

**Universidades Lusíada**

Macedo, Ana Cristina Ferreira

**Bem-estar subjectivo em crianças e adolescentes com deficiência auditiva**

<http://hdl.handle.net/11067/2076>

**Metadados**

<b>Data de Publicação</b>	2012-12-13
<b>Resumo</b>	<p>Resumo: O estudo do bem-estar subjetivo (BES) revela-se de extrema importância, pois o conhecimento dos mecanismos que sustentam ou determinam o bem-estar dos indivíduos e comunidades é essencial para potenciar os seus níveis de BES. A compreensão do BES em alunos com necessidades educativas especiais (NEE) é ainda escassa. Este estudo teve como objetivo avaliar a perceção de bem-estar subjetivo, numa perspetiva compósita, em crianças e adolescentes portadores de deficiência auditiva (DA). Part...</p> <p>Abstract: The subjective well - being (SWB) study reveals itself as extremely important, because knowledge of the mechanisms that underlie or determine individuals and communities welfare is essential to boost their levels of SWB. The understanding of subjective well-being in students with special educational needs is still scarce. This study aimed to evaluate the SWB perception, a composite perspective in children and adolescents with hearing impairment. The study involved a total of 426 st...</p>
<b>Palavras Chave</b>	Educação Especial, Necessidades Educativas Especiais, Deficiência auditiva, Crianças, Adolescentes, Vida cognitiva, Teste Psicológico, Escala breve de satisfação com a vida (EBVS), Escala de satisfação com o suporte social (ESSS), Escala de Tonalidade Emocional, Escala Breve de Qualidade de Vida (KIDSCREEN 10), Psicologia
<b>Tipo</b>	masterThesis
<b>Revisão de Pares</b>	Não
<b>Coleções</b>	[ULP-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T07:15:55Z com informação proveniente do Repositório

BEM-ESTAR SUBJETIVO  
EM CRIANÇAS E JOVENS  
COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

Dissertação  
para a obtenção  
do Grau de Mestre em:  
**Educação Especial**



**BEM-ESTAR SUBJETIVO  
EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES  
COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA**

*Ana Cristina Ferreira Macedo*

PORTO 2012



Instituto de Psicologia  
e Ciências da Educação  
Universidade Lusíada do Porto



Ana Cristina Ferreira Macedo



Instituto de Psicologia  
e Ciências da Educação  
Universidade Lusíada do Porto

Dissertação  
para a obtenção  
do Grau de Mestre em:  
**Educação Especial**



**BEM-ESTAR SUBJETIVO  
EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES  
COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA**

*Ana Cristina Ferreira Macedo*

**PORTO 2012**

**ORIENTAÇÃO:**  
Professor Doutor Paulo Moreira



**Instituto de Psicologia  
e Ciências da Educação**  
Universidade Lusíada do Porto



**C:** 2  
**M:** 95  
**Y:** 0  
**K:** 0





## **Agradecimentos**

Este estudo só foi possível graças ao imprescindível contributo e apoio de determinadas pessoas:

Ao meu orientador Professor Doutor Paulo Moreira, pela partilha de conhecimentos e pelas sugestões efetuadas durante a execução deste estudo.

Ao Mestre João Tiago Oliveira pela sua disponibilidade e apoio.

Aos Diretores dos Agrupamentos de Escolas e Encarregados de Educação que mostraram interesse por esta investigação e se prontificaram a colaborar, dando o seu consentimento para a recolha de dados.

A todos os alunos que amavelmente participaram neste estudo, permitindo a sua concretização.

Às colegas de curso, pelo companheirismo, amizade e partilha.

A toda a minha família e amigos, pelo carinho, apoio e compreensão.

A todos, os meus sinceros agradecimentos!

## **Resumo**

O estudo do bem-estar subjetivo (BES) revela-se de extrema importância, pois o conhecimento dos mecanismos que sustentam ou determinam o bem-estar dos indivíduos e comunidades é essencial para potencializar os seus níveis de BES. A compreensão do BES em alunos com necessidades educativas especiais (NEE) é ainda escassa. Este estudo teve como objetivo avaliar a percepção de bem-estar subjetivo, numa perspetiva compósita, em crianças e adolescentes portadores de deficiência auditiva (DA). Participaram no estudo um total de 426 alunos que frequentavam escolas do 1º, 2º e 3º Ciclo do Ensino Básico e Escolas Secundárias da região norte do país. Destes alunos, 71 eram portadores de DA e 355 não possuíam NEE. Os distintos indicadores do BES foram avaliados através de quatro escalas de autorrelato: Escala Breve de Satisfação com a Vida; Escala de Satisfação com o Suporte Social; Escala de Tonalidade Emocional e Escala Breve de Qualidade de Vida (KIDSCREEN 10). Os resultados revelam que os alunos com DA e sem DA diferenciam-se na percepção de BES. Os alunos com DA registam níveis inferiores de bem-estar subjetivo total, de satisfação com a vida, de qualidade de vida e de tonalidade emocional. Pelo contrário, registam níveis mais elevados de satisfação com o suporte social. Estes resultados têm implicações para a promoção de BES em crianças e adolescentes com deficiência auditiva.

Palavras-chave: bem-estar subjetivo, deficiência auditiva, crianças e adolescentes.

