoregulado, o adolescente com deficiência necessita desenvolver um conjunto de competências: competências de tomada de decisão, escolha e resolução de problemas; objetivos; independência e aceitação de riscos; competências de auto-observação, avaliação e reforço; competências de auto-instrução; de autodefesa e liderança; locus de controlo interno; atribuições positivas de eficácia e expectativas; autoconsciência e autoconhecimento das forças e limitações próprias (Canha & Lebre, 2009). De forma geral, défices na aquisição destas competências prejudicam a qualidade de vida e as aspirações de futuro dos alunos com deficiência visual. Estes défices podem constituir barreiras para as futuras oportunidades de carreira e de vida, comprometendo as suas oportunidades de prosseguir estudos, arranjar emprego e alcançar outros objetivos de vida importantes como constituir família (Engelbrecht e Green, 2001).

Os adolescentes com deficiência visual têm os mesmos sonhos e aspirações de um futuro brilhante e satisfatório que os adolescentes sem deficiência visual. No entanto, dificuldades relacionadas com a interação social, comunicação (incluindo ler e escrever), mobilidade e autonomia influenciam a sua qualidade de vida e as suas aspirações futuras (Nontobeko, 2008).

No passado, os indivíduos com deficiência visual eram preparados e direcionados para trabalhos específicos em escolas e oficinas para cegos, pelo que enfrentaram segregação ocupacional e restrições de emprego (Engelbrecht e Green, 2001).

A abordagem atual de transição para a vida adulta dos adolescentes com deficiência visual, assenta na identificação do potencial do indivíduo, dos seus talentos e interesses, para que seja facultada a aprendizagem e colocação no tipo de trabalho mais adequado ao jovem (McNamara e Moreton, 1993).

Uma análise baseada neste tipo de abordagem, realizada na África do Sul sobre as perspetivas de futuro de indivíduos com deficiência visual mostrou que os deficientes visuais têm enveredado pelas mais variadas profissões como a indústria, empresas privadas, rádio, televisão, o que tem resultado num aumento de indivíduos deficientes visuais que trabalham e conseqüentemente em mais integração (Donald et al., 2002). Esta análise evidencia que o futuro dos alunos com deficiência visual depende em grande parte das suas oportunidades educacionais e de apoio para fazer escolhas adequadas relativamente às suas oportunidades de carreira futura.

Em Portugal foi realizado um estudo em 2002 cuja amostra incluiu 139 indivíduos deficientes visuais que estavam fora da escolaridade. 34% eram telefonistas, 16% eram professores e 13% prestavam serviços diversos em oficinas de apoio local, numa perspetiva de emprego protegido (Pereira, 2002). Nesta análise a amostra, além dos 139 indivíduos que estavam fora da escolaridade incluiu também 63 indivíduos que frequentavam a escola. Foi avaliado o grau académico dos 139 indivíduos que já não frequentavam a escolaridade. Concluiu-se que 29 alunos completaram o 1º ciclo do ensino básico, 22 o 2º ciclo, 20 o 3º,

15 o ensino secundário, 12 o curso complementar dos liceus, 34 o ensino superior e 7 não conseguiram completar qualquer grau de escolaridade. O estudo sugeriu que é cada vez maior o número de cegos que obtém o grau de licenciatura em Portugal, acompanhando a tendência global do sistema de ensino. A maior parte dos cegos deram preferência às licenciaturas em História, Filosofia e Direito (Pereira, 2002).

O mesmo estudo refere uma elevada percentagem de cegos empregados. Com efeito, 32,9% não tinham emprego, enquanto 67,1% estavam empregados. Esta percentagem teve em conta que 10 indivíduos estavam incluídos nos dois grupos por serem trabalhadores-estudantes. No entanto, é necessário ter em conta que este estudo não incluiu os indivíduos que permaneciam no domicílio.

Kirchener e Peterson (1988) citados por Dickerson, Smith e Moore (1997), cit. in Pereira, 2002), estimaram uma percentagem de 65% e 70% de desemprego entre as pessoas com deficiência visual severa em idade ativa. No entanto, os autores consideraram estes valores meras estimativas porque é difícil incluir num estudo todos os indivíduos cegos funcionais, quando há uma elevada percentagem que perde a visão numa idade já avançada e acaba por ficar confinado ao domicílio sem recorrer a qualquer tipo de reabilitação. Contudo, os valores observados nas duas amostras são motivadores porque mostram que os cegos podem cumprir um papel social embora de forma adequada às suas limitações, o que contribui significativamente para a sua integração social e produtividade.

1.2 O Bem-Estar Subjetivo (BES)

1.2.1 Definição

Cloninger no prefácio do seu livro *Feeling Good* (Cloninger, 2004) afirma:

Dentro de cada pessoa existe uma necessidade espontânea de compreensão, felicidade, e amor. Nem a psiquiatria nem a psicologia foram capazes de compreender os passos que conduzem a uma vida feliz. De facto estas disciplinas têm estudado exclusivamente os infelizes.(...) Para serem verdadeiramente felizes as pessoas devem aprender a viver de uma forma radicalmente nova. O bem-estar só surge quando uma pessoa aprende a lidar com os conflitos(...) e a crescer em consciência.

Segundo Cloninger, só recentemente emergiu uma ciência integrada de bem-estar que considera o ser humano como “um todo físico, mental e espiritual que unifica todas as divisões tradicionais da psicologia, psiquiatria e neurociência” (Cloninger, 2004).

Estas novas tendências constituíram uma nova área de estudo, a Psicologia Positiva, não centrada nos estados disfuncionais do indivíduo, na identificação de sintomas de doença, na capacidade de elaborar diagnósticos e intervenções que levem à eliminação e/ou redução dos padrões comportamentais e psicológicos que provocam angústia e desajustamento (Cloninger, 2006) mas sim na experiência subjetiva positiva e nas características positivas de cada indivíduo (Seligman, Parks, & Steen, 2004).

Seligman e Csikszentmihalyi (2000) chamam a atenção para a necessidade de a psicologia ter uma preocupação muito além da saúde e da doença, e afirmam que ela deve voltar-se para a educação, trabalho, amor e desenvolvimento humano (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Assim, foi constituída uma nova área de estudo interessada na

compreensão dos processos de bem-estar e qualidade de vida emocional das pessoas - a Psicologia Positiva (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Surge uma abordagem sobre a qualidade de vida que exige análises mais subjetivas nos processos de avaliação sobre a vida, para responder a questões como: *“O que torna a nossa vida melhor?; Quais os indicadores subjetivos da qualidade de vida?; O que vem a ser a felicidade? Que aspetos determinam a nossa felicidade?; Que condições de vida são mais significativas para explicar o nosso bem-estar?”*(Cloninger, 2004).

O Conceito de Bem-estar consiste na avaliação subjetiva que um indivíduo faz da sua própria vida. Os primeiros estudos sobre o Bem-estar consideraram-no como uma experiência subjetiva afetiva, caracterizada pela presença de afetos positivos e ausência de afetos negativos (Bradburn, 1969, cit. in Diener, 1994). Mais tarde, o conceito de BES passou a incluir uma dimensão cognitivo-avaliativa e o grau de Satisfação com a Vida (SV) surge como outro indicador de BES avaliado pelo próprio indivíduo, em função da diferença entre a percepção da vida atual e a percepção de vida desejada (Bizarro, 1999 cit. in Gil & Marques Pinto, 2011) . A SV consiste na avaliação que o indivíduo faz da sua vida, segundo os seus próprios critérios com base num padrão de vida que ele estabeleceu para si próprio (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985). A componente afetiva resulta da avaliação subjetiva sob a forma de sensações e emoções através da medição da preponderância, duração e intensidade dos dois tipos de afeto: Afeto Positivo e Afeto Negativo (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999). Assim segundo Diener (1985) o Bem-estar deve ser entendido como subjetivo devido à subjetividade da experiência humana, deve incluir avaliações cognitivas para além da dimensão afetiva (afetos positivos e negativos

relevantes) e na avaliação da satisfação global com a vida devem ser tidos em conta os diversos domínios da vida do indivíduo (Diener et al., 1985).

1.2.2 Delimitação do conceito de Bem-Estar Subjetivo

O Bem-Estar Subjetivo (BES) é o termo psicológico empregado na literatura para designar felicidade. No meio académico utiliza-se a expressão “Bem-Estar Subjetivo” em lugar do termo felicidade, devido à diversidade de conotações que têm sido associadas a este conceito. Com efeito o aumento da investigação sobre o “Bem-Estar” provocou divergências relativamente à sua definição e delimitação (Diener, 1984). Por isso, termos como: Bem-Estar-Subjetivo (BES), Felicidade, Bem-Estar Psicológico (BEP), Qualidade de Vida (QV), Bem-Estar Hedónico (BEH), Bem-Estar Eudaimónico (BEE), Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) e Bem-Estar Ontológico tem sido utilizados como equivalentes de BES.

1.2.3. Bem-Estar Subjetivo e Bem-Estar Psicológico

O estudo do Bem-Estar tem sido dominado nas últimas décadas por duas abordagens essenciais: a abordagem centrada no BES que assenta na forma como as pessoas avaliam a vida em termos de satisfação e equilíbrio entre os afetos positivos e negativos (Diener, Lucas, & Oishi, 2002) e a abordagem centrada no Bem-estar Psicológico que visa o conhecimento sobre os desafios do desenvolvimento humano e existencial e do funcionamento psicológico positivo (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995). O Bem-estar psicológico (BEP) abarca um conjunto de competências do indivíduo, como a auto-direção e a autorealização que permitem ao indivíduo atingir a excelência pessoal e resulta da

interação entre as oportunidades, as condições de vida, a organização dos conhecimentos sobre si e sobre os outros e a forma como o indivíduo reage às exigências pessoais (Ryff, 1989; Ryff & Keys, 1995). O BEP assume-se como a realização do potencial humano (Ryff, 1995), porque considera que é através do crescimento psicológico que se chega à felicidade aprendida (Ryff & Keyes, 1995). Estas duas abordagens privilegiam explicações distintas sobre a natureza humana (Ryan & Deci, 2001) enquanto a abordagem hedónica (BES) privilegia os aspetos psicossociais, a qualidade e a satisfação com as condições e as circunstâncias de vida, a abordagem eudamónica (BEP) foca-se no desenvolvimento do adulto e da sua saúde mental. A integração destas duas abordagens no conceito de Bem-Estar é sugerida por alguns autores (Keyes & Shapiro, 2004; Ryan & Deci, 2001). Autores como Ryan e Deci (2001) salientam a importância de estudar a divergência e/ou complementaridade, das duas abordagens como forma de aceder aos diferentes processos intra-individuais. Estes autores preconizam que podemos partir de uma visão eudaimónica da natureza humana e avaliar as dimensões de funcionamento através dos instrumentos propostos pela definição de BEP e complementarmente medir a perceção de Bem-Estar através da medida de BES (Ryan & Deci, 2001; Keyes & Shapiro, 2004).

1.2.4 Bem-Estar Subjetivo e Qualidade de Vida

A avaliação da Qualidade de Vida (QV) é importante pois pode fornecer uma visão abrangente da problemática da deficiência visual que está além de avaliação clínica (Eniola, 2007).

Segundo Diener et al. (1985) a QV é sinónimo de qualidade de vida percebida. O conceito de QV tem assumido grande relevância e tem sido considerado um tema útil e importante para populações de todas as faixas etárias. Neste conceito destacam-se dois aspetos relevantes: a sua subjetividade e a sua multidimensionalidade. A subjetividade deve-se ao facto de cada pessoa poder apresentar a sua perceção individual do conceito enquanto a multidimensionalidade consiste na necessidade de observar a relação do indivíduo com várias dimensões da sociedade para se afirmar que tem QV. Assim, a avaliação da QV deve englobar dimensões como: a saúde física, mental e social e não apenas a ausência de doença; o nível de independência (física, mental, económica e profissional; as relações sociais (família, amigos, colegas); as relações do indivíduo com o contexto em que está inserido (país escola / emprego, cidade); a perceção subjetiva de satisfação e felicidade com a vida em domínios importantes para o indivíduo; a diferença entre as expectativas do indivíduo e a sua experiência atual; a perceção do indivíduo face à sua posição na vida, em termos do contexto cultural e do sistema de valores a que pertence, e em relação aos seus objetivos, expectativas, metas e preocupações (Gaspar & Gaspar de Matos, 2009; Gaspar et al., 2010).

Segundo a definição do grupo WHOQOL (Gaspar & Gaspar de Matos, 2009), a QVRS consiste na ideia que um indivíduo tem do seu estado de saúde. A QV emergiu como um conceito importante na avaliação do sistema de saúde aos níveis da prevenção, tratamento e reabilitação. Este conceito, é equivalente ao de bem-estar e consiste na perceção subjetiva de qualidade de vida conceptualizada como construto multidimensional baseado no BES (Helseth & Lund, 2005 cit. in Gaspar et al., 2010). Nesta perspetiva quando se analisam resultados que incluem medidas da QVRS em crianças e adolescentes,

é importante ter em conta a forma como estes encaram a sua saúde física, cultural, envolvimento social, stressores sociais, comportamentos de saúde, e os seus processos psicossociais, tais como o autoconceito (ideia que tem de si próprios), estilos de coping (diferentes formas de agir perante uma dificuldade), orientação para a vida (otimismo), suporte social (família, amigos) e educação parental (Gaspar & Gaspar de Matos, 2009). Assim, a QV e a saúde para além de constituírem domínios complementares, também se sobrepõem. Esta relação é acentuada nas crianças e jovens com deficiência (Canha, 2010). Com efeito, as crianças e jovens que apresentam deficiência, além de terem de enfrentar os problemas normais de vida diária, têm de lidar com os vários tipos de impacto da sua deficiência. Em consequência, as limitações primárias impostas pela deficiência aumentam a sua vulnerabilidade para efeitos secundários. Assim, a sobrevivência, a saúde e o bem-estar destas crianças e jovens depende da interação de muitos fatores como o envolvimento físico e social, a herança genética, saúde e funcionalidade, doença, cuidados de saúde, respostas individuais (comportamentais e biológicas), bem-estar e prosperidade (Evans & Stoddart, 1990). Neste contexto os serviços e programas de intervenção não devem focar-se só na prevenção da deficiência mas na resolução de condições secundárias que resultam da deficiência, promovendo uma comunidade inclusiva para todos, em que não existam barreiras que interfiram nas habilidades das pessoas com deficiência para promoverem a sua saúde (Canha, 2010). O treino destas habilidades em ambientes inclusivos é importante, pois reduz o stress, promove a resiliência, e a integração em programas de atividade física e recreação (Richard et al. 2009 cit. in Canha, 2010). A solidão constitui um aspeto relevante na vida destes jovens com consequências negativas na sua qualidade de vida, sendo entendida neste contexto, não como sinónimo de isolamento social mas como resultado de uma discrepância percebida pelo adolescente, entre a qualidade e quantidade de relações

interpessoais que mantém e aquelas que o indivíduo deseja ter. Programas de intervenção com os jovens com deficiência propiciadores de momentos de reflexão e auto-avaliação sobre o modo como se relacionam consigo próprios e com os outros, sobre as suas expectativas e as suas frustrações, podem ajudá-los a combater e prevenir o risco de solidão e respetivas consequências na sua qualidade de vida (Canha, 2010).

1.2.5. Bem-Estar Subjetivo e Bem-Estar Ontológico

O conceito de Bem-Estar Ontológico é equivalente ao de BES e consiste numa reorganização das variáveis cognitivas e afetivas do BES, constituindo uma nova definição do BES que passa a considerar a variável tempo, na medida em que o indivíduo pode avaliar a sua vida numa perspetiva de passado, presente e futuro (Şimşek, 2009).

Segundo Larsen (Larsen, Diener, & Cropanzano, 1987), uma pessoa com um balanço positivo entre afeto positivo e afeto negativo seria considerada uma pessoa feliz. No entanto esta conceção tem sido criticada por alguns autores que afirmam que as pessoas mesmo quando estão a sofrer se considerarem que a sua experiência tem significado e propósito, podem considerar-se felizes (Cassel, 1999 cit. in Cloninger & Zohar, 2011) .

1.2.6. Evolução do conceito de Bem-Estar Subjetivo

Apesar de o conceito de bem-estar ser considerado um conceito recente, a sua origem parece remontar a filósofos como Aristóteles e Platão. Estes filósofos ao tentaram desvendar o enigma da existência feliz parecem ter utilizado o conceito de bem-estar como

equivalente do conceito de felicidade, procurando definir os elementos essenciais à experiência humana positiva, que promoviam o prazer e a felicidade.

Apesar disso tem-se considerado que o conceito de bem-estar surgiu com os princípios ideológicos do Iluminismo, no século XVIII. Com efeito, este movimento filosófico considerava o desenvolvimento pessoal e a felicidade os valores essenciais para o bem-estar do indivíduo. A sociedade era considerada o meio de proporcionar aos cidadãos a satisfação das suas necessidades para uma vida boa (I. Galinha & Pais-Ribeiro, 2005). Nesta linha de orientação também o Utilitarismo no século XIX, indicou o desenvolvimento pessoal e a felicidade como as condições básicas para o bem-estar do indivíduo. Esta perspetiva fundamentou-se no princípio de que a melhor sociedade é aquela que providencia a melhor felicidade para o maior número de pessoas (Veenhoven, 1996). Mas no século XX com a extensão do progresso e por consequência, do bem-estar, o conceito passou a ser medido em termos de ganhos monetários (Veenhoven, 1996).

Na década de 60, o conceito de bem-estar torna-se mais abrangente, deixa de significar apenas bem-estar económico e passa a ter uma dimensão global. O Bem-Estar na vida passa a ser concebido como um todo, e a valorizar outras dimensões da vida dos indivíduos. Assim, para além de englobar os recursos materiais, o conceito de bem-estar passa a englobar outros aspetos que condicionam o bem-estar do indivíduo, como: a saúde, as relações inter-pessoais, a satisfação com o trabalho, a liberdade política, entre outros. Nas décadas seguintes, os estudos sobre o bem-estar que abrangeram vários países, refletiram mudanças conceptuais no conceito de bem-estar, de um sentido material para um sentido global.

A tese de Warner Wilson “*Correlates of Avowed Happiness*” ainda na década de sessenta pode ser considerada o marco teórico para o estudo do bem-estar. Wilson, um dos primeiros pesquisadores da área do BES, afirmou na sua tese sobre a Felicidade que as pessoas mais felizes eram as que tinham mais vantagens e descreveu a pessoa feliz como sendo uma pessoa jovem, saudável, com elevado nível educacional, bem remunerada, extrovertida, otimista, sem preocupações aparentes, religiosa, casada, com elevada auto-estima, com moral laboral, modestas aspirações e com uma vasta amplitude de níveis de inteligência (Wilson, 1967 cit. in Diener, 1999).

Wilson relacionou os conceitos de satisfação e de felicidade e defendeu dois princípios teóricos sobre o bem-estar. O primeiro princípio postula que a satisfação imediata de necessidades produz felicidade enquanto a persistência de necessidades por satisfazer causa infelicidade, e classificou as necessidades em três tipos: necessidades fisiológicas, necessidades de atividades estimulantes e prazerosas, e necessidades secundárias: afeição, aceitação, popularidade, status, realização e autoatualização. O segundo princípio postula que o grau de satisfação necessário para produzir felicidade depende da adaptação ou nível de aspiração do indivíduo, que é influenciado pelas experiências do passado, pelas comparações com outros, pelos valores pessoais e por outros fatores (Wilson, 1967 cit. in Diener, 1999).

Na década de setenta o termo bem-estar foi adotado pela Economia com o sentido de bem-estar material e consistiu na avaliação feita pelo indivíduo ao seu rendimento ou à contribuição dos bens e serviços que o dinheiro pode comprar para o seu bem-estar (Hodge, 1970).

Foi nos anos 80 que a arbitrariedade e a falta de consenso acerca da delimitação e definição do conceito se instalaram, devido à proliferação de estudos sobre o bem-estar, por diferentes áreas da psicologia. Na sequência da falta de consenso o construto divergiu em dois conceitos: o Bem-Estar Subjetivo (Diener, 1984) e o Bem-Estar Psicológico (Ryff, 1989).

O bem-estar psicológico assenta na corrente filosófica eudaimonista, engloba as competências do “eu” e visa a excelência pessoal, considerada a motivação central da existência (Ryff, 1989). O BES assenta na corrente filosófica hedonista e decorre da SV, dos afetos positivos e negativos e do sentimento de felicidade (Diener, 1984).