## **Abstract**

The subjective well - being (SWB) study reveals itself as extremely important, because knowledge of the mechanisms that underlie or determine individuals and communities welfare is essential to boost their levels of SWB. The understanding of subjective well-being in students with special educational needs is still scarce. This study aimed to evaluate the SWB perception, a composite perspective in children and adolescents with hearing impairment. The study involved a total of 426 students attending the 1st, 2nd and 3rd cycles of primary schools and secondary schools in the north of the country. Of these students, 71 were hearing impairment and 355 did not have special educational needs. The different indicators of SWB were assessed using four self-report scales: Brief Life Satisfaction Scale; Social Support Satisfaction Scale; Emotional Tone Scale and Brief Quality of Life Scale (KIDSCREEN 10). The results show that students with and without hearing impairment differ in SWB perception. Students with hearing impairment record lower levels of total subjective well-being, life satisfaction, quality of life and emotional tone. By contrast, experience much higher levels of satisfaction with social support. These results have implications for the promotion of subjective well-being in children and adolescents with hearing impairment

Keywords: subjective well-being, hearing impairment, children and adolescents

## Índice

Agradecimentos .....	iii
Resumo .....	iv
Abstract.....	v
Índice .....	vi
Índice de Tabelas .....	ix
Índice de Figuras .....	x
Lista de Abreviaturas.....	xi
1. Introdução.....	1
1.1. Necessidades Educativas Especiais .....	1
1.1.1. Crianças e adolescentes com necessidades educativas especiais .....	1
1.2. Deficiência Auditiva.....	3
1.2.1. Prevalência.....	4
1.2.2. Etiologia .....	4
1.2.3. Classificação da deficiência auditiva.....	6
1.2.3.1. Classificação Baseada no Tipo .....	6
1.2.3.1.1. A deficiência auditiva de transmissão ou condução.....	6
1.2.3.1.2. A deficiência auditiva de percepção ou neurosensorial.....	6
1.2.3.1.3. A deficiência auditiva mista.....	7
1.2.3.2. Classificação baseada no grau .....	7
1.2.3.3. Classificação baseada na idade em que ocorre a perda auditiva .....	9
1.2.4. Prevenção, diagnóstico precoce e reabilitação clínica .....	9
1.2.5. Abordagens conceptuais .....	10
1.2.5.1. Modelo Clínico ou Patológico.....	11
1.2.5.2. Modelo Sociocultural .....	11
1.3. Crianças e Adolescentes com Deficiência Auditiva.....	12
1.3.1. Características das crianças e adolescentes com deficiência auditiva.....	12
1.3.1.1. Desenvolvimento da Linguagem.....	13
1.3.1.2. Desenvolvimento Sócio Emocional.....	14
1.3.1.3. Desenvolvimento Cognitivo .....	21

1.3.1.4.	Desempenho Académico .....	22
1.3.1.5.	Inclusão no mercado de trabalho .....	27
1.4.	Bem-Estar Subjetivo.....	29
1.4.1.	Antecedentes teóricos do bem-estar subjetivo.....	29
1.4.2.	Definição e estrutura do bem-estar subjetivo .....	32
1.4.3.	Componentes do bem-estar subjetivo.....	35
1.4.3.1.	Tonalidade Emocional .....	35
1.4.3.2.	Satisfação com a Vida .....	37
1.4.3.3.	Suporte Social.....	39
1.4.3.4.	Saúde Mental .....	43
1.4.4.	Teorias explicativas do bem-estar subjetivo.....	45
1.4.4.1.	Abordagens Base-Topo (bottom-up) e Topo-Base (top-down).....	45
1.4.4.2.	Teorias da Adaptação .....	47
1.4.4.3.	Teorias da Discrepância.....	48
1.4.4.4.	Teorias Integradoras .....	50
1.5.	O Bem-Estar Subjetivo em Crianças e Adolescentes com Deficiência Auditiva .....	51
1.6.	Objetivo e Hipóteses do Estudo .....	57
2.	Metodologia.....	57
2.1.	Participantes .....	57
2.2.	Instrumentos .....	59
2.2.1.	Escala de tonalidade emocional (ETE).....	59
2.2.2.	Escala breve de satisfação com a vida (EBSV).....	59
2.2.3.	Escala de satisfação com o suporte social (ESSS) .....	60
2.2.4.	Escala breve de saúde mental (KIDSCREEN 10).....	60
2.3.	Procedimentos .....	61
2.3.1.	Recolha de dados .....	61
2.3.2.	Análise de dados .....	61
3.	Resultados.....	61
4.	Discussão dos resultados .....	64
4.1.	Limitações do Estudo .....	72

4.2. Implicações para a Prática .....	72
Referências Bibliográficas.....	74

## Índice de Tabelas

Tabela 1. Etiologia da deficiência auditiva.....	5
Tabela 2. Classificação do grau de perda auditiva.....	8
Tabela 3. Componentes do bem-estar subjetivo.....	34
Tabela 4. Teorias do bem-estar subjetivo.....	47
Tabela 5. Distribuição da amostra por gênero.....	58
Tabela 6. Média e desvio padrão da idade no grupo total e por gênero (masculino e feminino), de alunos com deficiência auditiva.....	58
Tabela 7. Média e desvio padrão da idade no grupo total e por gênero (masculino e feminino), de alunos sem deficiência auditiva.....	58
Tabela 8. Teste T de student para diferenças de médias a nível dos indicadores de BES entre alunos com e sem deficiência auditiva.....	63

## **Índice de Figuras**

Figura 1. Constituição do aparelho auditivo.....7

Figura 2. Repercussões da deficiência auditiva no desenvolvimento dos indivíduos....28

## **Lista de Abreviaturas**

NA	Afeto Negativo
AP	Afeto Positivo
BEP	Bem-Estar Psicológico
BES	Bem-Estar Subjetivo
DA	Deficiência Auditiva
EBSV	Escala Breve de Satisfação com a Vida
ESSS	Escala de Satisfação com o Suporte Social
ETE	Escala de Tonalidade Emocional
KIDS	Instrumento de avaliação de saúde mental e bem-estar
LG	Língua Gestual
LGP	Língua Gestual Portuguesa
NEE	Necessidades Educativas Especiais
SM	Saúde Mental
SS	Suporte Social
SV	Satisfação com a Vida
TE	Tonalidade Emocional

## **1. Introdução**

### **1.1. Necessidades Educativas Especiais**

#### **1.1.1. Crianças e adolescentes com necessidades educativas especiais**

A definição do conceito necessidades educativas especiais (NEE) é dificultada pela panóplia de noções associadas a esta terminologia, mas este surgiu da necessidade de atender à diferença, num esforço crescente de democratização da sociedade.

O termo NEE foi introduzido no Reino Unido, em 1978, com o relatório Warnock que tinha por objetivo a integração das crianças com deficiência nas escolas regulares. Neste âmbito, o enfoque médico nas deficiências de um educando é substituído pelos critérios pedagógicos (Baptista, 2008). No entanto, este só foi oficialmente estabelecido em 1981 com o Education Act, neste sentido, “uma criança tem necessidades educativas especiais se tem dificuldades de aprendizagem que obrigam a uma intervenção educativa especial, concebida especificamente para ela” (Sanches & Teodoro, 2006, p.64).

Na Declaração de Salamanca (1994) o termo NEE é utilizado como “deficiências ou dificuldades escolares” (Ruela, 2000).

Em Portugal o conceito de NEE começa a ser utilizado com o Decreto – Lei nº 319/91 de 23 de Agosto que determina o regime de Educação Especial no país (Pestana, Lénia, & Silva, 2009). A escola regular passa a ter a responsabilidade de facultar aos alunos com NEE respostas educativas adequadas às suas especificidades (Baptista, 2008; Correia, 2008).

Ao longo dos tempos foram várias as definições de NEE, segundo Correia (2004):

os alunos com necessidades educativas especiais são aqueles que, por exibirem determinadas condições específicas, podem necessitar 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 (pp.373-374).

Este mesmo autor faz ainda a distinção entre alunos com NEE Ligeiras e NEE Significativas. As NEE Ligeiras “podem manifestar-se com problemas ligeiros de leitura, escrita ou cálculo ou com problemas ligeiros, atrasos ou perturbações menos

graves ao nível do desenvolvimento motor, preceptivo, linguístico ou socioemocional “ (Correia, 2008, p.48).

Quanto às NEE Significativas, estas abarcam problemas de carácter: intelectual (deficiência mental); processológico (dificuldades de aprendizagem específicas); desenvolvimental (perturbação do espectro do autismo); sensorial (cegos e amblíopes ou visão reduzida e surdos e hipoacúsios); motor (paralisia cerebral, espinha bífida, distrofia muscular, entre outros); emocional (perturbações como psicoses ou outros comportamentos graves); traumatismo craniano; problemas ligados à saúde (défice de atenção/hiperatividade, sida, asma, cancro, epilepsia, entre outros (Correia, 2008).

As respostas educativas para estes dois grupos deverão ser adaptadas às características específicas de cada aluno, e poderá resultar na modificação parcial ou generalizada do currículo escolar.

Atualmente, no panorama português com a implementação do Decreto-Lei 3/2008 de 7 de Janeiro, que veio revogar o Decreto – Lei nº 319/91 de 23 de Agosto, foi definido o grupo-alvo da educação especial, sendo este o designado de alunos com NEE de carácter permanente.

Assim sendo, os apoios contemplados neste novo enquadramento legal têm por objetivo responder a necessidades educativas especiais dos alunos com:

(...) limitações significativas ao nível da actividade e da participação, num ou vários domínios de vida, decorrentes de alterações funcionais e estruturais, de carácter 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, Capítulo I, artigo 1º).

A educação especial tem por objetivo proporcionar a adequação do processo de ensino e aprendizagem das crianças e jovens com NEE de carácter permanente, com o intuito de proporcionar a sua inclusão escolar e social.

De forma a dar uma resposta educativa aos alunos abrangidos pela educação especial, o Decreto-Lei 3/2008, prevê a aplicação de medidas educativas, entre elas: apoio pedagógico personalizado; adequações curriculares individuais; adequações no processo de matrícula; adequações no processo de avaliação; currículo específico individual e tecnologias de apoio.

Para além das medidas educativas, estão ainda previstas modalidades específicas de educação, através da constituição de unidades de ensino estruturado para a educação

de alunos com perturbações do espectro do autismo e de unidades de apoio especializado para alunos com multideficiência e surdo cegueira congénita. Assim como, a criação de escolas de referência para a educação bilingue de alunos surdos e para a educação de alunos cegos e com baixa visão (Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, [DGIDC], 2008).

No caso específico das escolas de referência para a educação bilingue de alunos surdos, estas surgem do pressuposto que:

a educação das crianças e jovens surdos deve ser feita em ambientes bilingues que possibilitem o domínio da LGP, o domínio do português escrito e, eventualmente, falado, competindo à escola contribuir para o crescimento linguístico dos alunos surdos, para a adequação do processo de aceso ao currículo e para a inclusão escolar e social (Decreto-lei 3/2008, Capítulo V, artigo 23º).