Com a constituição da OMS (OMS) surgiram os conceitos de promoção da saúde e de estilo de vida. O conceito de Bem-Estar aparece associado ao conceito de saúde, e a saúde é considerada como um extenso campo de bem-estar, que abrange as diferentes dimensões da vida do indivíduo, como o bem-estar físico, mental e social completo (OMS, 1946). A saúde passou a ser vista como um recurso para a vida de todos os dias, uma dimensão da qualidade de vida e não o objetivo de vida (Pais Ribeiro, 1999) e passa a ser definida como a extensão em que um indivíduo ou grupo é por um lado, capaz de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades, e por outro lado, de modificar ou lidar com o meio que o envolve (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005). Deste modo, com a viragem do foco da investigação para a dimensão positiva da saúde mental, o BES transforma-se no conceito chave de um campo de investigação emergente que é a Psicologia Positiva. A investigação científica na área da Psicologia Positiva foi muito incentivada e houve um extraordinário aumento de investigações sobre a Felicidade, o Otimismo, as Emoções

Positivas e os Traços de Personalidade, que conferiram ao BES uma posição de centralidade no campo da psicologia positiva.

Nesta perspectiva, o conceito de saúde mental deixa de se focar apenas nos fatores de perturbação, como a ansiedade e a depressão e passa a incluir dimensões positivas como o BES, a percepção de auto-eficácia, a autonomia, a competência, a auto-atualização do potencial intelectual e emocional próprio, entre outras (OMS, 2001). Deste modo, o BES passa a constituir uma dimensão da saúde mental (Diener, Suh, & Oishi, 1997), um estado vibrante de tonicidade muscular da mente e do espírito humanos. Martin Selligman, Presidente da American Psychological Association (APA) definiu como objetivo para esta associação perceber o que faz as pessoas sentirem-se preenchidas, envolvidas e significativamente felizes, e instituiu que a saúde mental deveria ser mais do que a ausência de perturbação mental (www.apa.org).

A aplicação do modelo Biopsicossocial à saúde mental e à saúde em geral, baseado numa abordagem integral e holística preconiza a multicausalidade da doença e passa a ter em conta fatores macrossociais, independentes das características biológicas, como as diferenças culturais, as consequências da guerra e dos desastres, condições sócio-económicas deficitárias, o suporte social insuficiente e os ambientes psicológicos adversos, que afirmam o papel determinante dos contextos na evolução de muitas doenças incluindo psiquiátricas.

1.2.7. Componentes do Bem-Estar Subjetivo

O BES resulta da avaliação que um indivíduo faz da sua própria vida. Apesar de ainda continuar a existir alguma divergência acerca da delimitação do conceito de BES (Lucas, Diener, & Suh, 1996) o conceito de BES tem essencialmente duas vertentes: um julgamento cognitivo de SV e um aspeto emocional, que consiste em dois componentes afetivos, positivo e negativo, independentes. Já McCullough, Huebner e Laughlin (McCullough, Huebner, & Laughlin, 2000) defendem um modelo tripartido de BES, em que os três componentes apesar de se interrelacionarem constituem construtos separados: a satisfação com a vida global; o afeto positivo; e o afeto negativo.

Diener, Suh, Lucas e Smith (1999) afirmam que o BES deve ser visto como uma área de estudo de interesse geral em vez de um construto específico. Estes autores distinguem três componentes primários do BES: satisfação, afeto prazeroso (sentimento agradável e positivo) e baixo nível de afeto desprazeroso (sentimento desagradável ou negativo); os três componentes formam um fator global de variáveis interrelacionadas (Diener et al., 1999).

Assim, as perspetivas atuais (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999) definem o BES como uma ampla categoria de fenómenos que inclui as respostas emocionais das pessoas, domínios de satisfação e julgamentos globais de SV.

No geral existe consenso entre os autores quer em relação à SV quer em relação à afetividade enquanto medidas de avaliação do BES (Bartels & Boomsma, 2009; Diener, 2009; Iolanda Galinha & Pais-Ribeiro, 2008).

Alguns investigadores não tem considerado nas suas investigações as variáveis suporte social e saúde e tem justificado com a introdução das variáveis sócio-demográficas a introdução do suporte social. A dimensão da saúde tem sido muito referida na literatura tanto do ponto de vista do bem-estar físico como do ponto de vista da saúde mental (C. R. Cloninger, 2008; Diener, 2009; Gaspar, Pais Ribeiro, Gaspar de Matos, Leal, & Ferreira, 2009; R. Gilman & Huebner, 2003; Ramos, Moreno, Rivera, & Pérez, 2010; Ribeiro, 1999).

No entanto os investigadores vêm referindo a necessidade de realizar estudos que possibilitem compreender a importância deste conjunto de variáveis no BES (Sheldon & Lyubomirsky, 2006).

1.2.7.1 Satisfação com a Vida (SV)

A SV constitui o componente cognitivo do BES e reflete uma avaliação cognitiva do próprio indivíduo de uma satisfação geral em relação à vida tomada como um todo (Lucas et al., 1996). O indivíduo avalia a SV a partir dos seus próprios critérios. Esta avaliação assenta na comparação das circunstâncias reais da vida do indivíduo com o que ele acredita ser o padrão adequado (Pavot, Diener, Colvin, & Sandvik, 1991). Este julgamento reflete o quanto esse indivíduo se percebe distante ou próximo das suas aspirações (Canha, 2010). Assim, quanto menor for a discrepância entre a percepção das realizações na vida do indivíduo e o seu padrão de referência, maior é a sua SV. Este julgamento abarca expectativas de futuro, caracteriza-se pela estabilidade e por não ser

totalmente dependente do estado emocional do indivíduo no momento da avaliação (Diener, 2000).

O indivíduo, ao avaliar a sua SV como um todo, examina aspetos reais da sua vida, pesa os aspetos positivos e negativos e chega a um julgamento de SV em geral. A avaliação da SV a partir dos diferentes domínios da vida é importante pois, resultados de estudos mostram que são os domínios mais próximos os mais relevantes para o indivíduo, e os que mais influenciam o BES (Diener, 1984). Assim, a SV está relacionada com áreas da vida dos sujeitos como a satisfação com a família, com os amigos, ou com o meio envolvente, que podem conduzir a elevados níveis de bem-estar (Suldo & Huebner, 2006 cit. in Tomé, Gaspar de Matos, Camacho, Simões, & Alves Dinis, 2010).

Nesta perspetiva, a SV é entendida como uma conceptualização cognitiva da felicidade ou do BES, pois sendo a SV fundamentalmente cognitiva, implica também um processo afetivo sendo que o termo refere-se tanto ao aspeto cognitivo como ao afetivo (Veenhoven, 1996).

Nos adolescentes, a SV por um lado, está muito relacionada com a discrepância percebida entre as suas aspirações (expectativas de futuro por influência familiar, por convicção pessoal, por influência cultural ou dos pares) e aquilo que os adolescentes conseguem nos domínios mais próximos e imediatos à sua vida pessoal (Silva, Matos, & Diniz, 2010) e por outro lado, está relacionada com vários aspetos da sua saúde mental - sintomas psicológicos, solidão e ansiedade - e também com a sua competência para se relacionar com os outros, facilidade em arranjar amigos, qualidade da relação com os amigos e utilização de aptidões de assertividade. Daí a importância atribuída aos fatores ecológicos e ao suporte social (Gaspar & Gaspar de Matos, 2009). Vários estudos

demonstram a importância da relação entre a ligação dos adolescentes com os pais e os pares e a SV durante a adolescência (Çivitci & Çivitici, 2009 cit. in Tomé et al., 2010). Alguns autores referem que os adolescentes com maior SV mantêm relações mais positivas e recebem maior suporte social de pares pais e professores (Gilman & Huebner, 2006 cit., in Tomé et al. 2010).

Assim, adolescentes com relações sociais positivas têm tendência a desenvolver modelos de funcionamento interno mais positivos e uma SV mais elevada (Gaspar et al., 2009). Foi encontrada uma elevada correlação positiva entre um estilo educacional mais autoritário dos pais e a SV dos adolescentes, afirmando a importância das ligações familiares (Gaspar et al., 2009). Em resumo, a literatura enfatiza a importância de estudar a SV como um construto psicológico positivo do período da adolescência. Sugere também que, através de estudos da SV, é possível identificar os grupos de risco em adolescentes, e implementar estratégias de intervenção. Estudos empíricos demonstram que a SV está relacionada com diversos atributos internos e externos. Por exemplo, os adolescentes que têm mais recursos económicos e mais suporte social percebido, relatam níveis mais elevados de SV. Estudos empíricos indicam também que a SV dos adolescentes diminui com a idade e que quanto mais velho for o adolescente menor SV ele relata. Além disso, a literatura revela que os rapazes têm níveis mais elevados de SV em geral, do que as raparigas.

A experiência de SV em adolescentes é considerada como uma força psicológica significativa (Bradley & Corwyn, 2004; Suldo & Huebner, 2006). Por isso, a percepção do adolescente acerca de sua qualidade de vida, pode ser o mais importante indicador do seu bem-estar (Suldo, Shaffer, & Riley, 2008).

Suh, Diener, Oishi e Triandis, (1998) cit. in Diener, 2000) demonstraram que a SV foi a dimensão mais importante da felicidade num estudo realizado em 7204 entrevistados de 42 países. Esta tendência também é relatada no estudo Health Behaviour SC da OMS (2010) que relatou um valor médio de 7 numa escala de 10 relativamente à SV em adolescentes portuguesas (HBSC, 2012).

Alguns estudos sugerem uma relação entre a SV e os factores positivos e negativos, internos e externos dos adolescentes (McCullough et al., 2000). McKnight, Huebner e Suldo (2002), corroboraram esta relação e relataram que os eventos de vida como neuroticismo, extroversão e stress foram associados aos níveis de SV de 1201 adolescentes (McKnight, Huebner, & Suldo, 2002). Também Fogle, Huebner e Laughlin (2002) efetuaram um estudo e obtiveram correlações positivas e significativas entre SV, a extroversão e a auto-eficácia social; encontraram uma correlação negativa entre neuroticismo e SV (Fogle, Huebner, & Laughlin, 2002).

Suldo e Huebner (2006), num estudo longitudinal com 816 adolescentes, referiram que a SV dos adolescentes foi negativamente relacionada com comportamentos exteriorizados em circunstâncias stressantes (Suldo & Huebner, 2006).

Do mesmo modo, Antaramian et al. (2008) realizaram um estudo com 457 adolescentes. Segundo o estudo, os adolescentes com famílias monoparentais tiveram menor SV do que os adolescentes com famílias nucleares (Antaramian, Huebner, & Valois, 2008).

Estudos empíricos também realçam a importância do ambiente escolar e das actividades relacionadas com a escola na SV, dos adolescentes. Por exemplo, Suldo et al. (2008) realizaram um estudo com 321 estudantes (68% mulheres, 32% do sexo masculino, com idade média de 15,71). No estudo, o clima escolar foi definido como o envolvimento dos pais nas relações dos alunos com a escola e professores. Foi concluído que o clima escolar relacionava-se positivamente com a SV de adolescentes. No mesmo estudo, constatou-se também que os alunos que violaram as regras da escola tendem a ter a SV mais baixa Suldo et al., 2008).

Também as expectativas dos adultos e a solidão têm influência na SV dos adolescentes (Canha, 2010). Uma maior SV, relacionou-se com expectativas positivas por parte dos pais e professores / monitores e menor número de sintomas psicológicos e solidão, bem como a uma maior capacidade de arranjar amigos e mais aptidões de assertividade. Para além disso, são os jovens que têm sentimentos de solidão que se encontram menos satisfeitos com a vida e os que apresentam mais sintomas físicos e psicológicos. Os jovens que se encontram a estudar estão mais satisfeitos com as suas vidas do que os que estão inseridos num Centro de Actividade Ocupacional ou em formação profissional, o que chama a atenção para a problemática preparação da transição para a vida dos jovens com deficiência (Canha, 2010).

1.2.7.2. Tonalidade Emocional – Aspetos Positivos e Negativos

A tonalidade emocional é um indicador da componente afetiva do BES (Fujita & Diener, 2005; Lyubomirsky & Sheldon, 2005; Ramos et al., 2010). Esta componente engloba dois domínios afetivos: o Afeto Positivo que se refere ao grau em que indivíduos

experienciam entusiasmo, agilidade e envolvimento prazeroso com o meio ambiente (e o Afeto Negativo que se refere ao grau em que os indivíduos experimentam estados de humor aversivo e sofrimento subjetivo (Fujita & Diener, 2005; Lyubomirsky & Sheldon, 2005; Ramos et al., 2010).

A investigação sugere que as emoções positivas têm efeitos mais importantes na saúde e no bem-estar do que as emoções negativas (Salovey, Rothman, Detweiler, & Steward, 2000). Emoções positivas e emoções negativas foram considerados fatores bipolares opostos pelo que alguns investigadores definiram este conceito como um balanço afetivo entre o nível de afeto positivo e o nível de afeto negativo, mas uma vez que esta combinação do afeto negativo e afeto positivo num balanço afetivo, pode originar perda de informação acerca de cada um dos dois tipos de afeto, foi sugerido que devem ser medidos separadamente, o que permite tirar conclusões distintas sobre os determinantes e consequências dos dois tipos de afetos (Diener, 2000).

Alguns autores consideram que os processos de regulação dos afetos positivos e negativos são distintos e afirmam que, ao experienciar acontecimentos negativos, é importante a utilização de estratégias de reavaliação positiva do significado, para aumentar as experiências emocionais positivas, porque elas podem ter benefícios ao nível do coping, e do bem-estar físico e psicológico do indivíduo (Folkman & Moskowitz, 2000). As capacidades de regulação emocional parecem contribuir mais para o bem-estar do que a vivência dos acontecimentos (Langston, 1994 cit. in Carvalho & Pinto, 2011). Fredriksson (2000 cit. in Carvalho & Pinto, 2011) defende que as emoções positivas aumentam o repertório de pensamentos e ações, alargando as formas habituais de funcionamento e reforçando os recursos pessoais (físicos, intelectuais, e sociais). A autora considera

fundamental cultivar as emoções que impelem o indivíduo na direção do fortalecimento do bem-estar emocional e da resiliência (Fredriksson, 2000 cit. in Carvalho & Pinto, 2011).

Alguns autores referem que as emoções negativas como a zanga, a tristeza e o medo tem uma função adaptativa a determinadas situações e que perante determinados estímulos estas emoções podem ser mais adequadas à preservação da saúde física e mental. Oishi, Diener & Lucas, (2007) defendem que apesar de um nível elevado de emoções positivas ser vantajoso para a maioria das pessoas, em certas circunstâncias podem não ser as mais adequadas. Os autores em 2006 constataram que as pessoas felizes eram mais sociáveis e mais satisfeitas com os relacionamentos interpessoais no entanto pessoas moderadamente felizes, apresentavam mais sucesso nos domínios da motivação para alcançar objetivos e uma situação monetária satisfatória (Diener, Lucas, & Scollon, 2006).

Existe alguma controvérsia relativamente ao balanço entre afeto negativo e afeto positivo – a plausibilidade da independência relativa entre afeto positivo e afeto negativo e alguns estudos demonstram correlações significativas inversas entre afeto positivo e afeto negativo, indicando que são dependentes. Estudos que consideraram a frequência do afeto positivo e negativo revelaram que as correlações entre as frequências são fortes e inversas, isto é, um tipo de afeto deve substituir o outro (Diener, 1984; Diener et al., 1985). Assim, quanto mais frequentemente uma pessoa experimenta, por exemplo afeto positivo, menos frequentemente ela apresenta afeto negativo. Desta forma, os dois afetos variam inversamente na sua frequência; correlacionam-se forte e diretamente quanto à sua intensidade, no entanto, frequência e intensidade de afeto não se correlacionam, uma vez que a frequência relaciona-se com medidas de BES, mas a intensidade não (Diener et al., 1985). Embora a intensidade de afeto não deva influenciar o nível de BES, pode

influenciar a sua qualidade (Diener et al., 1985).

1.2.7.3 Suporte Social

Durante as últimas décadas, a investigação social e psicológica demonstrou a importância dos contactos sociais e do suporte social na promoção do bem-estar (Helgeson, 2003 cit. in Gaspar, Pais Ribeiro, Leal, & Gaspar de Matos, 2008). O suporte social é considerado como um domínio multidimensional e os seus diferentes aspetos têm um impacto diferente nos indivíduos ou grupos. O conceito de suporte social engloba tanto os aspetos objetivos do social, tais como, número de amigos, frequência de contactos, intensidade de contactos, existência ou não de amigos íntimos, de redes sociais (contactos sociais mesmo que não seja com amigos), como os aspetos subjetivos, tais como a percepção que o indivíduo tem da adequação, e da satisfação com a dimensão social da sua vida. Recentemente a investigação começou a interessar-se pela importância do suporte social (relações de apoio com os pares, familiares, e outras pessoas importantes) no desenvolvimento social e emocional de jovens e adolescentes com deficiências (Kef, 1999 cit. in Kef & Dekovic, 2004).

Os estudos sobre o suporte social têm demonstrado a importância da percepção que o indivíduo tem relativamente consistentes sobre o papel de destaque da percepção que se tem face à disponibilidade dos outros como forma de recurso. A percepção do suporte social parece desempenhar um papel importante na predição e concretização de domínios como as estratégias de *coping*, bem-estar, saúde psicológica e física ao longo do ciclo de vida (Besser & Priel, 2007).

Alunos com dificuldades de aprendizagem que frequentam turmas inclusivas parecem enfrentar maior risco social do que os colegas com médio e alto rendimento (Simões, Matos, Ferreira, & Tomé, 2010). Além disso, as crianças preferem os colegas sem dificuldades de aprendizagem e crianças com dificuldades de aprendizagem tendem a ter um status social mais baixo do que as crianças com um rendimento médio/alto.

Existe um “suporte social percebido” e “suporte social recebido” e é importante distinguir o suporte “percebido” do suporte efetivamente recebido (Cohen, 1992; Cramer, Henderson, & Scott, 1997). É consensual que o suporte social de familiares, pares e outras pessoas relacionadas é muito importante para o desenvolvimento social e emocional dos indivíduos e contribui para o bem-estar do indivíduo (Kef & Decovik, 2004). O suporte social define-se como a existência ou disponibilidade de pessoas em quem o indivíduo pode confiar, pessoas que mostram que se preocupam com ele, que o valorizam e gostam dele (Sarason, Shearin, Pierce, & Sarason, 1987). Assim, o suporte social é considerado um fator externo, entendido como a natureza das interações que ocorrem nas relações sociais, principalmente na forma como são avaliadas pelo indivíduo. O suporte social refere-se aos recursos que estão ao dispor dos indivíduos e unidades sociais (tais como a família) para dar resposta aos pedidos de ajuda e assistência, e tem duas fontes: formal (familiares, amigos, vizinhos, padre) e informal (grupos sociais, igreja, clubes, etc) (Dunst & Trivette, 1990 cit. in Pais Ribeiro, 1999).

O suporte social tem também efeitos positivos ao nível da saúde, pois indivíduos que referem mais suporte social aderem mais facilmente a comportamentos promotores da saúde (Adler & Mathews, 1994). Além disso, a má saúde é mais referida entre indivíduos com falta de suporte social, e este parece estar mais associado à saúde nas mulheres do que

nos homens (R. Schwarzer & Leppin, 1989; R. Schwarzer & Leppin, 1991). No entanto, o suporte social dos amigos que geralmente contribui para o bem-estar do indivíduo também pode constituir um fator de risco para a saúde mental e bem-estar pessoal de crianças e jovens. Apesar de as relações com os amigos serem uma fonte de capital social na infância e na adolescência, algumas relações interpessoais são marcadas pelo conflito, pelo que, em lugar de promoverem a proteção do bem-estar, podem constituir um risco para a saúde e bem-estar pessoal e relacional (Gaspar de Matos, 2010). Por isso, o suporte social pode não constituir uma relação apoiante (Antonucci et al. 2000 cit. in Loureiro, 2006). Para além disso, a percepção do suporte social não é apenas função da qualidade ou quantidade do suporte, mas do resultado das características individuais, tais como: personalidade, expectativas, necessidades e preferências de quem o recebe.

Estudos têm demonstrado que os aspetos, componentes ou dimensões do suporte social têm impacto diferente consoante o grupo etário. Num estudo com jovens em que se cruzam várias medidas susceptíveis de avaliar diferentes dimensões de suporte social, fornecidas por vários agentes, confirmou-se que, para a população portuguesa a fonte de suporte social mais importante é a família (Henly, 1997); Ribeiro, 1994 cit. in Pais Ribeiro, 1999). Noutro estudo foi verificado que para os adolescentes, a família, naquele caso os pais, constituíam a principal fonte de suporte (Vilhjalmsson, 1994).

O suporte escolar dos pais representa o elemento chave para o sucesso académico do aluno e para a sua saúde mental (Pomerantz, Moorman, & Litwack, 2007) e os estudos HBSC enfatizam as relações entre o suporte escolar assegurado pelos pais por um lado, e a saúde dos adolescentes, ajustamento, problemas de conduta, ansiedade, depressão, satisfação escolar e sucesso académico por outro (Matos, Dadds, & Barrett, 2006). No

entanto, alguns autores referem que o suporte social parental também pode causar problemas de saúde mental em crianças e adolescentes: baixa situação socioeconómica, estrutura familiar, relações familiares difíceis, pais com problemas de saúde mental. No entanto (Klimes-Dougan e colaboradores (2010) sugeriram que problemas de externalização precoce são resultado de défices na auto-regulação, e que crianças que apresentam dificuldades de autoregulação quase sempre causam disrupções no pensamento (Klimes-Dougan et al., 2010).