As escolas de referência para a educação bilingue de alunos surdos têm por objetivo concentrar os alunos com surdez em escolas onde lhes será facultado o desenvolvimento da sua língua natural, que no caso português é língua gestual portuguesa (LGP). Estes alunos deverão igualmente dominar o português escrito que lhes permitirá aceder ao conhecimento e facilitará a comunicação com a população ouvinte. O bilinguismo, isto é, a aprendizagem de duas línguas no âmbito escolar parece ser, segundo pesquisas, o método mais adequado para a educação de crianças surdas (DGIDC, 2009).

## **1.2. Deficiência Auditiva**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a deficiência representa qualquer perda ou alteração de uma estrutura ou uma função psicológica, fisiológica ou anatómica, de carácter temporário ou permanente (1948).

A deficiência auditiva (DA) caracteriza-se por alterações na estrutura do ouvido e nas funções auditivas, que condicionam a atividade e participação do indivíduo sobretudo ao nível da comunicação (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, [CIF], 2004).

O conceito DA diz respeito à perda total ou parcial da capacidade auditiva, em um ou ambos os ouvidos. Por sua vez, o termo surdez reporta-se à perda completa da capacidade de ouvir (OMS, 1948).

Alguns autores utilizam o termo hipoacusia para designar uma perda auditiva parcial, e geralmente “consideram-se os 90 decibéis dB como o limite entre a hipoacusia (nos seus vários graus) e a surdez” (Jiménez, Prado, Moreno & Rivas, 1993, p.350).

Ao nível da funcionalidade, um indivíduo é considerado surdo quando a perda auditiva lhe compromete a sua vida diária, não sendo possível a aquisição da linguagem oral por via auditiva, mesmo com recurso a prótese auditiva. Na hipoacusia a capacidade auditiva é deficiente, mas ainda funcional, já que a audição residual ainda permite o processamento da informação linguística através da audição, geralmente com recurso a prótese auditiva (Nielsen, 1999).

### **1.2.1. Prevalência**

Em termos de prevalência da DA, no ano de 2005, foi estimado que em todo o mundo, existiam cerca de 278 milhões de pessoas portadoras de DA moderada a profunda (OMS, 1948).

Em Portugal, apesar das consequências nefastas das DA, não existem dados precisos acerca da prevalência desta problemática (Almeida & Falcão, 2009).

Segundo os dados do Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (1996), em Portugal existem 115 066 pessoas portadoras de DA (Nunes, Ricou, Antunes, & Melo, 2000). Tendo em conta os resultados obtidos pelo Recenseamento da População Portuguesa em 2001 (Censos 2001), o número total de pessoas com deficiência é de 636 059, sendo que 13.2% possuem DA (Gonçalves, 2003).

### **1.2.2. Etiologia**

No que respeita à etiologia da DA os fatores hereditários e ambientais têm um papel preponderante, sendo as condições genéticas a causa provável, em cerca de 50% dos casos de surdez (Centro Nacional de Informação sobre Surdez, Gallaudet University, 1989 cit. in Nielsen, 1999).

As causas da DA são geralmente divididas em hereditárias e adquiridas, mas Danck, acrescenta ainda, que é essencial mencionar em que altura surge a perda auditiva, isto é, “se ocorreu antes, no momento do nascimento, ligeiramente depois do nascimento, ou se foi adquirida mais tarde” (1990 cit. in Ruela, 2000, p.66).

Segundo a Associação Portuguesa dos Técnicos de Audiologia (APTA), as causas da deficiência auditiva podem ser divididas em: pré-natais; perinatais e pós-natais.

Tabela 1

*Etiologia da deficiência auditiva*

---

Causas pré-natais (antes do parto)	Hereditárias; Malformações congénitas por infeções virais ou bacterianas intrauterinas (ex.: rubéola; sarampo; sífilis; citomegalovírus; herpes; toxoplasmose); Intoxicações intrauterinas (ex.: quinino, álcool, drogas); Alterações endócrinas (ex.: patologias da tiroide; diabetes); Carências alimentares (ex.: vitamínicas); Agentes físicos (ex.: raios X).
Causas perinatais (durante o parto)	Traumatismos obstétricos (ex.: hemorragias no ouvido interno ou nas meninges); Anóxia; Incompatibilidades sanguíneas (do fator RH que podem provocar danos no sistema nervoso central);
Causas pós-natais (depois do parto e no decurso da vida do indivíduo)	Doenças infecciosas; Bacterianas (ex.: meningites; otites; inflamações agudas ou crónicas das fossas nasais e da nasofaringe); Virais (ex.: encefalites; varicela); Intoxicações (ex.: alguns antibióticos, ácido acetilsalicílico; excesso de vitamina D); Trauma acústico (ex.: exposição prolongada a ruídos nos locais de trabalho ou em recintos de diversão; sons de elevada intensidade e de curta duração, tais como: nas explosões e na caça; diferenças de pressão, como no caso dos mergulhadores); Causas desconhecidas ou idiopáticas.

---

*Nota.* Adaptado de: Associação Portuguesa dos Técnicos de Audiologia (APTA), (2001).

### **1.2.3. Classificação da deficiência auditiva**

#### ***1.2.3.1. Classificação Baseada no Tipo***

Segundo Ruela (2000), a classificação e a terminologia usada para designar os diferentes tipos de DA varia segundo os autores. Mas de uma forma geral, os problemas de audição podem ser classificados em três tipos: transmissão ou condução; neurosensoriais ou de percepção e mistos. Estes distintos tipos de deficiência auditiva estão relacionados com a localização da lesão no aparelho auditivo e com a sua causa (Machado, 1983). As dificuldades associadas a cada um destes tipos são diversas, assim como as possibilidades de tratamento ou não (Nielsen, 1999).