Interações positivas dos alunos com os professores e pares também contribui fortemente para a participação nas atividades da escola. Outros fatores que contribuem fortemente para a participação dos alunos são a autonomia e o locus de controlo interno. Os alunos com estas características percebem o meio ambiente como mais satisfatório isto é percebem mais oportunidades para participar (Almqvist & Granlund, 2005).

Da qualidade do suporte social advém o apoio essencial em situações de crise (Jones & Brigh, 2001 cit. in Loureiro, 2006; Straub, 2002 cit. in Loureiro, 2006; Vaux, 1985). Assim, o suporte social, ao favorecer sentimentos de competência / auto-eficácia e emoções positivas permite aos indivíduos que eles lidem melhor com os acontecimentos que interferem no bem-estar.

1.2.7.4. Saúde Mental

1.2.7.4.1.A Dimensão Positiva da Saúde Mental

De acordo com Suldo e Huebner (2006) um dos princípios fundamentais da psicologia positiva é o pressuposto de que a prevenção da psicopatologia é mais eficaz quando os esforços centram-se na construção de forças dos indivíduos e não apenas na resolução dos défices dos indivíduos (Suldo & Huebner, 2006).

A segunda guerra mundial aumentou o número de doenças e distúrbios psicológicos, o que fez com que a psicologia concentrasse os seus esforços na cura da doença mental (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). No entanto, apesar de a psicologia ter centrado os seus esforços durante décadas no tratamento da patologia, o estado da saúde mental no mundo continua a ser preocupante. Segundo a OMS existiam em 2011, 450 milhões de pessoas que sofriam de algum tipo de perturbação mental, no mundo. Cloninger no seu livro “Feeling Good” chama a atenção para a ineficácia dos tratamentos biomédicos convencionais. O autor também adverte para o facto de que a quantidade de pessoas que estão felizes e satisfeitas com a vida não ter aumentado e preconiza que é necessário que a psicologia, psiquiatria e neurociência se constituam como uma ciência integrada para fazer face a este problema de saúde.

Assim, em resposta ao apelo da comunidade científica a psicologia positiva foca a investigação na dimensão positiva da saúde mental, para a necessidade de investir em áreas de estudo, que fossem de encontro às necessidades e aspetos do funcionamento psicológico positivo, como as emoções positivas, otimismo, amor, gratidão, felicidade e criatividade (Martin & Bueno, 1997). Assim a saúde passa a ser entendida como um extenso campo

de bem-estar, que abarca as diferentes dimensões da vida do indivíduo, como o bem-estar físico, mental e social completos (OMS,1948).

De acordo com a OMS (2011), a saúde mental é uma parte integrante e essencial à saúde:

Saúde é um estado de completo bem-estar físico , mental e social e não meramente ausência de doença ou enfermidade (...) Saúde mental é um estado de bem-estar em que o indivíduo toma consciencia das suas capacidades, consegue lidar com os fatores stressantes da vida quotidiana, trabalhar produtivamente e ter um contributo na sua comunidade. Nesta perspetiva positiva , a saúde mental é a base do bem-estar individual e do funcionamento eficiente de uma comunidade (Fact sheet nº 220 Setembro 2010).

O novo conceito de saúde impõe assim uma alteração no modelo de intervenção dos profissionais de saúde mental que deve passar a incluir não só o tratamento dos sintomas de doença, mas também o desenvolvimento dos pontos fortes do indivíduo com vista à obtenção de um estado de saúde mental mais completo (C. Robert Cloninger & Zohar, 2011; R. Gilman & Huebner, 2003). Esta perspetiva não pressupõe que a saúde mental ignore os fatores de perturbação, como a ansiedade e a depressão mas implica a valorização de dimensões positivas como o BES, a percepção de auto-eficácia, a autonomia, a competência , a auto-atualização do potencial intelectual e emocional próprio, entre outras (OMS, 2001).

Esta nova perspetiva de saúde beneficiou do contributo da teoria biopsicossocial ao aplicar este modelo à saúde mental e à saúde em geral. Este modelo proporcionou uma visão integral do ser e do adoecer que compreende as dimensões física, psicológica e social,

Assenta numa abordagem integral e holística que preconiza a multicausalidade da doença e passa a ter em conta fatores macrossociais, independentes das características biológicas, como as diferenças culturais, as consequências da guerra e dos desastres, condições sócio-económicas deficitárias, o suporte social insuficiente e os ambientes psicológicos adversos, que afirmam o papel determinante dos contextos na evolução de muitas doenças incluindo psiquiátricas.

Outro contributo importante para a implementação do novo conceito de saúde, foi a Teoria da Salutogénese Humana (Human salutogenesis Theory) desenvolvida por Antonovsky (1987) cit. in Antonovsky, 1996). Esta teoria enquadra-se nesta nova perspetiva de saúde ao defender que a investigação sobre fatores patogénicos que provocam doença deve ser desenvolvida paralelamente à investigação sobre fatores da génese salutar que causam ou mantêm a saúde.

A promoção deste conceito de saúde torna-se fundamental porque a saúde mental ao afetar o funcionamento individual tem como consequência a perturbação do funcionamento da sociedade em geral porque incapacita os cidadãos (Ravens-Sieberer, Erhart, Gosch, & Wille, 2008). Esta perspetiva põe em relevo as teorias de promoção de saúde que acentuam a necessidade de distinguir entre eventos de vida negativos e positivos, considerar se os eventos são controláveis, e explorar os mecanismos de enfrentamento utilizados (Antonovsky, 1996). Neste sentido, Keyes (2006) identifica a Saúde Mental com o BES e afirma que a Saúde Mental é uma síndrome que combina sintomas de bem-estar emocional com bem-estar social e psicológico. Defende que a saúde mental é um estado completo de BES e BEP e que os indivíduos com elevada saúde mental são mais eficientes, mais produtivos e menos sujeitos a problemas de saúde. Com

base nestes pressupostos a saúde mental e conseqüentemente, o BES constituem-se como valores fundamentais para o indivíduo.

1.2.7.4.2. Saúde Mental e Bem-Estar Subjectivo

Para Diener, Suh & Oishi, (1997) distinção ente BES e saúde mental passa a constituir um aspeto de fundamental relevância (Diener, Suh & Oishi, 1997) porque na perspectiva dos autores o BES não é sinónimo de saúde mental, e não pode ser confundido BES com saúde mental ou saúde psicológica pois uma pessoa em estado de delírio pode sentir-se feliz ou satisfeita com a sua vida, mas não se pode, no entanto, afirmar que esta tem saúde mental. Do mesmo modo uma pessoa que não está consciente das suas emoções pode dizer que é feliz, mas não pode ser considerada como tendo saúde psicológica completa. Assim, estes autores concluem que o BES não é condição suficiente para o bem-estar psicológico, podendo não ser essencial para a saúde mental; mas é, sem dúvida, uma condição desejável para o indivíduo.

No entanto a Literatura mostra que o BES apesar de ter sido associado negativamente a estados de depressão (Bonicatto, Dew, Zaratiegui, Lorenzo, & Pecina, 2001; Nes, Roysamb, Tambs, Harris, & Reichborn-Kjennerud, 2006), a transtorno de ansiedade generalizado (Ruini et al., 2003) e a maior sintomatologia em primeiro estado psicótico (Uzenoff et al., 2010) também tem sido associado positivamente a maior rapidez da remissão em depressões leves a moderadas (Seligman, Rashid, & Parks, 2006). Segundo Nes et al., 2006 indivíduos com altos níveis de neuroticismo e baixos níveis de BES apresentam maior risco de depressão (Nes et al., 2006). Também Ryff et al (2004) sugeriram que o bem-estar poderá funcionar como fator protetor ao desencadeamento da depressão (C. D. Ryff, Singer, & Dienberg Love, 2004).

Corroborando esta posição (Juster et al., 2011) utilizaram um modelo alostático (AL) que representa uma proposta interdisciplinar para conceptualizar e quantificar de forma compreensível o stress em relação com as patologias, através do ciclo de vida. O índice allostático consiste num conjunto de biomarcadores que foram estudados e foi provada a sua relação com níveis de stress e com o desenvolvimento de psicopatologia, o que prova que existe um efeito do stress no corpo e que um problema psicológico pode gerar alterações hormonais e ao longo do tempo estar associados a piores resultados de saúde (Juster et al., 2011).

1.2.7.4.3. Saúde Física e Mental na Adolescência

Na adolescência o jovem desenvolve novos padrões de relacionamento com a família com os pares e com a cultura circundante (Hendren, 1990 cit. in Bolat et al., 2011) Intensifica o nível de contacto com o sexo oposto para que o desenvolvimento da identidade sexual seja concluída. Desenvolve a capacidade cognitiva, o pensamento concreto é substituído pelo pensamento abstrato e estabelece o seu próprio sistema de valores. Ocorrem também grandes mudanças a nível físico (Archibald et al, 2006 cit. in Bolat et al. 2011). Os adolescentes estão em situação de aprender a usar habilidades cognitivas recentemente adquiridas, a fim de fazer a transição da dependência da infância para a autonomia da vida adulta. O adolescente desenvolve padrões de relacionamento novo com a sua família e com a cultura circundante neste período (Hendren, 1990 cit. in Bolat et al. 2011).

As conclusões do estudo HBSC da OMS em Portugal, em 2010 revelou que este período da vida dos jovens portugueses é caracterizado por altos níveis de bem-estar e que tem comportamentos responsáveis com baixo consumo de álcool, tabaco e substâncias ilícitas e que a maioria (82,7%) dos jovens declara sentir-se feliz. No entanto alguns referem sintomas psicológicos semanais ou mesmo diários, nomeadamente tristeza, irritação e nervosismo, assim como sintomas físicos (dor de cabeça, estômago, costas, pescoço). Os sintomas de mal-estar físico e psicológico e o estatuto socioeconómico não implicam pior perceção de bem estar físico e psicológico. No entanto, o estudo revela diferenças relativas ao género: as meninas apresentam mais comportamentos de internalização (por exemplo: sintomas de mal-estar físico e psicológico e insatisfação com a vida) e os rapazes apresentam mais comportamentos de externalização (diversas formas de violência, consumo de álcool e drogas). Os adolescentes mais velhos apresentam mais comportamentos de risco (por exemplo nos consumos) e menos comportamentos de proteção (boa comunicação com os pais).

1.2.7.4.4. Promoção da Saúde

A promoção da saúde é fundamental ao longo de todo o ciclo vital mas é mais eficaz durante a infância e adolescência. Com efeito, tanto os comportamentos saudáveis como os não saudáveis adquiridos na adolescência, tendem a manter-se e a afetar a trajetória de saúde do indivíduo ao longo de todo o ciclo vital (Murta, Del Prette, & Del Prette, 2010). Deste modo a adolescência constitui uma etapa determinante para a consolidação dos hábitos de saúde e estilos de vida (Elliot, 1993 cit. in Jiménez-Iglesias, Ramos, Rivera, & Moreno, 2010).

Foi neste contexto que surgiu o conceito de “trunfo” para a saúde (Morgan, 2010). O autor considerou este conceito como qualquer fator que aumente a capacidade dos indivíduos, comunidades e populações para manter e melhorar a sua saúde e bem-estar. Neste âmbito realizou um estudo que teve como objetivo a aplicação do conceito de “capital social” como “um trunfo” para a saúde, e bem-estar dos jovens. O autor salienta que os fatores que podem ter impacto sobre a capacidade do adolescente para lidar com as diferentes pressões que enfrenta na infância e na adolescência estão relacionados com as suas próprias susceptibilidades genéticas para ter uma boa saúde, com a sua família, com os eventos de vida e com o seu meio ambiente (especialmente a escola) (Morgan, 2010).

1.2.7.4.5. A Escola e a Promoção da Saúde

Na sociedade atual a Escola é um dos principais agentes de socialização, (Raimundo & Marques Pinto, 2005 cit. in Neves & Marques Pinto, 2011). Atualmente a população escolar inclui uma grande diversidade multicultural e multilinguística, uma grande heterogeneidade de alunos a nível da motivação e das competências de aprendizagem e um número crescente de alunos com NEE de carácter permanente. Grande parte dos alunos com NEE incluídos nas escolas do ensino regular apresentam défices cognitivos, socio-emocionais e de personalidade graves, e conseqüentemente apresentam dificuldades de aprendizagem. A eficácia da escola atual depende da sua capacidade de, no processo de ensino/aprendizagem incluir todos estes alunos. Atualmente é na escola que crianças e jovens passam a maior parte do tempo, por isso ela constitui o local privilegiado de promoção para a saúde. Assim, a escola enquanto estrutura sócio-organizativa assume uma importância extrema na vida das crianças e adolescentes, podendo constituir uma força positiva ou negativa no seu desenvolvimento e bem-estar (McManus, 1997 cit. in Neves &

Marques Pinto, 2011). A promoção para a saúde escolar deve estar integrada nos documentos da política da escola. Deste modo as escolas devem ter um papel ativo na melhoria da saúde e bem-estar de crianças e jovens e, em articulação com a família e a própria comunidade, funcionar como "laboratórios" de aprendizagem que fornecem orientações, explícitas e implícitas proporcionando oportunidades de crescimento pessoal (Frydenberg, 1996 cit. in Neves & Marques Pinto, 2010)

O investimento na saúde e bem-estar das crianças e dos jovens é essencial para o sucesso e a sustentabilidade das gerações futuras (Samdal, Viig, & Wold, 2010). A aquisição de hábitos de saúde mental nesta fase da vida vai depender o estado de saúde do futuro adulto (Morgan, 2010). Corroborando estas perspectivas, Moreira e colaboradores, num estudo cujo principal objetivo foi avaliar as propriedades psicométricas do Inventário de Temperamento e Caráter Júnior em adolescentes portugueses, salientaram que as escolas devem implementar estratégias suportadas empiricamente, para a promoção das competências sociais e emocionais (como auto-conceito, auto-controle, auto-regulação a tomada de decisão, etc) que constituem componentes essenciais do desenvolvimento da personalidade e bem-estar e que a definição de sucesso escolar baseada apenas em medidas de desempenho académico é deficitária (Moreira, Oliveira, Cloninger, Azevedo et al., 2012).

1.2.7.4.6. Competências Sócio-Emocionais e Saúde Mental

A relação entre as competências emocionais e a psicopatologia veio chamar a atenção para variáveis que interferem negativamente no desenvolvimento da criança, como

o insucesso escolar , o mau comportamento e a necessidade de uma intervenção cada vez mais precoce. Por isso é fundamental promover uma sequência de desenvolvimento em que a criança adquira capacidades reguladoras fundamentais para a adaptação social a partir do controle das funções emocionais e cognitivas desde o início da vida. Uma infância precoce e com muitas adversidades provoca efeitos adversos na saúde física e mental do futuro adulto (Taylor, Way, & Seeman, 2011). Um estudo com crianças e adolescentes de um escola especial indicou que a avaliação de variáveis comportamentais e emocionais são preditoras de resultados académicos negativos, que podem ter consequências a nível da saúde mental dos jovens (Lane, M.Barton-Arwood, Nelson, & Wehby, 2008). Também Moreira e colaboradores (2003 cit. in Moreira, Moreira, Crusellas, & Sá, 2004) salientam que a escola tem falhado na sua missão de preparar os indivíduos para desempenharem um papel adaptativo na sociedade e que estes continuam a apresentar vulnerabilidades e a desenvolverem perturbações de funcionamento, o que sugere que o modelo de educação seguido é inadequado às necessidades da população portuguesa (Moreira, 2003 cit. in Moreira et al, 2004). Assim, estes autores consideram que é pertinente uma nova abordagem à Educação e à Escola, que valorize as variáveis sócio-afetivas do indivíduo e as inclua intencionalmente no ensino obrigatório ao mesmo nível das variáveis cognitivas. Segundo os autores as habilidades sociais e emocionais são cruciais para o desenvolvimento e bem-estar da criança e constituem fatores de proteção contra os problemas de comportamento e distúrbios de saúde mental. Também Martin Seligman (2011) considera necessária uma revolução na educação mundial, para que, para além dos conteúdos programáticos, sejam ensinadas as competências do bem-estar pois elas constituem um antídoto para a depressão, uma forma de aumentar a satisfação com a vida e uma ajuda para aperfeiçoar a aprendizagem e o pensamento criativo (Seligman, 2011).

As aprendizagens precoces (infância e adolescência) de competências sociais e emocionais são importantes para enfrentar de maneira produtiva e construtiva as mudanças vitais e reduzir os riscos de problemas de saúde mental (Humphrey, Curran, Morris, Farrell, & Woods, 2007). De entre as competências emocionais decisivas para o desenvolvimento da saúde do adolescente, um estudo cujo objetivo era avaliar a competência social em crianças e adolescentes, salientou a assertividade. Destacou a relevância da assertividade como um conceito bem diferenciado que indica a flexibilidade de adaptação considerando-a um conceito-chave na prevenção do risco interpessoal (Gaspar de Matos, Nahama, Petit, & Sacchi, 2010). Possuir esta competência social significa que o indivíduo tem capacidades sociais suficientes para fazer valer os seus direitos e expressar as suas necessidades, sem que, para tal, tenha que ser sempre agressivos, reivindicativos ou, pelo contrário, tímidos (Cottraux, 1976 cit. in Gaspar de Matos et al., 2010). Segundo a autora, os défices de assertividade provocam uma perda de auto-estima, sentimentos de dor e raiva contida, tensões internas, muitas vezes reprimidas que se manifestam em queixas somáticas e que, por vezes, resultam em depressão generalizada.

Moreira e colaboradores (2010) realizaram um estudo em Portugal durante um período de 4 anos, para avaliar um programa de promoção de habilidades sociais e emocionais em crianças do ensino básico que incluiu as seguintes competências sócioemocionais: auto-controlo e auto-regulação; auto-conceito e auto-estima; comportamento cognitivo, emocional e diferenciação; habilidades sociais e assertividade; promoção de emoções e experiências positivas; regulação emocional e gestão e resolução de problemas e tomada de decisão. A avaliação desta intervenção teve resultados mais positivos para as crianças que receberam a intervenção em comparação com aquelas que

não foram incluídas no programa (Moreira et al. 2010). Estes resultados confirmam que as competências sociais e emocionais são cruciais para o desenvolvimento da criança e do seu bem-estar (Guerra & Bradshaw, 2008 cit. in Moreira et al. 2010), e que atuam como fatores de proteção contra problemas de comportamento e distúrbios de saúde mental (Dennis et al. 2007 cit. in Moreira et al., 2010).

Albbe (1982), psicólogo pioneiro na prevenção de psicopatologias, indicou uma fórmula para mostrar como o desenvolvimento de fatores de proteção, e o recurso a competências que estão na base da prevenção primária em saúde mental: a incidência de psicopatologia é igual aos stressores de maior vulnerabilidade genética (numerador) dividido por autoestima, mais rede de apoio, mais coping (denominador). Assim enquanto as variáveis do numerador referem-se aos fatores de risco, (violência, sexismo, heterossexismo, homofobia) as variáveis do denominador referem-se aos fatores de proteção competências sociais assertivas, empatia, habilidades de resolução de problemas, fortalecimento de relações de amizade, busca de recursos da comunidade, serviços de saúde e legislação favorável aos direitos humanos) (Albbe, 1982 cit. in Murta et al., 2010). Neste sentido um estudo com crianças e adolescentes com deficiência mental mostram fatores como a idade, sexo, privação social, composição familiar, número de eventos potencialmente stressantes, a saúde mental dos cuidadores primários da criança, o funcionamento familiar e as práticas de gestão da criança são fatores que estão associados com um maior risco de psicopatologia (Emerson, 2003).

1.2.7.4.7. Saúde Mental e Personalidade

A compreensão do desenvolvimento da personalidade fornece uma forma sistemática de promoção da saúde (Cloninger, Zohar, & Cloninger, 2010). A compreensão

da relação da personalidade com o bem-estar, pelos profissionais de saúde mental, é fundamental para a promoção da saúde e para a redução do sofrimento e incapacidade (Amering & Schmolke, 2009 cit. in Cloninger & Zohar, 2011; Cloninger, 2006). Estes autores investigaram o impacto da estrutura de carácter sobre um conjunto de medidas de bem-estar: as emoções positivas, as emoções negativas, SV, a percepção de suporte social e saúde percebida, e concluíram que as diferenças individuais na personalidade estão na origem de uma extensa dimensão de psicopatologia.

Corroborando esta perspetiva um estudo que relaciona personalidade, temperamento e psicopatologia do desenvolvimento, em crianças (De Pauw & Mervielde, 2010) revelou que traços de infância como temperamento / personalidade facilitam uma visão geral dos resultados das pesquisas mais importantes sobre o papel do temperamento e da personalidade no desenvolvimento de ansiedade, depressão, ADHD, o comportamento proativo e reativo anti-social (De Pauw & Mervielde, 2010).

Também Cox e colaboradores (2010) realizaram um estudo em que adotaram o conceito de desenvolvimento em cascata e preconizaram que a aquisição das capacidades reguladoras pode ser entendida como uma cascata de mudanças nos parâmetros de controlo, induzida pela integração progressiva de fatores biológicos, sistemas transacionais e socioafetivos sobre o desenvolvimento (Cox, Mills-Koonce, Propper, & Garipey, 2010).

1.2.8. Modelos Teóricos do Bem-Estar Subjetivo

Ao longo das últimas décadas foram desenvolvidos vários modelos teórico-metodológicos com o objetivo de explicar o funcionamento e organização do BES (Diener, 2009).

1.2.8.1. Teorias *Bottom-up* e *Top-down*

As teorias *Bottom-up* e *Top-down* constituem duas perspectivas teóricas opostas (Diener et al., 1999). Na perspectiva de Diener (1984), haveria duas abordagens predominantes. Uma abordagem destinada a formular a relação causal entre o bem-estar num domínio específico da vida (relacionamentos interpessoais, habitação, trabalho etc) e outra a formular a relação do bem-estar com a vida em geral (Diener, 1984). Deste modo a abordagem *Top-down* (literalmente, “de cima-para-baixo”) representa a relação causal no sentido do bem-estar geral para o bem-estar nos domínios particulares da vida. Inversamente, a abordagem *Bottom-up* (“de baixo-para-cima”) postula que o bem-estar com a vida em geral é uma resultante do bem-estar em vários setores da vida do indivíduo e desempenharia um papel causal sobre o bem-estar em geral.

As teorias *Bottom-up* precederam as teorias *Top-Down*. Estas teorias centraram as suas preocupações na identificação dos fatores externos, nas situações e nas variáveis sócio-demográficas – influências situacionais, que afetam a felicidade. Baseam-se no pressuposto de que existe uma série de necessidades humanas universais e básicas e que a satisfação ou não dessas necessidades viabiliza ou inviabiliza a felicidade (Diener, 1984). Warner Wilson, um dos primeiros pesquisadores da área do BES em 1967 apresenta uma teoria de explicação da felicidade, baseada no pressuposto de que a pronta satisfação das necessidades é que causa a felicidade, enquanto a persistência da não satisfação das necessidades causa a infelicidade. Foi a partir dos estudos desenvolvidos por Wilson sobre a satisfação e a felicidade que o BES passa a ser estudado de forma integrada pelas perspectivas *Bottom-up* e *Top-Down* (Deci & Ryan, 2006).

As teorias *Top-down* constituem, uma abordagem focalizada nos processos internos do indivíduo-fatores intrínsecos, como por exemplo, os valores pessoais. Estas teorias assentam no pressuposto de que é a interpretação subjetiva dos eventos que primariamente influencia o BES, ao contrário das circunstâncias objetivas das teorias *Bottom-up*. De acordo com estas teorias existe uma propensão geral para as pessoas interpretarem os eventos e circunstâncias de forma positiva ou negativa. Essa tendência influencia as interações momentneas do indivíduo com o mundo, assim uma pessoa experiencia prazeres porque é feliz e não o contrário. Conseqüentemente, é a interpretação subjetiva dos eventos que primariamente influencia o BES, ao contrário das próprias circunstâncias da vida.

Investigadores como Argyle, 1999 cit. in Hernández, 2006) afirmam que os recursos (nível económico, saúde, idade, educação, religião, estado civil) apenas explicam 15% da variação do BES, enquanto outros defendem que o BES é explicado, em grande medida, por traços de personalidade, tais como, boa aceitação de si mesmo, baixa pontuação em neurose e alta extroversão.

1.2.8.2 Teorias da Personalidade

Foi talvez devido ao fraco poder preditivo das variáveis demográficas e situacionais sobre o BES que alguns investigadores recentraram as suas pesquisas na relação entre personalidade e BES e verificaram que características de personalidade tem impacto no modo como as pessoas reagem aos eventos e situações. Assim a investigação tem-se preocupado em mostrar o poder preditivo dos traços de personalidade, recursos e esforços pessoais em relação ao BES (Tellegen et al., 1988).

As teorias da Personalidade focalizam-se nos processos internos do indivíduo (valores pessoais) que afetam a felicidade. Assumem que o indivíduo possui uma predisposição para interpretar as situações, as experiências de vida, de forma tanto positiva como negativa e essa tendência influenciaria a avaliação de vida. Segundo esta perspectiva, os componentes cognitivos e afetivos do bem-estar apresentam-se consistentes nas pessoas ao longo do tempo e das situações, correlacionando-se com traços específicos e construtos da personalidade (Giacomoni, 2004).

1.2.8.3. Teoria da Inteligência Emocional e Modelos Mentais

A perspectiva designada por Teoria da Inteligência Emocional e Modelos Mentais (modos de ver e interpretar a realidade, de natureza diferente dos da inteligência racional) caracteriza-se por introduzir uma componente emocional na explicação do BES, baseada em estratégias cognitivo-emocionais. Adota uma posição conciliadora com o objetivo de prever e explicar o BES através da Inteligência Emocional. A inteligência emocional é considerada uma habilidade cognitiva na gestão das emoções em três dimensões: cognoscitiva (que consiste em conhecer e discriminar as emoções próprias ou alheias), regulativa (controlar e regular as emoções próprias ou alheias) e mediacional (considerar as emoções para a produção do pensamento ou para motivar, planificar e obter benefícios) (Hernández, 2006). No entanto, segundo este autor o aspeto mais relevante da inteligência emocional é que esta assenta em estratégias cognitivas de vida, com as quais manejamos as cognições e emoções em função de um maior BES e comunitário. A inteligência emocional deveria reconhecer as principais estratégias cognitivo-afetivas usadas ao antecipar, relacionar, avaliar ou explicar a realidade já que revelaram-se ferramentas eficazes para

explicar o ajustamento emocional e adaptação das pessoas assim como o rendimento escolar em geral (Costa & McCrae, 1980; Hernández, 2006) .

A teoria dos Modelos Mentais postula que o fator extroversão, constituído por traços como sociabilidade, vigor e envolvimento social, correlacionam-se com os afetos positivos, enquanto o fator neuroticismo, constituído por traços como ansiedade, hostilidade e impulsividade correlacionam-se com os afetos negativos. Esta relação entre extroversão e afetos positivos e neuroticismo e afetos negativos também foi referida por outros investigadores (Diener et al., 1985; Steel, Schmidt, & Shultz, 2008) .

1.2.8.4. Teorias da Discrepância

As teorias da discrepância postulam que os indivíduos, ao avaliarem suas vidas, comparam-se a vários padrões incluindo outras pessoas, condições passadas, aspirações e níveis ideais de satisfação e necessidades ou metas (Michalos, 1985). O julgamento das satisfações está baseado nas discrepâncias entre as condições atuais reais dos indivíduos e os padrões com os quais estabelecem a comparação.

A Teoria de Discrepância Múltipla de Satisfação (Michalos, 1985) postula que a felicidade é resultante de um processo de comparação social entre as condições atuais em relação a múltiplos padrões. As pessoas, ao avaliarem as suas próprias vidas, comparam-se a vários padrões incluindo outras pessoas, condições passadas, aspirações e níveis ideais de satisfação e necessidades ou metas. Uma discrepância que envolve uma comparação ascendente, isto é, quando o padrão de comparação é mais elevado, resultará no decréscimo da satisfação, enquanto uma comparação com um padrão inferior resultará no

aumento da satisfação. A idéia é de que alguém será mais feliz se estiver próximo de outros que possuem condições piores, e mais infeliz se estiver próximo de outros com melhores condições. Pesquisas desenvolvidas na área de comparação social lançam dúvidas sobre a abordagem da comparação social na relação com o BES (Buunk, Collins, Taylor, VanYperen, & Dakof, 1990; Diener & Fujita, 1995; McFarland & Miller, 1994; Wood, Taylor, & Lichtman, 1985).

Em relação às aspirações, Wilson (1967 cit. in Bolat et al. 2011) postulou que altos níveis de aspirações eram a principal ameaça para a felicidade. A idéia geral era de que alto nível de aspiração leva à infelicidade, bem como pode desencorajar as pessoas no sentido de alcançarem seus objetivos. (Markus e Nurius, 1986) sugerem que a discrepância entre o nível de aspiração do indivíduo e o padrão atual em que se encontra, estão relacionados ao BES.

1.2.8.5. Modelo Hedonic Treadmill (Escada Rolante Hedónica)

Este modelo também designado por modelo de adaptação ou Modelo Homeostático do BES foi desenvolvido por Brickman e Campbell em 1971 e valoriza o processo de adaptação do indivíduo (Cummins, Lau, Mellor, & Stokes, 2009). Preconiza que o indivíduo possui um conjunto de sistemas psicoemocionais que lhe permitem adaptar-se, criando respostas para as situações e retornar a um estado de prontidão para reagir a novas situações. A adaptação ocorre como resposta a um estímulo que é constante ou repetitivo (Lyubomirsky & Sheldon, 2005). O tema de adaptação e habituação tem sido considerado um componente central nas teorias do BES. Segundo Diener e colaboradores (1997) as

peessoas tendem a adaptar-se aos eventos bons e maus da vida. A ideia de adaptação é de que inicialmente as pessoas reagem fortemente aos novos eventos ou circunstâncias da vida, mas com o decorrer do tempo habitua-se e retornam à linha de base inicial (Diener et al., 1997).

Este princípio hedónico baseia-se no pressuposto de que o indivíduo possui um ponto de neutralidade hedónica ao qual regressa sempre, devido à força da adaptação (Lyubomirsky et al. 2005). De acordo com o modelo de adaptação hedónica alguns acontecimentos parecem afetar o nível de BES mas trata-se de um impacto aparentemente temporário.

Um estudo de Brickman et al. 1978, com pessoas vítimas de acidentes que ficaram gravemente incapacitados registou níveis não muito mais baixos do que os apresentados por pessoas que tinham ganho a lotaria (Brickman, Coates, & Janoff-Bulman, 1978).

No entanto, Tellegen e colaboradores (1988) colocam em questão a teoria da neutralidade hedónica e sugerem que existe um nível de base fixo determinado por fatores hereditários (Tellegen et al., 1988). A partir de um estudo cujo objetivo era avaliar a relação entre personalidade, eventos da vida, nível de adaptação e BES, verificaram que após reações iniciais fortes, tanto para eventos adversos quanto para eventos favoráveis, os indivíduos tendem a retornar a linha de base original do bem-estar. Os resultados do estudo indicaram que eventos recentes geralmente têm maior impacto no BES comparados aos eventos ocorridos no passado. Também verificaram que o nível da adaptação ou habituação pode ser influenciado pela personalidade das pessoas e que pessoas felizes tendem a experienciar eventos bons e pessoas infelizes a experienciar eventos negativos. Esta premissa é refutada por Lucas e colaboradores após ter verificado num estudo

realizado com indivíduos com doenças crónicas graves, descidas nos níveis de felicidade motivados pela doença que perduram, e não regressam ao nível de base (Lucas, Clark, Georgellis, & Diener, 2003).

Em 2006, Diener e colaboradores propuseram uma revisão do modelo de adaptação hedónica sugerindo que o foco de investigação devia incidir na identificação dos fatores responsáveis pelas alterações de carácter permanente ou a longo prazo, dos níveis de BES e as alterações de carácter momentâneo, com readaptação aos níveis iniciais (Diener et al., 2006). Segundo os autores o ponto de regresso varia de pessoa para pessoa sendo positivo e não neutro, contrariamente ao defendido na teoria do Hedonic Treadmill.

Alguns autores continuam a defender a validade deste modelo considerando a adaptação um conceito psicológico importante mas defendem que este deve evoluir para um fenómeno de adaptação parcial porque os indivíduos não se adaptam a todas as circunstâncias. Sugerem que a adaptação seja vista como um fenómeno mais flexível (Diener et al. 2006; Diener et al. 2009).

1.3.O Bem-Estar Subjetivo em Alunos com Deficiência Visual

Um estudo realizado por Simões e colaboradores revelou diferenças a nível do suporte social (família, escola e pares) entre adolescentes com NEE e adolescentes sem NEE (Simões et al., 2010). Os adolescentes com NEE apresentaram mais dificuldades ao nível da comunicação com os pais, na relação com os pares e maiores dificuldades na escola. Além disso, praticavam menos exercício físico, tinham menos amigos, afirmaram mais frequentemente que os professores consideravam a sua capacidade académica inferior

à média, referiram menos frequentemente que se sentiam felizes e mais frequentemente que se sentiam tristes ou sozinhos e que eram muitas vezes provocados na escola. Sentiam também mais pressão com os trabalhos de casa e tinham pior perceção da sua saúde do que os adolescentes sem NEE (Simões et al., 2010).

Neste contexto, torna-se relevante investigar o BES dos adolescentes com deficiência visual em áreas de pesquisa dos comportamentos relacionados com a QVRS, SV, tonalidade emocional e suporte social, o que poderá contribuir para identificar défices em níveis de funcionamento relevantes destes adolescentes, contribuindo para detetar e corrigir precocemente problemas potenciais e aumentar o BES dos adolescentes.

Assim, o objetivo do presente estudo é avaliar o BES dos adolescentes com deficiência visual através de um compósito de quatro indicadores: perceção do suporte social, SV, tonalidade emocional e saúde mental. Pouco se sabe acerca da perceção de BES nos adolescentes com deficiência visual. Não se conhece nenhum estudo que tenha avaliado o BES destes adolescentes através de um compósito destes quatro indicadores. Na literatura encontramos estudos realizados em diversos países, que ao investigarem o funcionamento psicossocial de adolescentes com deficiência visual, estudaram alguns dos indicadores, de forma isolada. Estes estudos podem ajudar a perceber os índices do BES nos adolescentes com deficiência visual de forma parcial. No entanto, o estudo do BES a partir de um indicador compósito poderá contribuir para avaliar o seu nível de forma mais completa e conclusiva. Os estudos no âmbito do BES em adolescentes devem ter em conta a relação entre variáveis demográficas (idade, género e estatuto socio-económico), características intrapessoais (auto-conceito, extroversão, locus de controlo interno) e características sociais (família, escola, grupo de pares e comunidade) (Gaspar, Matos, Ribeiro & Leal, 2005 cit. in

Gaspar et al., 2008). Numa perspectiva de abordagem psicossocial, o desenvolvimento humano é influenciado por fatores individuais em interação com fatores ambientais. Neste modelo de desenvolvimento a rede de suporte social do adolescente é constituída fundamentalmente por três sub-sistemas: a família, a escola e o grupo de pares (Bronfenbrenner, 1979).

A importância destas componentes é destacada pelos investigadores de acordo com as variáveis investigadas nas suas pesquisas.

Helgeson (2003 cit. in Gaspar et al., 2008) destaca a rede social e o suporte social percebido como a característica fundamental no desenvolvimento e bem-estar dos adolescentes, pois no período da adolescência os jovens querem sentir-se incluídos, e não ser considerados diferentes ou especiais por causa da sua deficiência visual (Kef e Dekovic, 2004). Huurre e Aro (2000) salientaram a importância das relações interpessoais para o bem-estar dos adolescentes. Também Kef e Dekovic (2004) investigaram o modo como os problemas de relacionamento com o mundo exterior, podem afetar os sentimentos de felicidade e de adaptação psicossocial dos adolescentes com deficiência visual. Huurre e Aro (1998) investigaram a relação da estrutura e funcionamento das redes pessoais de suporte social de adolescentes com deficiência visual (Huurre & Aro, 1998).

Alguns autores concluíram que o Suporte Social Positivo era fundamental para o bem-estar dos adolescentes com deficiência visual. No entanto, alguns estudos sobre as relações sociais e as redes de suporte de adolescentes com deficiência visual têm sugerido que muitos adolescentes com deficiência visual têm menos amigos e redes sociais de menores dimensões do que os adolescentes sem deficiência visual, que as relações mais

próximas dos adolescentes com deficiência visual são os pais e que recebem suporte social a partir deles. Poucos estudos têm demonstrado o efeito positivo do suporte social, especialmente o dos seus pares, no bem-estar dos adolescentes com deficiência visual (Kef, 2005).

Kef (2005) estudou as relações entre o suporte social e o BES entre os adolescentes com deficiência visual ou adolescentes com outras condições incapacitantes e não encontrou diferenças estatisticamente significativas, a nível das dimensões das redes de suporte social e da quantidade de suporte social de adolescentes com e sem deficiência visual. Os resultados também revelaram que as dimensões da rede de suporte dos adolescentes com deficiência visual eram afetadas pelo tipo de educação que tinham recebido e pelo local onde viviam. Adultos jovens que viviam com as suas famílias, e os adolescentes que frequentavam escolas integradas apresentaram menor dimensão da rede. Em relação ao bem-estar psicológico, o estudo sugeriu que os níveis de auto-estima e aceitação da deficiência aumentaram com o tempo. Os adolescentes do sexo feminino, os adolescentes que viviam com suas famílias, os que frequentavam escolas integradas e os cegos tiveram *scores* menores no bem-estar e na auto-estima.

No entanto, Huurre (2000) estudou as médias da dimensão e da composição das redes sociais entre adolescentes com e sem deficiência visual na Finlândia e concluiu que o tamanho médio das redes sociais de adolescentes com deficiência visual foi menor do que o dos adolescentes do grupo controle. A dimensão das redes sociais das raparigas foi maior do que a dos rapazes em ambos os grupos de adolescentes, mas especialmente entre os adolescentes com deficiência visual (Huurre, 2000).

Kef (2005) adverte para o facto de as relações entre o suporte social e o BES entre os adolescentes com deficiência visual ou adolescentes com outras condições incapacitantes não terem sido muito estudadas, mas refere que alguns estudos têm demonstrado o efeito positivo do suporte social, especialmente a partir de pares, no bem-estar e adaptação de adolescentes com deficiência.

Estudos realizados sobre as relações sociais e redes de suporte social de adolescentes com deficiência visual referem que muitos adolescentes com deficiência visual têm menos amigos, menos contactos sociais e redes sociais de menores dimensões do que os adolescentes sem deficiência visual, que os adolescentes com deficiência visual eram mais solitários e isolados do que adolescentes sem deficiência visual e que as suas redes sociais eram constituídas principalmente por familiares e parentes (Kef 1999). Os adolescentes com deficiência visual também apresentaram um menor número de membros da família, vizinhos e amigos relativamente aos adolescentes sem deficiência (Kef, 1999). Apesar disso, muitos adolescentes com deficiência visual também referiram que recebiam suporte social dos amigos (Kef, 1999). No entanto alguns deles relataram que, embora os amigos íntimos os aceitassem, não podiam falar com eles sobre a sua deficiência visual e referiram que o suporte social nas questões relativas à deficiência provinha principalmente de seus familiares em especial os pais, e dos profissionais. O suporte material, tal como suprimentos e equipamentos adequados foram considerados fatores muito importantes para uma inclusão bem sucedida dos adolescentes com deficiência visual (Bishop, 1986).

Os resultados de um estudo de Rosenblum (2000) revelaram que um grande número de adolescentes afirmaram que não eram compreendidos pelas suas famílias, que

os seus pais restringiam a sua independência e tratavam-nos de maneira diferente dos seus irmãos e que para esses adolescentes ser independente era sinónimo de ser feliz. Noutros estudos foram referidos efeitos negativos do Suporte social dos amigos. Rosenblum (2000) realizou um estudo em que envolveu adolescentes com e sem deficiência visual e os seus melhores amigos. Os adolescentes com deficiência visual relataram sentimentos negativos sobre a sua deficiência visual, e quase todos eles relataram sofrer casos de provocação, diretamente relacionados com a sua deficiência .

Também Huurre e Aro (2000) realizaram estudos nesta população e referiram que os adolescentes cegos congénitos tiveram mais problemas no relacionamento com os amigos que os adolescentes com baixa visão e do que os que ficaram cegos mais tarde na vida. Neste estudo a maioria dos adolescentes com deficiência visual relatou que a deficiência visual interferia com as suas relações sociais, que provocava atitudes negativas dos outros para com eles e salientou a importância de obter suporte social adequado para lidar com a sua deficiência. Outro estudo referiu que os adolescentes divergiram quanto ao modo como ocupavam o seu tempo livre. Os adolescentes com baixa visão ocupavam o tempo em atividades passivas e passavam a maior parte do tempo sozinhos, e que era mais difícil manter o seu relacionamento com amigos com visão do que com amigos com deficiência visual, e que a sua aceitação pelos colegas sem deficiência visual eram problemáticos e que a deficiência visual afetou o seu relacionamento em termos das actividades que poderiam realizar Rosenblum, 1998 cit. in Rosenblum, 2000).