##### ***1.2.3.1.1. A deficiência auditiva de transmissão ou condução***

Neste tipo de DA, a lesão situa-se no ouvido externo ou médio e acaba por afetar a progressão do som até ao ouvido interno. A função neurosensorial está intacta, mas a onda sonora não chega normalmente à cóclea. Verifica-se assim, uma redução da intensidade do som transmitida por via aérea, mas a qualidade do mesmo não é afetada (Machado, 1983; P. Rodrigues, 2000; Ruela, 2000; Spínola & Spínola, 2009). As lesões que provocam a DA de transmissão ou condução podem resultar de otites, infeções, traumatismos, perfuração da membrana timpânica, depósito de cerúmen, entre outras (Nielsen, 1999; Spínola & Spínola, 2009).

Esta DA varia de ligeira a severa e como tal, existe sempre alguma audição residual. O tratamento clínico passa pelo recurso a medicação, à intervenção cirúrgica ou uso de próteses auditivas (Machado, 1983; Nielsen, 1999; Nunes, 2000; P. Rodrigues, 2000; Ruela, 2000).

##### ***1.2.3.1.2. A deficiência auditiva de percepção ou neurosensorial***

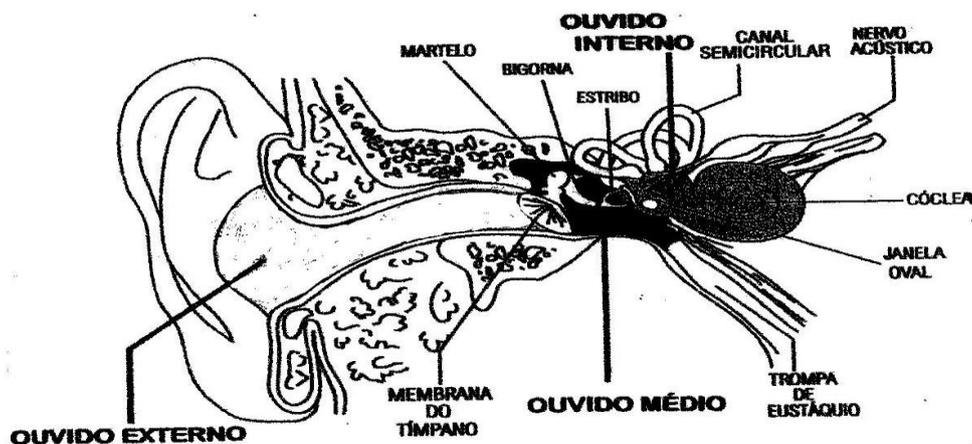
No que concerne a este tipo de DA, as lesões podem situar-se ao nível do ouvido interno (coclear), ou do nervo auditivo (retrococlear) (Machado, 1983; Nunes, 2000; P. Rodrigues, 2000; Ruela, 2000). Nestes casos a “transmissão mecânica das vibrações

sonoras faz-se normalmente, mas a sua transformação em percepção auditiva está perturbada” (Machado, 1983, p.15), podendo as perdas afetar tanto a quantidade como a qualidade do som.

Na infância a causa desta perda auditiva pode ser hereditária ou provocada por infecções durante a gravidez, meningite bacteriana, incompatibilidade sanguínea, entre outras. Já no adulto, a principal causa é a presbiacusia (Nielsen, 1999; Nunes, 2000; Ricou, 2006). Esta perda auditiva pode variar de ligeira a profunda. Por vezes, o uso de próteses não é possível devido à distorção do som (Nielsen, 1999). As perdas auditivas neurossensoriais que têm a sua origem na cóclea são de carácter irreversível (Nunes, 2000).

#### 1.2.3.1.3. A deficiência auditiva mista

Esta perda auditiva caracteriza-se pela existência em simultâneo de alterações no ouvido externo/médio e no ouvido interno (*Figura 1*), o que provoca transtornos de transmissão/condução e de percepção (Machado, 1983; Nunes, 2000).



*Figura 1.* Constituição do aparelho auditivo

Adaptado de: Corrêa, J. M. (2001, p.43).

#### 1.2.3.2. Classificação baseada no grau

De forma a complementar a informação fornecida pelo tipo de perda auditiva é essencial determinar qual o grau em que se verifica essa mesma perda (Olsen, 1987 cit.

in Ruela, 2000). Na perspectiva de Marchesi (1991), o grau de intensidade de perda auditiva é provavelmente a dimensão que tem maior influência no desenvolvimento de competências linguísticas, cognitivas, sociais e educativas (cit. in Ruela, 2000).

Através da realização de testes auditivos é possível apurar a existência ou não de uma perda auditiva. A extensão da perda auditiva é avaliada tendo por base valores em decibéis (dB), que medem a intensidade do som, e em hertz (Hz), que por sua vez, fornecem a frequência do som (Machado, 1983; Nielsen, 1999; P. Rodrigues, 2000; Ruela, 2000).

O grau da perda auditiva pode variar desde a perda ligeira até à perda total da audição (International Bureau for Audiophonology, 2005).