No estudo de Rosenblum (2000) a maior parte dos adolescentes afirmaram que não eram compreendidos pelas suas famílias e relataram que os seus pais restringiam a sua independência e tratavam-nos de maneira diferente dos seus irmãos. Neste mesmo estudo

Rosenblum (2000) concluiu que a insensibilidade dos professores às necessidades especiais dos alunos com deficiência visual em ambientes integrados fez com que os adolescentes com deficiência visual se sentissem humilhados e frustrados, o que resultou em sentimentos de raiva para com a sua deficiência. Referiu também que a maioria dos adolescentes participantes perceberam-se como não incluídos na hierarquia social das suas escolas. Eles relataram que as atitudes negativas dos colegas sem deficiência visual relativamente à sua deficiência faziam-nos excluir-se. Huurre e Aro (2000) consideraram a família alargada, os amigos e a família chegada, os contextos de suporte social mais relevantes. No estudo a maioria dos adolescentes com deficiência visual relatou que a deficiência visual interferia com as suas relações sociais, que provocava atitudes negativas dos outros para com eles e salientou a importância de obter suporte social adequado para lidar com a sua deficiência.

Kef (1999) não encontrou diferenças relativamente ao grau de importância do suporte social dos membros da família e parentes, entre adolescentes com e sem deficiência visual. Tanto adolescentes com deficiência visual como sem deficiência visual consideraram o suporte dos pais (especialmente a mãe), mais importante, principalmente na interação íntima, suporte material, assistência física, orientação e feedback. Segundo estes autores, análises que examinaram vários tipos diferentes de suporte tiveram uma contribuição específica em prever o bem-estar, mostraram que os resultados descobertos para as medidas de suporte total eram largamente causadas pelos efeitos do suporte emocional. Na opinião dos autores a importância dos pares para os adolescentes cegos reflete a necessidade da sua independência relativamente aos pais, e o seu desejo de serem tão normais quanto possível. Kef e Dekovic (2004) num estudo sugeriram que sentir-se

independente e sentir-se feliz estavam correlacionados positivamente nos adolescentes com deficiência visual.

Alguns autores sugerem que a deficiência pode não causar necessariamente problemas no funcionamento social (Schindele, 1974 cit. in Huurre & Aro, 1998; Singh, 1988 cit. in Huurre & Aro, 1998; Stephens & Noris-Baker, 1984 cit. in Huurre & Aro, 1998; Van Hasselt, 1983 cit. in Huurre & Aro, 1998) e a nível da auto-estima, pois num processo de desenvolvimento do adolescente, bem sucedido a pessoa com deficiência pode desenvolver-se, crescer, tornar-se bem adaptada e emocionalmente equilibrada (Huurre & Aro, 1998).

No entanto muitos estudos na área da deficiência demonstram que existe evidência de que uma deficiência pode colocar os adolescentes em risco psicológico. Este risco pode estar relacionado com a sua contínua necessidade de cuidados médicos, serviços educacionais especiais e a todo um conjunto de serviços sociais, bem como outras respostas da comunidade, o que pode causar sobrecarga emocional no adolescente (Cadman, Boyle, Szatmari & Offord, 1987).

Frequentemente as necessidades médicas das crianças e jovens com deficiência tendem a ser o primeiro foco de atenção, deixando para segundo plano os assuntos relacionados com a saúde mental que, deste modo, não recebem a atenção suficiente. Gaspar e Gaspar de Matos (2009) consideram importante que as necessidades psicológicas e pessoais deste grupo especial de jovens sejam entendidas por pais, professores e clínicos, para que lhes sejam dadas respostas eficazes (Gaspar & Gaspar de Matos, 2009). A literatura chama a atenção para o facto de a investigação sobre a psicopatologia do adolescente não se restringir à saúde mental positiva, apesar de a generalidade dos

adolescentes não apresentar psicopatologia (Gilman & Huebner, 2003) . Vários estudos relataram uma alta incidência de transtornos psiquiátricos em crianças cegas (Jan et al., 1977). O autor chama a atenção para o facto de os critérios utilizados em diagnósticos serem baseados em populações de indivíduos sem deficiência, o que não permite diferenciar os sintomas externos de um distúrbio psiquiátrico ou da deficiência visual em si.

A deficiência pode resultar também em restrições de moderadas a graves no desempenho de papéis sociais relacionados com o trabalho, lazer, família e amizades. Estes desafios são mediados por diversos fatores: fatores intrapessoais, interpessoais e situacionais. Assim, por um lado a pessoa deficiente pode sentir que não tem nada a oferecer às outras pessoas, e por outro, pode ser alvo de reações negativas por parte das outras pessoas (Cook-Clampert, 1981 cit. in Kef & Dekovic, 2004). Deste modo, os deficientes visuais são confrontados com um conjunto de factores de stress, como a imprevisibilidade e o estigma social que constituem constrangimentos substanciais sobre a capacidade de manter e reestruturar as relações (Lyons et al., 1995 cit. in Kef & Dekovic, 2004).

Por outro lado, na adolescência os jovens sentem necessidade de valorização pessoal, de se sentirem produtivos, úteis para os outros, de disporem de sistemas de suporte e de os saberem usar, de fazerem escolhas informadas e de acreditarem num futuro com oportunidades reais (Hendren, 1990 cit. in Huurre & Aro, 1998).

Os adolescentes com NEE, poderão ter de enfrentar riscos e desafios acrescidos decorrentes das suas limitações que, devido a um ambiente de barreiras físicas e atitudinais poderão restringir a sua participação nas mais diversas áreas da vida (Simões et al. 2010).

Este contexto pode provocar nos adolescentes problemas de saúde mental que condicionam o seu BES (Barkmann, 2003 cit. in Ravens-Sieberer et al., 2008) e que podem ser mais acentuados nos adolescentes com deficiência visual já que estes enfrentam não somente os desafios comuns ao desenvolvimento, mas também o esforço acrescido pelo seu *handicap* físico (Huurre & Aro, 1998).

Também Bolat e colaboradores (2011) realizaram um estudo na Turquia em que não encontraram diferença significativa entre os adolescentes com e sem deficiência visual relativamente aos níveis de depressão e auto-conceito (Bolat et al. 2011). No entanto os autores explicaram que o resultado pode dever-se ao facto de o estudo incluir apenas cegos congénitos, que não passaram por uma experiência de perda de visão, que poderia ter tido graves efeitos traumáticos. No mesmo estudo foram encontrados níveis de ansiedade significativamente maiores em adolescentes com deficiência visual. Sabe-se que as crianças com deficiência visual podem apresentar atraso motor e atraso nas competências sociais resultantes da inadequação das suas primeiras experiências, que podem contribuir para uma independência e uma socialização inadequadas (Kirk et al. 2000). Os adolescentes com deficiência visual podem apresentar níveis mais elevados de ansiedade do que os adolescentes com visão o que também se deve ao facto de os adolescentes com deficiência visual apresentarem mais problemas de orientação e a probabilidade de terem acidentes ser maior do que na população em geral.

Segundo Costello e colaboradores (2003) a prevalência do transtorno depressivo em adolescentes é de 20%. Huurre e Aro (1998) afirmam que os adolescentes com deficiência visual são menos propensos a participar de atividades sociais do que os seus colegas sem deficiência visual. Os deficientes visuais podem passar por um período

depressivo como resultado de problemas vividos na vida social com amigos, e nas relações afetivas e sexuais com o sexo oposto.

Na literatura parece existir poucos estudos centrados na QVRS em populações com deficiência visual, em particular adolescentes com deficiência visual. No entanto um estudo conduzido por Wong et al. (2009) que investigaram o impacto da deficiência visual na qualidade de vida dos adolescentes concluíram que os níveis de funcionalidade psicossocial e escolar eram significativamente mais baixos em adolescentes com deficiência visual do que nos adolescentes com visão, no entanto o nível de qualidade de vida geral era semelhante nos dois grupos.

São raros os estudos encontrados na literatura sobre a SV em adolescentes com deficiência visual. Na Turquia, Aydemir (2009) investigou os preditores da SV nos adolescentes com deficiência visual. O estudo sugeriu que a idade e o suporte familiar percebido predisseram significativamente a satisfação de vida total dos adolescentes. Neste estudo a auto-avaliação de SV dos participantes foi prevista pelo nível significativo de percepção de comprometimento e nível económico. A SV relacionada com os amigos foi predita de forma significativa pelo apoio social percebido dos amigos. A SV familiar foi predita pelo suporte familiar percebido e pela idade dos participantes. Também Rosenblum (1998) mostrou que alguns dos adolescentes com deficiência visual, relataram que a deficiência visual afetou o seu relacionamento em termos das actividades que poderiam realizar conseqüentemente a sua SV. Por sua vez num estudo de Kef e Dekovic (2004), os adolescentes com deficiência visual relataram altos níveis de bem-estar, o que levou os autores a colocar a hipótese desses altos níveis de bem-estar se deverem ao facto de a

maioria dos deficientes visuais não estarem a ter suporte profissional, estarem a viver em casa e frequentarem mais o ensino regular do que a escola especial para cegos.

Relativamente à Tonalidade Emocional os desafios da adolescência nos jovens com deficiência visual podem provocar frustrações e causar stresse e perturbação emocional, nível de afeto inconstante, aumento da oscilação emocional, e o jovem é muitas vezes dominado pela turbulência emocional. Podem apresentar mau humor e agredir os outros sem razão aparente.

O adolescente com deficiência visual pode sentir vergonha ou raiva pelo facto de as suas auto percepções serem baseadas nas opiniões de pais, irmãos e professores que podem criticar ou ignorar o progresso feito pelo adolescente. Os alunos com deficiência tendem a apresentar um tempo de atenção reduzido e altos níveis de frustração que podem estar associados a sentimentos de baixa auto-estima (Kok, 2002) e podem não ter auto-confiança e sentirem-se inúteis à comunidade e à sociedade, não tendo motivação para se desenvolverem. Todas as pessoas que fazem parte do ecossistema do adolescente (pais, escola, colegas e comunidade) isto é, todas as pessoas do meio ambiente do adolescente devem contribuir para o desenvolvimento das suas habilidades e confiança. O deficiente visual pode sentir-se um estranho num mundo concebido para pessoas que veem (Kapp, 1991), podendo ser afetado emocionalmente pela sua deficiência visual e por situações decorrentes da inadequação do meio ambiente, o que pode levar à frustração, desmotivação e deceção com a sociedade (Nontobeko, 2008).

Os adolescentes com deficiência visual sentem-se muitas vezes negligenciados, isolados, indesejados e rejeitados. Estas emoções negativas geralmente resultam de uma

falta de amor, aceitação e apoio de suas famílias, professores, colegas e membros da comunidade. Por esta razão os adolescentes com deficiência visual são frequentemente temperamentais e podem apresentar sentimentos de raiva e ódio.

Assim, a deficiência visual pode ter um efeito devastador sobre a vida e personalidade de crianças e adolescentes, bem como suas famílias e amigos principalmente no aspecto emocional, em particular durante os anos de frequência escolar.

1.4 Objetivos e Hipóteses de estudo

Objetivo

O objetivo do estudo descrito nesta dissertação foi avaliar diversos indicadores de BES em crianças e jovens com deficiência visual. Foram quantificados indicadores de BES em crianças e jovens com deficiência visual. Pretendeu-se comparar os níveis de BES das crianças e jovens com deficiência visual com os níveis de BES de jovens com visão normal.

Neste sentido testaram-se as seguintes hipóteses:

H1: Hipótese alternativa : As crianças e adolescentes com deficiência visual apresentam níveis mais baixos de BES do que as crianças e adolescentes sem deficiência visual.

H2: As crianças e adolescentes com deficiência visual apresentam níveis mais baixos de Satisfação com a Vida do que as crianças e adolescentes sem deficiência visual.

H3: As crianças e adolescentes com deficiência visual apresentam níveis mais baixos de Tonalidade Emocional positiva do que as crianças e adolescentes sem deficiência visual.

H4: As crianças e adolescentes com deficiência visual apresentam níveis mais baixos de Satisfação com o Suporte Social do que as crianças e adolescentes sem deficiência visual.

H5: Crianças e adolescentes com deficiência visual apresentam níveis mais baixos de Qualidade de Vida do que as crianças e adolescentes sem deficiência visual.

2. Metodologia

2.1. Amostra

Participaram neste estudo dois grupos de crianças e adolescentes. Num dos grupos participaram 33 crianças e adolescentes com deficiência visual, livres de condições incapacitantes adicionais, enquanto no outro grupo participaram 355 sem deficiência visual e também livres de outras incapacidades. As crianças e adolescentes que participaram neste estudo frequentavam escolas públicas da zona norte de Portugal Continental situadas nos seguintes concelhos: Porto, Vila Nova de Gaia, Barcelos, Esposende, Chaves, Paredes, Vila Real, Famalicão, S.Tirso, Oliveira de Azeméis, Braga e Chaves. O grupo com deficiência visual incluiu crianças e adolescentes com cegueira e baixa visão. Frequentavam o 2º Ciclo 36.4% dos alunos, 42.5% frequentavam o 3º Ciclo e 18.2% frequentavam o Ensino Secundário. No grupo sem deficiência visual, 0.6% dos alunos frequentavam o ensino pré-escolar, 15.7% frequentavam o 1º Ciclo do Ensino Básico, 20.2% dos alunos frequentavam o 2º Ciclo, 34.5% frequentavam o 3º Ciclo e 22.2% frequentavam o Ensino Secundário.

Na Tabela 2.1 podemos observar que os adolescentes com deficiência visual tinham idades compreendidas entre os 10 e os 20 anos (média = 13.6; desvio padrão = 2.9) e as crianças e adolescentes do grupo sem deficiência visual tinham idades compreendidas entre os 4 e 20 anos (média = 13.1; desvio padrão = 3.1).

No grupo com deficiência visual, 69% das crianças e adolescentes eram do sexo masculino e 31% do sexo feminino. No grupo de crianças e adolescentes sem deficiência visual 52.1% eram do sexo masculino e 46.6% do sexo feminino.

Tabela 2.1.

Valor mínimo (Min), Valor Máximo (Max), Média (M) e desvio padrão (DP) da idade dos alunos com deficiência visual (Gcd) e do grupo de alunos sem deficiência visual (Gsd).

| <i>Alunos com deficiência visual</i> | | | | | <i>Alunos sem deficiência visual</i> | | | | |
|--------------------------------------|-----|-----|------|-----|--------------------------------------|-----|------|-----|---------------|
| | | | | | <i>p</i> | | | | |
| | Mín | Max | M | DP | Mín | Max | M | DP | (Mann-Witney) |
| Idade (anos) | 4 | 20 | 13.1 | 3.1 | 10 | 20 | 13.6 | 2.9 | 0.299 |

$p < 0.05$ foi considerado estatisticamente significativo.

2.2. Instrumentos

O BES foi avaliado através dos seguintes instrumentos:

Qualidade de Vida - A KIDSCREEN 10 é um instrumento breve de avaliação da qualidade de vida e bem-estar para crianças dos 8 aos 18 (Erhart et al 2009). É um instrumento desenvolvido a partir do KIDSCREEN de 52 itens que avalia 10 dimensões, e do KIDSCREEN de 27 itens que avalia 5 dimensões, criados durante o desenvolvimento de um projeto da Comunidade Europeia levado a cabo por Raven-Sieberer e colaboradores para a avaliação da qualidade de vida (Raven-Sieberer et al., 2008; Erhart et al., 2009; Berra et al., 2007). O KIDSCREEN 10 foi adaptado à população portuguesa em simultâneo com a adaptação a outros 14 países: Áustria, Bélgica, Bulgária, Alemanha, Gronelândia,

Luxemburgo, Macedónia, Roménia, Rússia, Eslovénia, Espanha, Suíça, Turquia e Reino Unido (Erhart et al. 2009). Esta escala é composta por 10 itens (“Sentiste-te bem e em forma?”) e para cada um existe uma possibilidade de respostas, tipo Likert, que vai desde “1 – nunca” até “5 – sempre”. A escala apresenta boa consistência interna demonstrando boas propriedades psicométricas (Erhart et al 2009).

Esta escala avalia uma característica unidimensional global de QVRS (Rajmil et al., 2006) e permite decifrar dois fatores, correspondendo o primeiro à componente afetivo-emocional (AE) e o segundo à componente cognitiva (CO). As questões são colocadas num limite temporal “pensa na última semana” e o aluno responde numa escala de Likert de cinco pontos entre “nada” e “totalmente”. O questionário Kidscreen está apresentado no Anexo I.

Satisfação com a Vida (SV) - A Escala Breve com a SV foi desenvolvida por Huebner (1997) para avaliar a SV. É constituída por seis itens e cada um avalia uma dimensão diferente, (Família, Amigos, Escola, Self, Ambiente onde vive, Vida em geral. Para cada um dos itens existem sete possibilidades de resposta (“Terrível”, “Infeliz”, “Insatisfatória”, “Em parte satisfatória e em parte insatisfatória”, “Satisfatória”, “Agradável”, “Fantástica”) apresentadas numa escala tipo Likert e a sua consistência interna é aceitável (Huebner, Antaramian, Hills, Lewis & Saha, 2011).

Satisfação com o suporte social - A Escala Breve de Satisfação com o Suporte Social mede a satisfação com o suporte social e foi desenvolvida em 2009 por Gaspar e colaboradores (Gaspar et al., 2009). Esta escala é composta por 12 itens, seis itens avaliam a dimensão “satisfação com o suporte social” (p.e “Estou satisfeito com a quantidade de

amigos que tenho”) e cinco itens avaliam a dimensão “actividades relacionadas com o suporte social” (p.e. “Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostava”). Cada indivíduo deve escolher uma resposta de uma escala tipo likert de 1 a 5. A escala apresentou boas características psicométricas com uma consistência interna (Alpha de Cronbach) de 0.70 (Gaspar et al, 2009).

Tonalidade emocional - A Escala de Tonalidade Emocional (ETE) consiste numa adaptação da escala *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS) (Watson, Clark & Tellegen, 1988) à população portuguesa (Rocha e Moreira, 2010). A escala *Positive and Negative Affect Schedule* foi desenvolvida para avaliar a afectividade positiva e negativa. A dimensão dos afectos positivos representa o quanto um indivíduo experiencia prazer e envolvimento com o meio ambiente. A dimensão dos afectos negativos representa o sofrimento subjectivo (Crawford & Henry, 2004), e tem sido utilizada, recorrentemente na investigação e os seus autores defendem que esta apresenta elevada validade e fidelidade (Egloff et al, 2003). Em 2010, Rocha e Moreira adaptaram esta escala à população portuguesa com a designação de ETE. Esta é composta por 27 itens (p.e. “Interessado”, “Feliz”, “Assustado”) e tal como a original avalia duas dimensões, os afectos positivos, sub-escala composta por 12 itens (p.e. “Entusiasmado”) e os afectos negativos, sub-escala composta por 15 itens (p.e. “Triste”), em que cada item descreve uma emoção ou sentimento. O respondente deve assinalar a opção que mais se aplica a si numa escala tipo Likert de cinco pontos, variando entre “Nada ou “muito ligeiramente” e “Extremamente”. O respondente deve assinalar a opção que mais se aplica a si numa escala tipo Likert de cinco pontos, variando entre “Nada ou muito ligeiramente” e “Extremamente”.

Da soma dos scores destas 4 escalas, foi obtido um compósito do Bem-Estar Subjectivo para cada participante.

2.2.1. Procedimentos de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada através de um questionário que englobou as quatro escalas. Para os alunos cegos, o questionário foi traduzido para Braille e para os alunos com baixa visão o questionário foi apresentado em computador com letras de maiores dimensões. A recolha de dados foi feita nas escolas em que as crianças e adolescentes frequentavam e a taxa de resposta rondou os 100%. Foi obtida a autorização para a aplicação do questionário junto das Direcções da escolas, e depois foi obtido o consentimento informado dos responsáveis legais dos alunos. Em cada escola, foi combinado o melhor momento para efectuar a recolha dos dados, qual o professor responsável por apoiar a recolha e em que dia e hora iria ser efectuada a mesma.

O processo de obtenção de dados foi igual para todos os participantes: em contexto de sala de aula foi solicitado aos participantes que preenchessem os instrumentos que compõem o questionário. O anonimato foi conseguido através da atribuição de um código a cada participante.

2.3. Análise dos dados

Após a recolha dos dados estes foram processados recorrendo ao programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) versão 19 para o Windows.

Numa primeira abordagem realizou-se uma análise descritiva dos dados demográficos e das diferentes variáveis a estudar com base no cálculo de média e desvio padrão. A homogeneidade de variâncias foi testada usando o teste de Levene. Uma vez que os dados não seguiam uma distribuição normal foi utilizado o teste não-paramétrico de Mann-Witney para comparação entre as médias. O nível de significância adoptado foi de 5%, sendo como tal considerados significativos os resultados inferiores a este valor ($p < 0.05$). Os resultados estão apresentados em média (M) e desvio padrão (DP).