Tabela 2

*Classificação do grau de perda auditiva*

<b>Grau</b>	<b>Perda em dB</b>	<b>Percepção Sonora</b>
Normal	até 20 dB	Não há qualquer dificuldade de percepção da palavra.  A palavra é percebida se a voz for normal, mas dificilmente é entendida se a voz for sussurrada ou estiver distante. A maioria dos ruídos ambientais é percebida.
Perda auditiva ligeira	de 21 a 40 dB	A palavra é percebida se a voz for elevada. O sujeito entende melhor se puder ver o interlocutor (leitura labial). Alguns ruídos ambientais são ainda percebidos.
Perda auditiva moderada	1º grau: 41 a 55 dB 2º grau: 56 a 70 dB	A palavra é percebida com voz forte e junto do ouvido. Os ruídos intensos são percebidos
Perda auditiva profunda	1º grau: 91 a 100dB 2º grau: 101 a 110 dB 3º grau: 111 a 119 dB	Não existe a percepção da palavra, e apenas os ruídos muitos intensos são percebidos.
Perda auditiva total (cofose)	>120dB	Nenhum som é perceptível

*Nota.* Adaptado de: International Bureau for Audiophonology (BIAP), (2005)

### **1.2.3.3. Classificação baseada na idade em que ocorre a perda auditiva**

Alguns autores salientam que a da idade em que surge a perda auditiva é um fator determinante no que respeita à aquisição da linguagem oral, e conseqüentemente na escolha das estratégias de reabilitação (M. Rodrigues, 2000; Ruela, 2000).

Quando a DA surge antes do desenvolvimento da linguagem é denominada de pré-linguística ou pré-locutória. No caso em que a DA se manifesta depois da aquisição da linguagem é designada de pós-linguística ou pós-locutória (M. Rodrigues, 2000; Ricou, 2006; Ruela, 2000).

A surdez pré-linguística é mais preocupante em termos de reabilitação, pois a criança neste caso apresenta maiores dificuldades de aprendizagem, uma vez que nunca adquiriu a linguagem oral e não o poderá fazer pelo procedimento natural (M. Rodrigues, 2000; Nunes, 2000; Périer, 1987 cit. in Ruela, 2000).

### **1.2.4. Prevenção, diagnóstico precoce e reabilitação clínica**

Relativamente à DA o rastreio é condição essencial, sendo os potenciais evocados auditivos do troco cerebral e as otoemissões acústicas transitórias, os métodos de rastreio mais utilizados (P. Rodrigues, 2000). A realização de um diagnóstico precoce é fundamental para minimizar o impacto da DA.

Levit (1987) realizou um estudo sobre o desenvolvimento da linguagem em 120 crianças com idades compreendidas entre os 10 e 14, com perdas auditivas entre os 40 e 80 dB, e concluiu que a idade da deteção da surdez era a variável mais importante para o desenvolvimento da linguagem (cit. in P. Rodrigues, 2000).

Segundo a OMS (1946) metade dos casos da surdez e perda auditiva são evitáveis através da prevenção e diagnóstico precoce.

Tendo como base as causas conhecidas da DA, é possível proceder à sua prevenção, por exemplo: através da vacinação (rubéola, sarampo, meningite bacteriana); tratamento médico de certas doenças (sífilis, toxoplasmose, citomegalovírus); tratamento adequado de otites na infância; prevenção de causas hereditárias através de aconselhamento genético; melhoria dos cuidados de saúde (causas perinatais) (P. Rodrigues, 2000).

No que respeita à reabilitação da deficiência auditiva, atualmente não existem dúvidas sobre a necessidade de se proceder ao tratamento da criança com DA, mas o que gera polémica é o tipo de tratamento efetuado (M. Rodrigues, 2000).

Existem diversas perspetivas de reabilitação, mas segundo o ponto de vista clínico e tendo em conta o diagnóstico realizado, a reabilitação pode ser feita através de: medicação; cirurgia; próteses auditivas e implantes cocleares (Baptista, 2005; Nunes, 2000; P. Rodrigues, 2000).

### **1.2.5. Abordagens conceptuais**

No âmbito da DA, a terminologia utilizada pelos diferentes autores é bastante diversificada. Os termos variam de acordo com a perspetiva através da qual o indivíduo é percecionado.

No domínio clínico os conceitos usados relacionam-se com a categorização da deficiência auditiva, por sua vez, na educação o termo surdez é utilizado numa perspetiva funcional, isto é de que forma esta influencia a aprendizagem, e no que concerne às ciências sociais estas perspetivam uma cultura surda possuidora de uma língua própria (Ruela, 2000).

Para Moores (1987) “é importante possuir uma perspetiva holística da surdez e do indivíduo surdo, por isso, nenhum aspecto da surdez deve ser considerado isoladamente” (cit. in Ruela, 2000, p. 68).

Ao longo dos tempos têm existido diferentes formas de abordar a deficiência auditiva, sendo de salientar pela sua influência, dois modelos antagónicos que permanecem na atualidade: o clínico ou patológico (clínico-terapêutico) e o sociocultural (socio antropológico ou antropológico-cultural) (Bisol, Simioni, & Sperb, 2008; Gomes, 2010; Ruela, 2000). Estes modelos influenciam determinantemente a via a seguir na educação da criança e jovem com deficiência auditiva (Lane, 1995 cit. in Ruela, 2000) e conseqüentemente o seu desenvolvimento linguístico, cognitivo, emocional e social.