3. Resultados

Foi realizado um compósito das escalas EBSV, EBSSS, ETE E KIDSCREEN para avaliar o Bem-Estar Subjectivo nas seguintes dimensões: Escala Breve de Satisfação com a Vida (EBSV-Total), o KIDScreen (KIDS-Total), a Escala de Tonalidade Emocional (ETE) na versão total (ETE-Total), na versão negativa (ETE_Negativo) e positiva (ETE_Positivo), a Escala Breve de Satisfação com o Suporte Social (EBSSS-Total), na versão negativa (EBSSS-Negativo) e positiva (EBSSS-Positivo) e o Bem-Estar Subjectivo (BES). Os resultados destas variáveis apresentam-se na Tabela 3.1.

Como apresentado na tabela 2, no grupo sem deficiência visual a média de EBSV_TOTAL foi 29.8 enquanto que no grupo com deficiência visual a média foi 28.8.

A média do ETE_Positivo foi 46.3 no grupo sem deficiência visual, enquanto no grupo com deficiência visual foi 43.9. A média de ETE_Negativo foi 24.9 no grupo sem deficiência visual e foi 26.5 no grupo com deficiência visual. A média de ETE Total, foi 111,4 no grupo sem deficiência visual e foi 107.4 no grupo com deficiência visual. A média do EBSSS_Positivo foi 13.4 no grupo sem deficiência visual e foi 5.6 no grupo com deficiência visual.

A média do EBSSS_Negativo foi 15.3 no grupo sem deficiência visual e foi 16.3 no grupo com deficiência visual. Relativamente ao EBSSS_Total, a média foi 27.7 no grupo sem deficiência visual e foi 27.1 no grupo com deficiência visual. A média do KIDS_TOTAL no grupo sem deficiência visual foi 39.4 e no grupo com deficiência visual foi 39.2.

Tabela 3.1.

Número de alunos (N), Média (M) e Desvio Padrão (DP) das dimensões do Bem-Estar Subjetivo (BES) de alunos com deficiência visual(N=33) e alunos sem deficiência visual(N=355)

| Dimensões | <i>Alunos com deficiência visual</i> | | | <i>Alunos sem deficiência visual</i> | | |
|----------------|--------------------------------------|-------|------|--------------------------------------|-------|------|
| | N | M | DP | N | M | DP |
| EBSV | 33 | 28.8 | 5.4 | 355 | 29.8 | 4.8 |
| KIDS | 33 | 39.2 | 6.3 | 355 | 39.5 | 5.6 |
| ETE_Positivo | 33 | 43.9 | 8.2 | 355 | 46.4 | 8.3 |
| ETE_Negativo | 33 | 26.5 | 10.3 | 355 | 24.9 | 9.3 |
| ETE_Total | 33 | 107.4 | 16.7 | 355 | 111.4 | 14.1 |
| EBSSS_Positivo | 33 | 13.4 | 5.1 | 355 | 13.1 | 5.6 |
| EBSSS_Negativo | 33 | 16.2 | 4.8 | 355 | 15.3 | 4.5 |
| EBSS_Total | 33 | 27.1 | 7.1 | 355 | 27.7 | 7.9 |
| BES | 33 | 202.5 | 22.6 | 355 | 208.4 | 18.6 |

Nota: EBSV: Escala Breve de Satisfação com a Vida; KIDS: KIDSSCREEN; ETE: Escala de Tonalidade Emocional; ESSS: Escala Breve de Satisfação com o Suporte Social; BES: Bem-estar subjectivo.

A média do BES foi 208.4 no grupo sem deficiência visual e foi 202.5 no grupo com deficiência visual. As médias foram comparadas como nos mostra a Tabela 3.

Tabela 3.2.

Teste de Mann-Witney para diferença de médias entre adolescentes com deficiência visual e alunos sem deficiência visual .

| | <i>Com deficiência visual</i> | | | <i>Sem deficiência visual</i> | | | U | Z | p |
|-----------|-------------------------------|------------------|--------------------|-------------------------------|------------------|--------------------|------|-------|-------|
| | <i>N</i> | <i>Mean Rank</i> | <i>Sum of Rank</i> | <i>N</i> | <i>Mean Rank</i> | <i>Sum of Rank</i> | | | |
| BES | 33 | 171.9 | 5674 | 355 | 196.6 | 69792 | 5113 | -1.2 | 0.227 |
| EBSSS | 33 | 207.5 | 6847 | 355 | 193.3 | 68619 | 5429 | - | 0.486 |
| Positivo | | | | | | | | 0.697 | |
| EBSSS | 33 | 212 | 6996 | 355 | 192.9 | 68470 | 5280 | - | 0.348 |
| Negativo | | | | | | | | 0.939 | |
| EBSSS | 33 | 197.21 | 6508 | 355 | 194.3 | 68958 | 5768 | - | 0.884 |
| Total | | | | | | | | 0.145 | |
| ETE | 33 | 163.7 | 5401.5 | 355 | 197.4 | 700645 | 4840 | -1.65 | 0.099 |
| Positivo | | | | | | | | | |
| ETE | 33 | 207.4 | 6844 | 355 | 193.3 | 68622 | 5432 | -0.69 | 0.489 |
| Negativo | | | | | | | | | |
| ETE total | 33 | 172.4 | 5689 | 355 | 196.6 | 69777 | 5128 | -1.18 | 0.236 |
| EBSV | 33 | 178.4 | 5886 | 355 | 196 | 69580 | 5325 | - | 0.386 |
| | | | | | | | | 0.867 | |
| KIDS | 33 | 195.8 | 6461 | 355 | 194.4 | 69004 | 5814 | -0.07 | 0.944 |

Nota: (*) $p < 0.05$; BES: Bem-estar subjectivo; EBSSS: Escala Breve de Satisfação com o Suporte Social; ETE: Escala de Tonalidade Emocional; EBSV: Escala Breve de Satisfação com a Vida; KIDS: KIDScreen (Ravens-Sieberer & European KIDSCREEN Group, 2005).

O teste *de Mann-Witney* para diferença de médias não revelou diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões estudadas, entre o grupo de adolescentes sem deficiência visual e o grupo de adolescentes com deficiência visual. Não se confirmou nenhuma das hipóteses testadas:

H1: Hipótese alternativa : As crianças e adolescentes com deficiência visual apresentam níveis mais baixos de BES do que as crianças e adolescentes sem deficiência visual. O BES não foi estatisticamente diferente nos dois grupos.

H2: As crianças e adolescentes com deficiência visual apresentam níveis mais baixos de SV do que as crianças e adolescentes sem deficiência visual.

Como apresentado na Tabela 3, os valores de EBSV_TOTAL não foram estatisticamente diferentes ($p=0.386$).

H3: As crianças e adolescentes com deficiência visual apresentam níveis mais baixos de Tonalidade Emocional Positiva do que as crianças e adolescentes sem deficiência visual.).

O ETE_Positivo foi ligeiramente superior no grupo sem deficiência visual, mas a diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0.099$). O ETE_Negativo apresentou valores semelhantes entre os dois grupos ($p=0.489$), bem como o ETE_Total ($p=0.236$).

H4: As crianças e adolescentes com deficiência visual apresentam níveis mais baixos de Satisfação com o Suporte Social do que as crianças e adolescentes sem deficiência visual.

Relativamente aos parâmetros relacionados com a EBSSS, também foram idênticos entre os dois grupos: a comparação entre grupos resultou em valores de significância de 0.486, no

caso do EBSSS_Positivo, de $p=0.348$ no caso do EBSSS_Negativo e de $p=0.884$ para o EBSSS_Total.

H5: Crianças e adolescentes com deficiência visual apresentam níveis mais baixos de Qualidade de Vida do que as crianças e adolescentes sem deficiência visual.

O KIDS_TOTAL também teve valores semelhantes entre os dois grupos ($p=0.944$).

4. Discussão

O objetivo do estudo descrito nesta dissertação foi avaliar o Bem-Estar Subjetivo em adolescentes com Deficiência Visual. Os resultados demonstraram a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos analisados, ao nível do Bem-estar subjectivo compósito nem ao nível de nenhum indicador de bem-estar subjectivo. Não se confirmou nenhuma das hipóteses testadas e discutiremos estes resultados a partir das hipóteses formuladas.

H1: As crianças e adolescentes com deficiência visual apresentam níveis mais baixos de BES do que as crianças e adolescentes sem deficiência visual.

Esta hipótese não foi confirmada, já que os dois grupos não apresentaram diferenças estatisticamente significativas ao nível do bem-estar compósito. Existem vários fatores associados à deficiência visual que se constituem como desafios acrescidos ao nível da adaptação de indivíduos portadores desta condição. Sendo o bem-estar subjectivo um indicador da adaptação ao meio, através da percepção que os indivíduos têm da sua experiência subjectiva, seria de supor que as dificuldades associadas à deficiência visual tivessem impacto ao nível do bem-estar subjectivo destes indivíduos. A compreensão das especificidades associadas à deficiência visual está também associada às dificuldades da sociedade em compreender esta condição. Vários autores têm alertado para alguns fatores que dificultam uma compreensão da experiência dos indivíduos com esta condição. Por um lado, existe ainda uma significativa estigmatização, esteriotipização e discriminação por parte da sociedade (Kef & Dekovic, 2004; Wall, 2003), acompanhadas de baixas expectativas relativamente às capacidades de aquisição dos deficientes visuais (Warren

1994, cit. in Batista, 2005). Por outro lado, a deficiência visual é ainda percebida como uma desvantagem que reduz o deficiente visual à falta de visão (Nunes & Lomônaco, 2010). Apesar disso, alguns autores sugerem que se atribui uma importância maior à ausência de visão do que a que verdadeiramente esta tem para o desenvolvimento dos indivíduos (Nunes & Lomônaco, 2010) (Batista e Eunumo, 2000), nomeadamente, porque o impacto da deficiência visual no desenvolvimento depende de vários factores, incluindo a severidade da deficiência visual e o momento em que ela se inicia (Kirk & Gallagher, 1996; Nielsen, 1999). Contudo, os défices apresentados por estes indivíduos em diferentes domínios de funcionamento como o perceptivo-motor, psicossocial, cognitivo e emocional são dimensões relevantes para a qualidade de adaptação do indivíduo ao meio, e, conseqüentemente, com potencial de afectar negativamente a sua qualidade de vida relacionada com a saúde, a satisfação com a vida, tonalidade emocional e a percepção de suporte social.

No entanto, a maioria das crianças e adolescentes com deficiência visual apresentam o mesmo padrão de desenvolvimento das crianças sem deficiência visual (Kirk & Gallagher, 1996), apesar de apresentarem necessidades específicas e formas peculiares de apreender e assimilar o real (Amiralian, 1997). Existem perspectivas que procuram elucidar os processos de aquisição das crianças e adolescentes com deficiência visual, as suas rotas alternativas de desenvolvimento, a forma como se organizam e integram as informações provenientes dos sentidos remanescentes e o papel da linguagem e do pensamento nessa organização (Batista, 2005). Estas tendências levam-nos a supor que a deficiência pode não causar necessariamente problemas no funcionamento social (Schindele, 1974 cit. in Huurre & Aro, 1998; Singh, 1988 cit. in Huurre & Aro, 1998;

Stephens & Noris-Baker, 1984 cit. in Huurre & Aro, 1998; Van Hasselt, 1983 cit. in Huurre & Aro, 1998) e da auto-estima, e que num processo de desenvolvimento bem sucedido a pessoa com deficiência pode desenvolver-se, crescer, tornar-se bem adaptada e emocionalmente equilibrada (Huurre & Aro, 1998). Os Programas Educativos Individuais (PEIS) desempenham um papel importantíssimo na promoção de níveis de funcionamento adaptativo nestes indivíduos, já que favorecem aprendizagens e aquisições de acordo com as necessidades dos alunos. Por outro lado, a implementação de PEIS favorece o desenvolvimento de competências sociais e emocionais (e são trabalhadas sistematicamente com o aluno deficiente visual), que são facilitadores de funcionamento adaptativo em diversos domínios. O PEI pode ajudar o aluno com deficiência visual a ultrapassar dificuldades do foro cognitivo, social e emocional originados pelos fatores negativos acima referidos, promover a inclusão bem sucedida do adolescente ao nível de todo o contexto escolar, do relacionamento com a família, da facilitação dos processos de ensino /aprendizagem e de relacionamento dos professores do ensino regular com o aluno, da criação de expectativas relativamente ao seu futuro pessoal e profissional, do domínio dos equipamentos e das tecnologias necessárias, da aprendizagem de métodos alternativos de leitura e escrita como o sistema Braille, do desenvolvimento da autonomia através de técnicas de orientação e mobilidade e de atividades de Educação Física Adaptada, Desporto Escolar e da preparação da transição do aluno para a vida adulta através de Planos Individuais de Transição (PIT).

Uma vez que os alunos com deficiência visual incluídos neste estudo, usufruíram de PEI desde o início do seu percurso escolar, é possível que estes alunos tenham tido a oportunidade de desenvolver dimensões de funcionamento que promovem uma melhor

adaptação ao meio e, conseqüentemente, tenham uma percepção de bem-estar equivalente aos colegas sem esta condição.

H2: As crianças e adolescentes com deficiência visual apresentam níveis mais baixos de Satisfação com a Vida do que as crianças e adolescentes sem deficiência visual.

Esta hipótese não se confirmou, já que os dois grupos são equivalentes ao nível da Satisfação com a Vida. No entanto o grupo com deficiência visual apresenta nível ligeiramente mais baixo do que o grupo sem deficiência. A satisfação com a vida está relacionada com áreas da vida dos indivíduos como a satisfação com a família, com os amigos e com o meio envolvente, que podem conduzir a níveis de Bem-Estar Subjetivo elevados (Suldo & Huebner , 2006 cit. in Tomé et al., 2010) No entanto os adolescentes podem ser confrontados com desafios decorrentes das suas limitações em ambientes com barreiras físicas e atitudinais. Assim se estes adolescentes não forem alvo de uma intervenção adequada podem restringir as diversas áreas da vida (Simões et al. 2010) e apresentarem baixa SV. Alguns estudos nomeadamente o estudo internacional (HBSC, 2010) e o estudo em Portugal (HBSC, 2012) apresentaram um alto valor médio de SV entre os adolescentes portugueses e salientaram a importância do ambiente escolar e das atividades relacionadas com a escola para os altos níveis de SV relatados pelos adolescentes. Por outro lado estudos que também apontaram para a importância do ambiente escolar e das atividades relacionadas com a escola na SV dos adolescentes evidenciaram relação entre a ausência de competências pessoais e sociais e um menor bem-estar, nos adolescentes com deficiência que podia resultar em maior propensão para

perturbações psicológicas e um auto-conceito negativo (Thahane (2005) cit. in Aydemir, 2009). Sendo que os indivíduos com déficit visual participantes no presente estudo têm tido ao longo do tempo apoio especializado é provável que este apoio tenha contribuído para o desenvolvimento de competências envolvidas na percepção que os indivíduos fazem das suas vidas, nomeadamente ao nível das expectativas de futuro e aquilo que conseguem nos domínios mais próximos e imediatos à sua vida pessoal (Silva, Matos, & Diniz, 2010), o que pode originar níveis de SV semelhantes aos dos adolescentes sem deficiência visual. Por outro lado os aspetos considerados obstáculos importantes à SV dos adolescentes com deficiência visual podem não ser mais frequentes em jovens com deficiência do que em jovens sem deficiência, o que contraria resultados de estudos que referem percepção negativa da saúde pelos adolescentes com Deficiência Visual, uma maior ocorrência de estados psíquicos e psicológicos negativos (Kef (1999) cit. in Kef & Dekovic, 2004), como solidão, tristeza e depressão (Huurre & Aro, 1998), a existência de dificuldades nas relações interpessoais e no grupo escolar (Rosenblum (2000) cit. in Kef & Dekovic, 2004); Huurre & Aro, 1998) e fracas expectativas de realização escolar e de futuro (Huurre, Komulainen, Juhani, & Aro, 1999), bem como discriminação por parte dos pares escolares (Rosenblum (2000) cit. in Kef & Dekovic, 2004). A SV assume-se como primordial para os alunos com Deficiência Visual se sentirem bem nos vários contextos da vida, com particular incidência na escola (Huurre, 2000). Suldo e Huebner (2006) consideraram o suporte dos pais como determinante da SV em adolescentes (Suldo & Huebner, 2006). As evidências científicas obtidas em relação à SV tornam claro que o suporte social da família desempenha um importante papel na adaptação e bem-estar e aumenta a sua SV (Suldo & Huebner, 2006). Visto que ao nível da Satisfação com o suporte social este não revela diferenças estatisticamente significativas podemos pressupor que não existem diferenças ao

nível da qualidade e quantidade de suporte social o que também terá contribuído para níveis semelhantes de satisfação com a Vida nos dois grupos.

H3: As crianças e adolescentes com deficiência visual apresentam níveis mais baixos de Tonalidade Emocional positiva do que as crianças e adolescentes sem deficiência visual.

Neste estudo não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos a nível do ETE total. A Tonalidade Emocional integra experiências emocionais positivas e negativas do indivíduo. Os desafios da adolescência nos jovens com deficiência visual podem provocar frustrações e causar stresse e perturbação emocional, nível de afeto inconstante, aumento da oscilação emocional, e o adolescente pode ser muitas vezes dominado pela turbulência emocional e mau humor. Além disso, o facto de as suas auto-perceções serem influenciadas também, pelas opiniões de pais, irmãos e professores que podem criticar ou ignorar os seus progressos (Kok, 2002 cit. in Nontobeko, 2008) e podem afetar a auto-estima, a auto-confiança e concorrer para que se sintam frustrados e inúteis à comunidade e à sociedade (Kok, 2002 cit. in Nontobeko, 2008). Torna-se assim necessário, que as pessoas que fazem parte do ecossistema do adolescente (pais, escola, colegas e comunidade), contribuam para o desenvolvimento das suas competências e confiança, para diminuir o impacto negativo de situações decorrentes da inadequação do meio ambiente, que pode levar à frustração, desmotivação e decepção com a sociedade, de modo a que o deficiente visual não se sinta um estranho num mundo concebido para pessoas que veem (Kapp, 1991).

O Suporte social sobretudo o suporte emocional é muito importante na tonalidade emocional dos adolescentes com deficiência visual que podem sentir emoções negativas como negligência, isolamento e rejeição, que podem resultar de suporte social insuficiente ou de fraca qualidade por parte das famílias, professores, colegas e membros da comunidade. Por esta razão os adolescentes com deficiência visual podem por vezes apresentar problemas nas relações interpessoais e comportamentos de externalização caracterizados por sentimentos de raiva e ódio. Estes comportamentos parecem ser mais frequentes em adolescentes com baixa-visão ou que perderam a visão mais tarde na vida o que pode originar depressão e problemas emocionais (Bolat e tal., 2011).

H4: As crianças e adolescentes com deficiência visual apresentam níveis mais baixos de Satisfação com o Suporte Social do que as crianças e adolescentes sem deficiência visual.

Os resultados obtidos neste estudo não apresentam diferenças estatisticamente significativas relativamente aos níveis de Satisfação com o Suporte Social em ambos os grupos. Apesar de não serem estatisticamente significativas, o grupo com Deficiência Visual apresentou um nível de Satisfação com o Suporte Social Total ligeiramente superior em relação ao grupo de crianças e adolescentes sem Deficiência Visual bem como níveis de Satisfação com o Suporte Social Negativo e Positivo superiores. A importância da Satisfação com o Suporte Social, para a experiência de BES tem sido descrita pela literatura (Suldo & Huebner, 2006), e relaciona-o com o bem-estar geral dos adolescentes ao fornecer afeto positivo, e reconhecimento de auto-estima (Kef et al., 2000). Alguns autores referem

que os adolescentes com deficiência parecem ter menos amigos e menos contactos sociais que os adolescentes sem deficiência visual, sendo o seu suporte social fundamentalmente constituído pelos pais e profissionais (Suokas 1992). Outros estudos relataram fontes de suporte social inadequado (Kef et al., 2000) ou negativo, como casos de superproteção dos adolescentes pelas famílias de incompreensão e restrição da independência pelos pais (Kef et al., 2000), insensibilidade dos professores às necessidades dos alunos em ambientes integrados (Rosenblum (2000) cit. in Kef & Dekovic, 2004), percepção de não inclusão na hierarquia social da escola e provocações relacionadas com a sua deficiência como efeito negativo do suporte social dos amigos.

A não existência de diferenças estatisticamente significativas a nível da Satisfação com o Suporte Social nos dois grupos poderá ter a ver com o facto de os adolescentes com deficiência visual usufruírem de um Programa Educativo Individual que estabelece as funções dos vários intervenientes para colmatarem as dificuldades do aluno, enquanto que aos alunos sem deficiência visual é-lhes facultado apenas os conteúdos programáticos e a disciplina no cumprimento de regras. Enquanto no Programa Educativo Individual o aluno é considerado de forma holística, tendo em conta o seu desenvolvimento global como pessoa, o adolescente sem deficiência visual é considerado apenas na condição de aluno.