### **1.2.5.1. Modelo Clínico ou Patológico**

Neste paradigma é dada ênfase ao défice auditivo, sendo o objetivo a reabilitação e normalização do deficiente auditivo (Bisol et al., 2008; Gomes, 2010; Gregory & Hartley 1992 cit. in Ruela, 2000; Paciornik, 2010). Defende-se a aprendizagem da língua oral, sendo as intervenções clínicas e educacionais realizadas com esse intuito (Skliar et al., 1995 cit. in Bisol, et al., 2008).

A educação da criança com DA é vista nestes moldes como reabilitadora, pois baseia-se no diagnóstico médico, orientando a sua ação na resolução das limitações auditivas (Paciornik, 2010; Skliar, 1997 cit. in Bisol et al., 2008). Aplica-se assim, em termos educativos o método oralista que baseado em meios técnicos como a ampliação sonora, procura fazer com que os deficientes auditivos adquiram a língua oral (Coutinho, 2006), com o objetivo de os integrar na comunidade ouvinte (Godfeld, 2002).

Os defensores do método oralista alegam que 90% das crianças portadoras de surdez são filhas de pais ouvintes e assim, faz todo o sentido que a sua primeira língua seja a dos pais (Ruela, 2000).

No entanto, estudos revelam que em virtude da aplicação das metodologias oralistas, as crianças e jovens com DA manifestavam graves problemas no desenvolvimento da linguagem oral e escrita e, como tal, um fraco desempenho académico (Coutinho, 2006; Ferreira, 2006; Paciornik, 2010; Ruela, 2000). O desenvolvimento integral destas crianças e adolescentes acaba por ficar comprometido (Coutinho, 2006).

### **1.2.5.2. Modelo Sociocultural**

No modelo sociocultural ou socio antropológico a pessoa com DA é percecionada no âmbito de uma cultura minoritária (Bisol et al., 2008; Estanqueiro, 2006), onde a perda auditiva é encarada como uma diferença que possibilita o desenvolvimento de uma linguagem distinta: a língua gestual (Gomes, 2010; Ruela, 2000).

A Língua Gestual (LG) é uma língua visuo-espacial “que utiliza as mãos, os braços e a expressão facial e corporal para transmitir toda a riqueza do pensamento”

(Estanqueiro, 2006, p. 196). Esta língua tem a vantagem de poder ser adquirida pela criança com DA de forma espontânea, facultando a sua comunicação com o mundo e naturalmente o seu desenvolvimento (Amaral, 2006; Coutinho, 2006; Estanqueiro, 2006; Goldfeld, 2002; Jiménez et al., 1997). No caso português, a Língua Gestual Portuguesa (LGP) foi reconhecida em 1997, na Constituição da República Portuguesa, “enquanto expressão cultural e instrumento de acesso à educação” (Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular [DGIDC], 2009 p.6).

Segundo este paradigma a educação das crianças e adolescentes com deficiência auditiva não se norteia pelo oralismo, mas pelo bilinguismo (Bisol et al., 2008). No bilinguismo as crianças e jovens estão expostas em simultâneo à língua gestual e à língua oral (Ruela, 2000). A LG é aceite como primeira língua, mas o domínio da língua maioritária, especialmente na vertente escrita, tem por objetivo o acesso ao currículo (Ferreira, 2006; Ruela, 2000). O bilinguismo assenta no pressuposto que os indivíduos com surdez são membros de uma comunidade, que possui uma língua, normas, valores e tradições únicos e que lhe conferem uma identidade própria (Godfeld, 2002; Jokinen, 2006; Ricou, 2006).

Conclui-se que, no modelo clínico o indivíduo é percebido a partir do discurso da deficiência, por sua vez, no modelo sociocultural a ênfase é colocada na diferença cultural (Bisol et al., 2008; Paciornik, 2010). A escolha por um ou outro modelo irá ter consequências no desenvolvimento global da criança e jovem com DA.

As opiniões em relação a estas duas perspetivas dividem-se, sendo que, os surdos profundos orientam-se frequentemente para o paradigma sociocultural, e os indivíduos com perdas de audição menos severas enquadram-se mais facilmente no modelo clínico (Lane, 1995 cit. in Ruela, 2000).

### **1.3. Crianças e Adolescentes com Deficiência Auditiva**

#### **1.3.1. Características das crianças e adolescentes com deficiência auditiva**

Os nossos sentidos são essenciais, pois é através destes que comunicamos com o mundo que nos rodeia. A privação da audição provoca, inevitavelmente, dificuldades no

acesso à linguagem e conseqüentemente na comunicação (Jiménez, et al., 1997; Rebelo, 2002; Ricou, 2006).

Segundo M. Rodrigues (2000) “o problema dos surdos não é a surdez em si mesma, mas o fracasso de comunicação e linguagem que ela acarreta, de onde resultam problemas intelectuais, emocionais e culturais” (p.17). Assim, o impacto da DA na vida de crianças e adolescentes é enorme, pois repercute-se em várias áreas do seu desenvolvimento. No entanto, estes não podem ser vistos como um grupo homogêneo, já que as suas características individuais não dependem somente das especificidades da perda auditiva, mas também dos diferentes contextos de desenvolvimento (Bisol et al., 2008; Machado, 1983; M. Rodrigues, 2000; Vinter, 1996; Marchesi 1991 cit. in Ruela, 2000). Crianças e adolescentes com o mesmo tipo e grau de deficiência auditiva podem apresentar um funcionamento completamente distinto, em virtude de condicionantes contextuais, como por exemplo: estar integrado numa família de surdos ou ouvintes; a modalidade linguística usada, entre outros (Amaral, 2006).