Por outro lado, muitos alunos incluídos neste estudo frequentam Unidades de Referência para Apoio a alunos com baixa-visão ou surdo-cegueira congénita. Estas unidades, além de reunirem um número significativo de profissionais diferenciados que trabalham de forma articulada entre si e com os professores do Ensino Regular, preocupam-se com a implementação de estratégias adaptadas a cada aluno. Também estão apetrechadas com equipamentos adequados que segundo Bishop (1986) são considerados fatores muito

importantes para uma inclusão bem sucedida dos adolescentes com deficiência visual. Apesar de as unidades exporem os adolescentes com deficiência visual a longas viagens que provocam muito cansaço e os afastam do seu meio, o que implica a necessidade de a sua localização geográfica ser repensada elas parecem constituir um Suporte Social Positivo consistente para os alunos, o que poderá ter contribuído neste estudo para a não existência de diferenças a este nível entre os dois grupos.

H5: Crianças e adolescentes com deficiência visual apresentam níveis mais baixos de Qualidade de Vida do que as crianças e adolescentes sem deficiência visual.

Neste estudo, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas relativamente à Qualidade de vida Relacionada com a Saúde entre o grupo de adolescentes sem deficiência visual e o grupo de adolescentes com deficiência visual. Este resultado vem de encontro aos resultados relativos à SV, uma vez que a Qualidade de Vida é um conceito multidimensional que engloba a percepção subjetiva de satisfação com a vida em domínios importantes para o indivíduo, como: a diferença entre as expectativas do indivíduo e aquilo que ele acha que conseguiu realizar, a saúde física e mental do indivíduo e o seu nível de independência (física, mental, monetária) (Diener & Suh, 1997). Segundo Canha (2010), as limitações impostas pela deficiência em crianças e jovens aumentam a sua vulnerabilidade para efeitos secundários. A Saúde Mental inclui dimensões positivas como o bem-estar, a percepção de autoeficácia, a autonomia, a competência, a auto-realização do potencial intelectual e emocional (OMS, 2001). A percepção que o adolescente com deficiência visual tem da sua deficiência pode condicionar a sua Qualidade de Vida, a sua atividade

profissional, as relações sociais (família, amigos, colegas), as relações do indivíduo com o contexto em que está inserido (pais, escola/emprego, cidade) (Gaspar et al., 2010).

Simões e colaboradores (2010) revelaram que adolescentes com NEE apresentaram mais dificuldades ao nível da comunicação com os pais, na relação com os pares, maiores dificuldades na escola, menor prática de exercício físico, menos amigos, capacidade académica inferior à média na opinião dos professores, mais pressão com os trabalhos de casa, pior perceção da sua saúde e referiram menos frequentemente que se sentiam menos felizes e mais frequentemente que se sentiam tristes ou sozinhos, que os adolescentes sem NEE e mais problemas psicológicos (Simões et al., 2010). Também um estudo que analisou indicadores relacionados com a qualidade de vida percebida e os níveis de atividade física de adolescentes com deficiência visual sugeriu que os adolescentes visuais podiam estar insatisfeitos com o seu ambiente físico, devido à falta de acessibilidades, às restrições de mobilidade e dificuldades de adaptação às informações disponíveis (Interdonato & Greguol, 2011). Por outro lado, Almqvist & Granlund (2005) referem que um fator determinante da participação e inclusão do aluno com incapacidades é a sua autonomia e o seu locus de controle interno mais do que o grau e o tipo de deficiência. Alguns setores da sociedade tendem a atribuir aos adolescentes com deficiência visual traços ou tipos especiais de personalidade como egocentrismo, passividade, agressividade, elevados níveis de stresse e ansiedade, baixa auto-estima (Bolat et. al., 2011; Huurre & Aro 1998) Segundo Cloninger (2006) a estrutura de carácter tem impacto nas medidas de Bem-Estar: Satisfação com a Vida, perceção do Suporte Social e Saúde Percebida, emoções positivas e negativas pelo que as diferenças individuais de personalidade podem estar na origem de psicopatologia. Alguns autores sugerem que crianças e jovens com deficiência visual

podem ter mais problemas psicológicos do que crianças e jovens sem deficiência (Cadman et. al.1987) e aumentar assim o risco de saúde mental. A aprendizagem precoce de competências sociais e emocionais são fundamentais para enfrentar de forma produtiva as mudanças vitais e assim reduzir o risco de saúde mental (Humphrey, Curran, Morris, Farrell, & Woods, 2007). Os défices de assertividade provocam tensões internas, como dor e raiva contidas e queixas somáticas que podem resultar em depressão. A não existência de diferenças a nível da Qualidade de Vida relacionada com a Saúde pode estar relacionada com o facto de serem ministradas estas competências às crianças e adolescentes com deficiência visual.

Além disso, a literatura também salienta que os adolescentes com deficiência visual podem apresentar atraso no desenvolvimento psicomotor, problemas de lateralidade, equilíbrio, mobilidade, orientação espacial esquema corporal, postura, falta de resistência física (Mauerberg - DeCastro, 2005), que podem conduzir a uma diminuição do nível de qualidade de vida relacionada com a saúde. No entanto neste estudo os níveis da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde são quase coincidentes. É provável que não tenha tido influência nestes resultados devido ao facto de muitos alunos usufruírem de Educação Física e Desporto Adaptado bem como Técnicas de Orientação e Mobilidade que segundo Nielson (1999) resultam em melhorias no desenvolvimento integral do adolescente deficiente visual porque estimulam a independência e o equilíbrio, a auto-confiança, a autoestima, a inclusão, a expressão corporal e a condição física. Assim estas atividades podem contribuir para aumentar os níveis de qualidade de vida relacionada com a Saúde Mental dos adolescentes com deficiência visual e isso ter acontecido com os adolescentes participantes neste estudo.

4.1. Limitações

Este estudo revelou níveis de BES semelhantes entre jovens com deficiência visual e jovens com visão normal. No entanto, o número de jovens incluídos na amostra utilizada como grupo de estudo foi baixo (n=33), pelo que os resultados deste trabalho não poderão ser extrapolados de forma direta para a população de jovens com deficiência visual. Para além disso, o estudo não considerou a distinção entre adolescentes com baixa visão e adolescentes cegos o que é uma limitação importante.

Este estudo foi transversal, o que limita a interpretação da relação entre deficiência visual e bem-estar subjetivo. As associações encontradas neste caso entre deficiência visual e bem-estar subjetivo, necessitam de mais investigação principalmente através de estudos longitudinais.

4.2. Implicações para a prática

Com este estudo esperamos contribuir para chamar a atenção para a necessidade de continuar a intervir junto dos alunos com deficiência visual, no sentido de conhecer melhor os seus níveis de bem-estar subjetivo, bem como os fatores que nele intervém. A partir dos resultados do presente estudo, é possível referir um conjunto de implicações importantes para manter os níveis de Bem-Estar Subjetivo dos adolescentes com Deficiência Visual. Assim, é necessário promover as diversas dimensões de bem-estar subjectivo em adolescentes com deficiência visual. Para manter e melhorar a Qualidade de Vida as precauções necessárias devem ser tomadas o mais cedo possível. A frequência de escolas

inclusivas e as unidades de referência, e a inclusão em turmas do ensino regular pode favorecer uma melhor adaptação ao meio e percepção de bem-estar mais positiva. Para facilitar este processo, a melhoria em ambientes inclusivos para estudantes com deficiência visual deve ser considerada, o que poderá contribuir para melhorar significativamente o seu Bem-Estar Subjetivo. O suporte material tal como suprimentos e equipamentos adequados como o fornecimento de computadores com leitores de tela, displays Braille, impressoras em Braille e ampliadores em todas as escolas com alunos com deficiência visual não só poderão simplificar os processos, mas constituirão também fatores importantes numa inclusão bem sucedida. Também o treino precoce de competências sócioemocionais é crucial para promover o nível de adaptação e o Bem-Estar Subjetivo dos adolescentes com deficiência visual. Ações de formação para os pares das crianças e jovens com deficiência sobre o que é ser deficiente, suas características e potencialidades poderão ser um fator na promoção da inclusão dos alunos com deficiência visual e conseqüentemente do seu BES. Assim, para uma intervenção abrangente e eficaz, deve ser dada uma atenção especial à promoção de competências que permitam o estabelecimento de relações significativas e duradouras com os pares, assim como à relação que os pais e profissionais em contacto direto com o jovem com deficiência estabelecem com os seus educandos. A comunicação com os pais parece desempenhar um papel central, pelas ligações que se estabelecem tanto à solidão como ao número de amigos, por isso é da maior pertinência saber mais sobre quais as competências que é preciso trabalhar com os pais e profissionais de modo a encontrar modos adequados de proporcionar uma educação que promova o bem-estar subjetivo do adolescente com deficiência visual.

A ocupação parece ser outro fator importante na forma como os jovens veem a sua vida. A existência de dados que nos indicam que os jovens com deficiência que estão a estudar estão mais satisfeitos com as suas vidas, leva-nos à necessidade de averiguar se as ocupações atuais dos jovens com deficiência serão as mais adequadas e adaptadas às suas expectativas, ou se serão as suas expectativas que se encontram para além dos limites impostos pela sua deficiência.

Face aos resultados dos estudos que nos dizem que as competências sociais e a ansiedade estão relacionadas com a capacidade de lidar com situações sociais em que a incapacidade física está de alguma forma saliente, e sendo que a falta de experiências enriquecedoras do ponto de vista social impede o desenvolvimento da mestria nestes jovens com deficiência, justifica-se a introdução de programas de promoção de competências sociais e emocionais incluídos nos currículos escolares que tornem os jovens com ou sem deficiência visual mais assertivos e menos ansiosos nas situações sociais. O desenvolvimento da capacidade de ultrapassar barreiras impostas pelas restrições à atividade e à participação, tendo sempre em atenção a potenciação dos recursos individuais, sociais e comunitários, constitui também um aspeto a implementar.

5. Referências Bibliográficas

- Adler, N., & Mathews, K. (1994). Health Psychology: Why do Some People Get Sick and Some Stay Well? *Annual Review of Psychology* 45, 229-259.
- Alegre, M.J. (1995). Sobre a Deficiência Visual. Retrieved from <http://deficienciavisual.com.sapo.pt/txt-adeficienciavisual.htm>
- Almqvist, L., & Granlund, M. (2005). Participation in school environment of children and youth with disabilities: a person-oriented approach. *Scand J Psychol*, 46(3), 305-314.
- Amiralian, M. L. (1997). *Compreendendo o cego: uma visão psicanalítica da cegueira por meio de desenhos-estórias*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Amiralian, M. L. (2002). O psicólogo e as pessoas com deficiência visual. In Intertexto (Ed.), *Do Sentido, pelos sentidos, para o sentido: sentidos de pessoas com deficiência sensorial*. Niterói: Intertexto.
- Amiralian, M. L., Pinto, E. B., Ghirardi, M. I., Lichtig, I., Masini, E. F., & Pasqualin, L. (2000). [The concept of disability]. *Rev Saude Publica*, 34(1), 97-103.
- Antaramian, S. P., Huebner, E. S., & Valois, R. F. (2008). Adolescent Life Satisfaction. *Applied Psychology*, 57, 112-126.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion *Health Promotion International* 11(1), 11-18.
- Aydemir, D. (2009). *The predictors of life satisfaction of visually impaired turkish adolescents*. Middle East Technical University, Ankara.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Educ Behav*, 31(2), 143-164.

- Bartels, M., & Boomsma, D. I. (2009). Born to be happy? The etiology of subjective well-being. *Behav Genet*, 39(6), 605-615.
- Batista, C. G. (2005). Formação de Conceitos em Crianças Cegas: Questões Teóricas e Implicações Educacionais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(1), 007-015.
- Batista, C. G., & Enumo, S. R. F. (2000). Desenvolvimento humano e impedimentos de origem orgânica. In H. A. Novo, M. C. S. Menandro & E. S. Vitória (Eds.), *Olhares diversos: estudando o desenvolvimento humano* (pp. 157-174). Capes, Proin: UFES, Programa de Pós-graduação em Psicologia.
- Besser, A., & Priel, B. (2007). Perceived social support, malevolent maternal representations, older adults' depressed mood. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(6), 728-750.
- Bishop, V. (1986). Identifying the components of success in mainstreaming. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 80, 939-946.
- Bolat, N., Dogangun, B., Yavuz, M., Demir, T., & Kayaalp, L. (2011). Depression and anxiety levels and self-concept characteristics of adolescents with congenital complete visual impairment. *Turk Psikiyatri Derg*, 22(2), 77-82.
- Bonicatto, S. C., Dew, M. A., Zaratiegui, R., Lorenzo, L., & Pecina, P. (2001). Adult outpatients with depression: worse quality of life than in other chronic medical diseases in Argentina. *Soc Sci Med*, 52(6), 911-919.
- Borges, A. S., Matos, M., & Alves Dinis, J. (2010). Escola e bem-estar subjectivo nas crianças e adolescentes. *Journal of child and adolescent psychology*, 1, 117-139.
- Bradley, R., & Corwyn, R. (2004). Life satisfaction among European American, African American, Chinese American, Mexican American, and Dominican American adolescents. *International Journal of Behavioral Development*, 28(5), 385-400.

- Brickman, P., Coates, D., & Janoff-Bulman, R. (1978). Lottery winners and accident victims: is happiness relative? *J Pers Soc Psychol*, 36(8), 917-927.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Burt, K. B., & Roisman, G. I. (2010). Competence and psychopathology: cascade effects in the NICHD Study of Early Child Care and Youth Development. *Dev Psychopathol*, 22(3), 557-567.
- Buunk, B. P., Collins, R. L., Taylor, S. E., VanYperen, N. W., & Dakof, G. A. (1990). The affective consequences of social comparison: either direction has its ups and downs. *J Pers Soc Psychol*, 59(6), 1238-1249.
- Caiado, K. R. M. (2003). O aluno deficiente na escola: lembranças e depoimentos. from <http://deficienciavisual.com.sapo.pt/txt-alunodeficientevisualescola.html>
- Cadman, D., Boyle, M., Szatmari, P., & Offord, D. R. (1987). Chronic illness, disability, and mental and social well-being: findings of the Ontario Child Health Study. *Pediatrics*, 79(5), 805-813.
- Canha, L. (2010). Comportamentos e Saúde nas Crianças e Adolescentes com Deficiência Motora. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 2, 135-156
- Canha, L., & Lebre, P. (2009). Os adolescentes com deficiências. In M. Gaspar de Matos & D. Sampaio (Eds.), *Jovens com Saúde* (pp. 284-293). Lisboa: Texto Editores.
- Carney, S., Engbretson, C., Scammell, K., & Sheppard, V. (2003). *Teaching Students with Visual Impairments: A Guide for the Support Team*. Saskatchewan Learning. Saskatchewan, Canada.
- Carvalho, J. S., & Pinto, M. A. (2011). Savoring: Uma Forma de Promover o Bem-Estar Pessoal em Adolescentes, Alunos do Ensino Secundário. In A. M. Pinto & L.

- Picado (Eds.), *Adaptação e Bem Estar nas Escolas Portuguesas*. Lisboa: Coisas de Ler Edições.
- Chapman E.K. & J. Stone (1988). *The Visually handicapped child in your classroom*, London, Henley and Boston.
- Cloninger, C. R. (2004). *Feeling Good: The Science Feeling Good: The Science of Well-Being*. Oxford: Oxford University Press.
- Cloninger, C. R. (2006). The science of well-being: an integrated approach to mental health and its disorders. *World Psychiatry*, 5(2), 71-76.
- Cloninger, C. R. (2008). On well-being: current research trends and future directions. *Mens Sana Monogr*, 6(1), 3-9.
- Cloninger, C. R., & Zohar, A. H. (2011). Personality and the perception of health and happiness. *Journal of Affective Disorders*, 128(1), 24-32.
- Cloninger, C. R., Zohar, A. H., & Cloninger, K. M. (2010). Promotion of Well-Being in Person-Centered Mental Health Care. *Focus*, 8, 165-179.
- Coelho, V. B. (2000). *O Braille em Portugal*. in Colóquio "O Braille que temos, o Braille que queremos". Comissão de Braille. Lisboa 2000
- Cohen, J. (1992). Quantitative methods in psychology: A power primer. *Psychological Bulletin* 112(1), 155-159.
- Compas, B. E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychol Bull*, 101(3), 393-403.
- Correia, L. (2004). Problematização das dificuldades de aprendizagem nas necessidades educativas especiais. *Análise Psicológica*, 2(XXIII), 369-376.
- Correia, L. (2008). *A Escola Contemporânea e a inclusão de alunos com NEE*. Porto: Porto Editora.

- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: happy and unhappy people. *J Pers Soc Psychol*, 38(4), 668-678.
- Cox, M. J., Mills-Koonce, R., Propper, C., & Gariepy, J. L. (2010). Systems theory and cascades in developmental psychopathology. *Dev Psychopathol*, 22(3), 497-506.
- Cramer, D., Henderson, S., & Scott, R. (1997). Mental Health and Desired Social Support: A Four-Wave Panel Study. *Journal of Social and Personal Relationships*(14), 761-775.
- Cummins, R. A., Lau, A. A. L. D., Mellor, D., & Stokes, M. (2009). Encouraging Governments to Enhance the Happiness of Their Nation: Step 1: Understand Subjective Wellbeing. *Social Indicators Research* 91(1), 23-26.
- De Pauw, S. S., & Mervielde, I. (2010). Temperament, Personality and Developmental Psychopathology: A Review Based on the Conceptual Dimensions Underlying Childhood Traits. *Child Psychiatry Hum Dev*.
- Decreto-Lei nº 49331/69 de 28 de Outubro de 1969, Diário da República (1969).
- Decreto-Lei nº 74/2007 de 27 Março de 2007, Diário da República (2007).
- Decreto-Lei nº 3/2008 de 7 Janeiro de 2008. Diário da República, 1ª Série - nº4, Ministério da Educação.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2006). Hedonia, eudaimonia, and well-being: an introduction. *Journal of Happiness Studies* 9(1), 1-11.
- DGIDC (2008). Educação Especial. Manual de Apoio à Prática. Lisboa: Ministério da Educação.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychol Bull*, 95(3), 542-575.

- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31(2), 103-157.
- Diener, E., & Suh, E. (1997). *Measuring quality of life: economic, social and subjective indicators*. *Social Indicators Research*, 40, 189–216.
- Diener, E. (1999). Introduction to the special section on the structure of emotion. *J Pers Soc Psychol*, 76(5), 803-804.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index. *Am Psychol*, 55(1), 34-43.
- Diener, E. (2009). *The science of well-being - The Collected Works of Diener* (Vol. 37). New York: Springer.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *J Pers Assess*, 49(1), 71-75.
- Diener, E., & Fujita, F. (1995). Resources, personal strivings, and subjective well-being: a nomothetic and idiographic approach. *J Pers Soc Psychol*, 68(5), 926-935.
- Diener, E., Lucas, R., & Oishi, S. (2002). Subjective well-being: the science of happiness and life satisfaction. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 63-73). New York: Oxford University Press.
- Diener, E., Lucas, R. E., & Scollon, C. N. (2006). Beyond the hedonic treadmill: revising the adaptation theory of well-being. *Am Psychol*, 61(4), 305-314.
- Diener, E., & Seligman, M. E. (2002). Very happy people. *Psychol Sci*, 13(1), 81-84.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent Findings on Subjective Well-Being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24(1), 25-41.

- Donald, D., Lazarus, S. & Lolwana, P. 2002. *Educational Psychology in Social Context*. Cape Town: Oxford University Press.
- Emerson, E. (2003). Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *J Intellect Disabil Res*, 47(Pt 1), 51-58.
- Engelbrecht, P. & Green, L. 2001. *Promoting Learner Development: Preventing and Working with Barriers to Learning*. Pretoria: Van Schaik
- Eniola, M. S. (2007). The Influence of Emotional Intelligence and Self-Regulation Strategies on Remediation of Aggressive Behaviours in Adolescent with Visual Impairment. *Studies on Ethno-Medicine*, 1(1), 71-77.
- Evans, R. G., & Stoddart, G. L. (1990). Producing health, consuming health care. *Soc Sci Med*, 31(12), 1347-1363.
- Fogle, L., Huebner, E. S., & Laughlin, J. (2002). The Relationship between Temperament and Life Satisfaction in Early Adolescence: Cognitive and Behavioral Mediation Models. *Journal of Happiness Studies*, 3(4), 373-392.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *Am Psychol*, 55(6), 647-654.
- Franberg, S., & Adelson, E. (1990). *Desarollo motor general. Niños ciegos*. Madrid: Ministerio de Assuntos Sociales.
- Frick, K. D., & Foster, A. (2003). The magnitude and cost of global blindness: an increasing problem that can be alleviated. *Am J Ophthalmol*, 135(4), 471-476.
- Fujita, F., & Diener, E. (2005). Life satisfaction set point: stability and change. *J Pers Soc Psychol*, 88(1), 158-164.

- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. (2008). The Structure and Stability of Subjective Well-Being: a Structure Equation Modelling Analysis. *Applied Research in Quality of Life*, 3(4), 293-314.
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. L. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): I – Abordagem teórica ao conceito de afecto *Análise Psicológica*, 2(XXIII), 209-218.
- Galinha, I., & Ribeiro, J. L. P. (2005). História e Evolução do Conceito de Bem-Estar Subjectivo. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 6(2), 203-214.
- Gaspar de Matos, M. (2010). Prevenção da Violência Interpessoal em Meio Escolar. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 1, 65-80
- Gaspar de Matos, M., Nahama, V., Petit, F., & Sacchi, D. (2010). Competência Social em Crianças e Adolescentes: Questões de Avaliação e Intervenção na Escola e em Contextos Clínicos. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*. 2, 105-107.
- Gaspar, T., & Gaspar de Matos, M. (2009). Estar Bem e Sentir-se Bem. In M. Gaspar de Matos & D. Sampaio (Eds.), *Jovens com Saúde* (pp. 132-140). Lisboa: Texto Editores.
- Gaspar, T., Gaspar de Matos, M., Pais Ribeiro, J. L., Leal, I., Erhart, M., & Ravens-Sieberer, U. (2010). Kidscreen: Quality of Life in Children and Adolescents. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 1, 49-64.
- Gaspar, T., Pais Ribeiro, J. L., Gaspar de Matos, M., Leal, I., & Ferreira, A. (2009). Psychometric Properties of a Brief Version of the Escala de Satisfação com o Suporte Social for Children and Adolescents. *The Spanish Journal of Psychology* 12(1), 360-372.

- Gaspar, T., Pais Ribeiro, J. L., Leal, I., & Gaspar de Matos, M. (Eds.). (2008) Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Porto: Universidade do Porto.
- Giacomoni, C. H. (2004). Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia da SBP* 12(1), 43-50.
- Gil, A., & Marques Pinto, A. (2011). Criatividade e Coping na Explicação da Satisfação com a Vida e da Adaptação Académica. In A. Marques Pinto & L. Picado (Eds.), *Adaptação e bem-estar nas escolas portuguesas: dos alunos aos professores*. Lisboa: Coisas de Ler Edição.
- Gilman, R., & Huebner, S. (2003). A review of life satisfaction research with children and adolescents. *School Psychology Quarterly*, 18(2), 192-205.
- Gunlicks-Stoessel, M. L., & Powers, S. I. (2008). Adolescents' Emotional Experiences of Mother-Adolescent Conflict Predict Internalizing and Externalizing Symptoms. *Journal of Research on Adolescence*, 18(4), 621-642
- HBSC. (2012). Health Behaviour in School-aged children. World Health Organization collaborative cross-national survey. from <http://www.hbsc.org/>
- Henly, J. R. (1997). The Complexity of Support: The Impact of Family Structure and Provisional Support on African American and White Adolescent Mothers' Well-Being. *American Journal of Community Psychology*, 25(5), 629-655.
- Hernández, P. (2006). Inteligencia Emocional y moldes mentales en la explicación del bienestar subjetivo. *Ansiedad y estrés*, 12(2-3), 439-462.
- Hodge, R. W. (1970). Social Integration, Psychological Well-Being, and Their Socioeconomic Correlates*. *Sociological Inquiry*, 40(2), 182-206.
- Huebner (1997). Escala Breve de Satisfação coma Vida. Adaptação Portuguesa: Paulo Moreira, Universidade Lusíada do Porto, Porto.

- Humphrey, N., Curran, A., Morris, E., Farrell, P., & Woods, K. (2007). Emotional Intelligence and Education: A critical review *Educational Psychology, 27*(2), 235-254.
- Huurre, T. (2000). *Psychosocial Development and Social Support among Adolescents with Visual Impairment* University of Tampere, Tampere.
- Huurre, T., & Aro, H. (1998). Psychosocial development among adolescents with visual impairment. *European Child & Adolescent Psychiatry, 7*(2), 73-78.
- Huurre, T., & Aro, H. (2000). The Psychosocial Well-Being of Finnish Adolescents with Visual Impairments versus Those with Chronic Conditions and Those with No Disabilities. *Journal of Visual Impairment & Blindness, 94*(10), 625-637.
- Huurre, T., Komulainen, Juhani, E., & Aro, H. M. (1999). Social Support and Self-Esteem among Adolescents with Visual Impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness, 93*(1), 26-37.
- INE (2008). Estatísticas Demográficas - 2007. from http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=30752040&PUBLICACOESmodo=2
- Interdonato, G. C., & Greguol, M. (2011). Qualidade de vida e prática habitual de atividade física em adolescentes com deficiência. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, 21*, 282-295.
- Izquierdo, T. M. (2006). *Necessidades Educativas Especiais: A mudança pelo Relatório Warnock*. Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Jan, J. E., Robinson, G. C., Kinnis, C., & MacLeod, P. J. (1977). Blindness due to optic-nerve atrophy and hypoplasia in children: an epidemiological study (1944-1974). *Dev Med Child Neurol, 19*(3), 353-363.

- Jímenez-Iglesias, A., Ramos, P., Rivera, F., & Moreno, C. (2010). El consumo de tabaco y alcohol en los adolescentes españoles. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 1, 15-30
- Juster, R. P., Bizik, G., Picard, M., Arsénault-Lapierre, G., Sindi, S., Trepanier, L., et al. (2011). A transdisciplinary perspective of chronic stress in relation to psychopathology throughout life span development. *Dev Psychopathol*, 23(3), 725-776.
- Kapp, J. A. (1991). *Children with Problems*. Pretoria: Van Schaik Publishers.
- Kef, S., & Dekovic, M. (2004). The role of parental and peer support in adolescents well-being: a comparison of adolescents with and without a visual impairment. *J Adolesc*, 27(4), 453-466.
- Kef, S., Hox, J. J., & Habekothé, H. T. (2000). Social networks of visually impaired and blind adolescents. Structure and effect on well-being. *Social Networks*, 22, 1(73-91).
- Keyes, C. L. M., & Shapiro, A. D. (2004). Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology. In C. D. Ryff & R. C. Kessler (Eds.), *How healthy are we? A national study of well-being at midlife* (pp. 350-372). Chicago: Univ. of Chicago Press.
- Kirk, & Gallagher. (1996). *Educação da Crianças Excepcional* (3 ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Klimes-Dougan, B., Long, J. D., Lee, C. Y., Ronsaville, D. S., Gold, P. W., & Martinez, P. E. (2010). Continuity and cascade in offspring of bipolar parents: a longitudinal study of externalizing, internalizing, and thought problems. *Dev Psychopathol*, 22(4), 849-866.

- Kok, L.L. 2002. *VCFS learning difficulties*. Retrieved from <http://member.aol.com/vallerie/small.wonders/vcfs.htm>, on 17 June 2006.
- Ladeira, F., & Queirós, S. (2002). *Comprender a Baixa Visão*. Lisboa: Ministério da Educação - Departamento de Educação Básica.
- Lane, K. L., M.Barton-Arwood, S., Nelson, J. R., & Wehby, J. (2008). Academic Performance of Students with Emotional and Behavioural Disorders Served in a Self-Contained Setting. *Journal of Behavioural Education*, 17(43-62).
- Larsen, R. J., Diener, E., & Cropanzano, R. S. (1987). Cognitive operations associated with individual differences in affect intensity. *J Pers Soc Psychol*, 53(4), 767-774.
- Lerner, R. M., & Castellino, D. R. (2002). Contemporary developmental theory and adolescence: developmental systems and applied developmental science. *J Adolesc Health*, 31(6 Suppl), 122-135.
- Lewis, V. (2003). *Development and Disability* (2nd Edition ed.). Oxford: Blackwell.
- Lira, M. C. F., & Schlindwen, L. M. (2008). A pessoa cega e a inclusão: um olhar a partir da psicologia histórico-cultural. *Caderno Cedes*, 28(75), 171-190.
- Loureiro, E. (2006). *Estudo da relação entre o stress e os estilos de vida dos estudantes de Medicina*. Universidade do Minho, Braga.
- Lownfeld, D. B. (1974). *El niño disminuido visual en la escuela*. Buenos Aires: Oficina Latino Americana.
- Lucas, R. E., Clark, A. E., Georgellis, Y., & Diener, E. (2003). Reexamining adaptation and the set point model of happiness: reactions to changes in marital status. *J Pers Soc Psychol*, 84(3), 527-539.
- Lucas, R. E., Diener, E., & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *J Pers Soc Psychol*, 71(3), 616-628.

- Lyubomirsky, S., & Sheldon, K. M. (2005). Pursuing Happiness: The Architecture of Sustainable Change. *Review of General Psychology, 9*(2), 111–131.
- Markus, H., & Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist, 41*, 954-969.
- Martin, M. B., & Bueno, S. T. (1997). *Necessidades Educativas Especiais: Deficiente visual e ação educativa* Lisboa: Dinalivro
- Matos, M. (2010). Editorial - Escolas em 2010: crianças bem-sucedidas, felizes, saudáveis, responsáveis, autónomas e participativas. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente, 1*, 11.
- Matos, M., Dadds, M. R., & Barrett, P. M. (2006). Family-Related School Issues and the Mental Health of Adolescents: Post Hoc Analyses of the Portuguese National Health Behaviour in School-Aged Children Survey Data. *Journal of Family Studies 12*(2), 261-275
- Mauerberg-DeCastro, E. (2005). *Actividade Física Adaptada (1ª Edição)*. Ribeirão Preto: Tecmedd Editora.
- McCullough, G., Huebner, E. S., & Laughlin, J. E. (2000). Life Events, Self-Concept, and Adolescents' Positive Subjective Well-Being. *Psychology in the Schools, 37*(3), 281-290.
- McFarland, C., & Miller, D. T. (1994). The framing of relative performance feedback: Seeing the glass as half empty or half full. *Journal of Personality and Social Psychology, 66*(6), 1061-1073.
- McKnight, C. G., Huebner, E. S., & Suldo, S. (2002). Relationships among stressful life events, temperament, problem behavior, and global life satisfaction in adolescents. *Psychology in the Schools, 39*(6), 677-687.

- Michalos, A. C. (1985). Multiple Discrepancies Theory (MDT). *Social Indicators Research, 16*(4), 347-413.
- Montilha, R., Temporini, E., Nobre, M., Gasparetto, M., & José, N. (2009). Percepções de escolares com deficiência visual em relação ao seu processo de escolarização. *Paideia 19*(44), 333-339.
- Moreira, P., Crusellas, L., & Sá, I. (2004). A Alfabetização Emocional: Da formulação teórica às evidências da investigação. Os primeiros passos de uma revolução. *Revista Portuguesa de Investigação Educacional, 3*(25-45).
- Moreira, P., Crusellas, L., Sa, I., Gomes, P., & Matias, C. (2010). Evaluation of a manual-based programme for the promotion of social and emotional skills in elementary school children: results from a 4-year study in Portugal. *Health Promot Int, 25*(3), 309-317.
- Moreira, P. A., Oliveira, J. T., Cloninger, K. M., Azevedo, C., Sousa, A., Castro, J., et al. (2012). The psychometrics and validity of the junior temperament and character inventory in Portuguese adolescents. *Compr Psychiatry. In Press*
- Morgan, A. (2010). Social capital as a health asset for young people's health and wellbeing. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente, 2*, 19-43.
- Murta, S. G., Del Prette, A., & Del Prette, Z. (2010). Prevenção ao sexismo e ao heterossexismo entre adolescentes: contribuições do treinamento em habilidades de vida e habilidades sociais. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente, 2*, 73-87
- Nes, R. B., Roysamb, E., Tambs, K., Harris, J. R., & Reichborn-Kjennerud, T. (2006). Subjective well-being: genetic and environmental contributions to stability and change. *Psychol Med, 36*(7), 1033-1042.

- Neves, C. S., & Marques Pinto, A. (2011). Promoção de competências em contexto escolar: pertinência e papel da avaliação das intervenções. In A. M. Pinto & L. Picado (Eds.), *Adaptação e Bem Estar nas Escolas Portuguesas* (pp. 73-93). Lisboa: Coisas de Ler Edições.
- Nielsen, L. (1999). *Necessidades Educativas Especiais na Sala de Aulas: Um Guia para Professores*. Porto: Porto Editora.
- Nontobeko, M. C. (2008). *Perceptions on Future Fulfilment of Visually Impaired Adolescent Learners at Khanyisa Special School*. Nelson Mandela Metropolitan University, Port Elizabeth.
- Nunes, S., & Lomônaco, J. (2010). O aluno cego: preconceitos e potencialidades. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 14(1), 55-64.
- O'Donnell, L. M., & Livingston, R. I. (1991). Active Exploration of the Environment by Young Children with Low Vision: A Review of the Literature. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 85 (7), 287-291.
- Ochaíta, E., & Rosa, A. (1995). *Percepção, Ação e Conhecimento nas Crianças Cegas*. Porto Alegre: Artars Médicas.
- OMS (2011). Visual impairment and blindness - Fact Sheet N°282. from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/>
- Pais Ribeiro, J. L. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica* 3 (XVII), 547-558.
- Pavot, W., Diener, E., Colvin, C. R., & Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction with Life Scale: evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *J Pers Assess*, 57(1), 149-161.

- Pereira, L. (1981). Analisador proprioceptivo e aquisição de padrões motores. Comparação entre dois grupos de crianças normovisuais e deficientes visuais através da bateria de testes de Roloff. *Ludens*, 6(1).
- Pereira, L. (2002). *A Deficiência Visual e a Literacia Braille. Aspectos da Grafia Braille da Língua Portuguesa*. Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.
- Pomerantz, E. M., Moorman, E. A., & Litwack, S. D. (2007). The How, Whom, and Why of Parents' Involvement in Children's Academic Lives: More Is Not Always Better. *Review of Educational Research*, 77(3), 373-410.
- Ramos, P., Moreno, C., Rivera, F., & Pérez, P. J. (2010). Integrated analysis of the health and social inequalities of Spanish adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(3), 477-498.
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Gosch, A., & Wille, N. (2008). Mental health of children and adolescents in 12 European countries-results from the European KIDSCREEN study. *Clin Psychol Psychother*, 15(3), 154-163.
- Ribeiro, J. L. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(17), 547-558.
- Rocha & Moreira (2010). *Escala de Tonalidade Emocional*. Manuscrito não publicado. Universidade Lusíada do Porto.
- Rosenblum, L. P. (2000). Perceptions of the Impact of Visual Impairment on the Lives of Adolescents. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 94(7), 434-445.
- Ruini, C., Ottolini, F., Rafanelli, C., Tossani, E., Ryff, C. D., & Fava, G. A. (2003). The relationship of psychological well-being to distress and personality. *Psychother Psychosom*, 72(5), 268-275.

- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annu Rev Psychol*, 52, 141-166.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *J Pers Soc Psychol*, 69(4), 719-727.
- Ryff, C. D., Singer, B. H., & Dienberg Love, G. (2004). Positive health: connecting well-being with biology. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*, 359(1449), 1383-1394.
- Salovey, P., Rothman, A. J., Detweiler, J. B., & Steward, W. T. (2000). Emotional states and physical health. *Am Psychol*, 55(1), 110-121.
- Samdal, O., Viig, N., & Wold, B. (2010). Health Promotion integrated into school policy and practice: experiences from the implementation of the norwegian network of health promoting schools. In T. Gaspar (Ed.), *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente* (Vol. 2, pp. 19-43). Lisboa: Universidade Lusíada Editora.
- Sanches, A., & Teodoro, A. (2006). Da integração à inclusão escolar: cruzando perspectivas e conceitos. *Revista Lusófona de Educação*, 8, 63-83.
- Sarason, B. R., Shearin, E. N., Pierce, G. R., & Sarason, I. G. (1987). Interrelations of social support measures: Theoretical and practical implications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(4), 813-832.
- Scholl, G. (1986). *Foundations of Education for Blind and Visual Handicapped Children and Youth*. New York: American Foundation for the Blind.
- Schwarzer, R., & Leppin, A. (1989). Social support and health: A meta-analysis. *Psychology & Health*, 3(1), 1-15.

- Schwarzer, R., & Leppin, A. (1991). Social Support and Health: A Theoretical and Empirical Overview. *Journal of Social and Personal Relationships* 8(1), 99-127.
- SEESP/MEC. (2006). *Saberes e Práticas da Inclusão: Desenvolvendo Competências para o Atendimento às Necessidades Educacionais Especiais de Alunos Cegos e De Alunos com Baixa Visão*.
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *Am Psychol*, 55(1), 5-14.
- Seligman, M. E., Parks, A. C., & Steen, T. (2004). A balanced psychology and a full life. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*, 359(1449), 1379-1381.
- Seligman, M. E., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *Am Psychol*, 61(8), 774-788.
- Seligman, M. E. (2011). A vida que floresce. Alfragide: Estrela Polar.
- Sena, J. D., Lowe, P. A., & Lee, S. W. (2007). Significant predictors of test anxiety among students with and without learning disabilities. *J Learn Disabil*, 40(4), 360-376.
- Sheldon, K. M., & Lyubomirsky, S. (2006). Achieving Sustainable Gains in Happiness: Change Your Action, Not Your Circumstances. *Journal of Happiness Studies* (7), 55-86.
- Silva, A. B. d., Matos, M. G. d., & Diniz, J. A. (2010). Escola e Bem-Estar Subjectivo nas Crianças e Adolescentes. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 1.
- Silver, R. L., & Wortman, C. B. (1980). Coping with undesirable life events. In J. Garber & M. E. P. Seligman (Eds.), *Human helplessness: Theory and applications* (pp. 279-340). New York: Academic Press.

- Simões, C., Matos, M. G., & Batista-Foguet, J. (2008). Saúde e felicidade na adolescência: factores individuais e sociais associados às percepções de saúde e de felicidade dos adolescentes portugueses. *Revista Brasileira das Terapias Cognitivas*, 4(2).
- Simões, C., Matos, M. G., Ferreira, M., & Tomé, G. (2010). Risco e resiliência em adolescentes com necessidades educativas especiais: Desenvolvimento de um programa de promoção da resiliência na adolescência. *Psicologia, Saúde & Doenças* 11(1).
- Şimşek, Ö. (2009). Happiness Revisited: Ontological Well-Being as a Theory-Based Construct of Subjective Well-Being. *Journal of Happiness Studies*, 10(5), 505-522.
- Steel, P., Schmidt, J., & Shultz, J. (2008). Refining the relationship between personality and subjective well-being. *Psychology Bulletin* 134(1), 138-161.
- Suldo, S. M., & Huebner, E. (2006). Is Extremely High Life Satisfaction During Adolescence Advantageous? *Social Indicators Research*, 78(2), 179-203.
- Suldo, S. M., & Huebner, E. S. (2004). Does life satisfaction moderate the effects of stressful life events on psychopathological behavior during adolescence? *School Psychology Quarterly*, 19(2), 93-105.
- Suldo, S. M., Shaffer, E. J., & Riley, K. N. (2008). A social-cognitive-behavioral model of academic predictors of adolescents' life satisfaction. *School Psychology Quarterly*, 23(1), 56-69.
- Taylor, S. E., Way, B. M., & Seeman, T. E. (2011). Early adversity and adult health outcomes. *Dev Psychopathol*, 23(3), 939-954.
- Tellegen, A., Lykken, D. T., Bouchard, T. J., Jr., Wilcox, K. J., Segal, N. L., & Rich, S. (1988). Personality similarity in twins reared apart and together. *J Pers Soc Psychol*, 54(6), 1031-1039.

- Tomé, G., Gaspar de Matos, M., Camacho, I., Simões, C., & Alves Dinis, J. (2010). Estilo de Vida dos Adolescentes Socialmente Isolados. In T. Gaspar & M. Gaspar de Matos (Eds.), *Journal of child and adolescent psychology* (Vol. 2, pp. 135-156). Lisboa: Universidade Lusíada
- UNESCO (1994). Declaração de Salamanca e Enquadramento da Acção na área das necessidades educativas especiais. Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais: Acesso e Qualidade.
- Uzenoff, S. R., Brewer, K. C., Perkins, D. O., Johnson, D. P., Mueser, K. T., & Penn, D. L. (2010). Psychological well-being among individuals with first-episode psychosis. *Early Interv Psychiatry*, 4(2), 174-181.
- Vaux, A. (1985). Variations in Social Support Associated with Gender, Ethnicity, and Age. *Journal of Social Issues*, 41(1), 89-110.
- Veenhoven, R. (1996). The study of life satisfaction. In W. E. Saris, R. Veenhoven, A. C. Scherpenzeel & B. B. (Eds.), *A comparative study of satisfaction with life in Europe* (pp. 11-48). Eötvös University Press.
- Vilhjalmsson, R. (1994). Effects of Social Support on Self-Assessed Health in Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 23(4), 437-452.
- Wall, J. (2003). The rights of blind people. *Community Eye Health*, 16(45), 1-2.
- Wood, J. V., Taylor, S. E., & Lichtman, R. R. (1985). Social comparison in adjustment to breast cancer. *J Pers Soc Psychol*, 49(5), 1169-1183.