Numa perspectiva ecológica, para além dos fatores de risco individuais, deve ser tido em conta a influência dos múltiplos contextos de vida dos indivíduos, entre os quais, a família e a escola, que podem contribuir para o desenvolvimento de problemas de adaptação (Bronfrenbrenner, 1979; Cicchetti, 1993, cit. in Lanza, Rhoades, Nix, & Greenberg, 2010).

Para que se realize uma verdadeira inserção das crianças e adolescentes com DA na sociedade é essencial que estas sejam percecionadas no seu todo, e que lhe sejam proporcionadas as condições necessárias a nível médico, educativo e social (Nunes, 2000).

### ***1.3.1.1. Desenvolvimento da Linguagem***

As interações que se estabelecem entre a criança e o meio são essenciais para o seu desenvolvimento, sendo a aquisição da linguagem preponderante para o sucesso dos intercâmbios comunicativos (Amaral & Coutinho, 2002). Para Rebelo (2002). A comunicação é um processo interativo que possibilita a partilha de experiências, ideias e sentimentos, recorrendo para tal a “um complexo sistema simbólico constituído por sinais verbais, sinais escritos e sinais não verbais (p.381).

Devido ao défice sensorial o desenvolvimento da linguagem nas crianças e jovens com DA não se processa de forma espontânea e estas acabem por ficar em desvantagem

em relação aos seus pares ouvintes. Estas crianças usufruem de um menor número de experiências com o meio, ficando cingidas ao mundo do aqui e agora (Amaral & Coutinho, 2002) e situando-se a sua linguagem num nível mais concreto (Marschark 1993 cit. in Ricou, 2006).

As crianças e adolescentes com DA apresentam baixa sociabilidade, pensamento concreto e fraca capacidade conceptual (Brito & Dessen, 1991 cit. in Paciornik, 2010). A capacidade de manifestação de estados emocionais fica igualmente comprometida pelo atraso no desenvolvimento da linguagem (Silva, 2005). A DA reflete-se, assim, na aquisição da linguagem oral e a privação da linguagem poderá resultar em dificuldades no desenvolvimento no domínio cognitivo, emocional e social. (Ricou, 2006; Santos, 2005).

Quando as perdas auditivas são ligeiras ou moderadas, ainda existe audição residual que permite a aquisição da linguagem oral por via auditiva, quase sempre com recurso a prótese auditiva (Nielsen, 1999). No caso de perdas auditivas severas ou profundas, que impedem o desenvolvimento da linguagem com base na audição, é essencial recorrer a formas alternativas de comunicação, isto é à LG (Antunes, 2000).

Segundo estudos efetuados, a aquisição precoce da LG favorece o desenvolvimento linguístico e cognitivo (Marchesi, 1981 cit. in Jiménez et al., 1997). A linguagem oral é apreendida espontaneamente pelas crianças ouvintes nas interações sociais, e a LG poderá igualmente ser adquirida naturalmente pelas crianças com DA no contacto com pessoas que utilizem esta língua. O domínio da LG irá permitir o desenvolvimento mais harmonioso destas crianças e adolescentes (Amaral & Coutinho, 2002), pois facilitará a apreensão do mundo e o estabelecimento de relações interpessoais positivas (Santos, 2005).

### ***1.3.1.2. Desenvolvimento Sócio Emocional***

O desenvolvimento social e emocional das crianças e adolescentes com DA pode ser influenciado por diversas condições relacionadas com a perda auditiva em si, e pelos seus contextos de vida imediatos (Ruela, 2000).

No que concerne aos contextos onde a criança interage, a família é considerada na nossa sociedade o primeiro agente socializador. As características da unidade familiar vão influenciar o desenvolvimento da criança e contribuir para a formação da

sua personalidade (Paciornik, 2010; Ricou, 2006). A exposição a um ambiente potenciador de interações significativas é fundamental para um pleno desenvolvimento de todas as crianças, uma vez que a existência de “relações pobres durante o desenvolvimento podem refletir-se numa diminuição das aptidões cognitivas e emocionais, as quais penetram em todas as áreas da vida humana” (Ricou, 2006, p.293).

No caso de crianças com DA, o intercâmbio com o meio fica bastante condicionado devido às limitações linguísticas. A impossibilitada da perceção de sons restringe o acesso à informação auditiva, ficando criança circunscrita aos estímulos visuais e tácteis (Amaral & Coutinho, 2002). As dificuldades de comunicação das crianças e adolescentes com DA são uma constante e começam a manifestar-se logo no seio familiar (Antunes, 2000). O nascimento de uma criança com DA provoca na família uma grande variedade de emoções e reações que irão, inevitavelmente, refletir-se nas suas interações com a criança (Paciornik, 2010; Ruela, 2000).

A dinâmica familiar acaba por ser alterada, especialmente em famílias ouvintes, e a dificuldade em lidar com a situação poderá colocar em risco a comunicação e a interação da família com a criança (Ricou, 2006; Rodrigues & Pires, 2002). A ausência de comunicação entre pais e filhos poderá levar as crianças a exibirem comportamentos denominados de «imaturos», «hipercinéticos», «autistas», «egocêntricos», entre outros (Moores, 1987 cit. in Ricou, 2006, p. 294).

Segundo Santos (2005), se a criança com DA “tiver dificuldades na interação com os adultos mais significativos, é previsível que venha a ter dificuldades em ajustar o seu comportamento ao longo da infância, da adolescência e mesmo na idade adulta” (p. 66). Os problemas afetivos e psicológicos podem emergir de um contexto familiar pobre em intercâmbios comunicativos durante a infância (Silva, 2003 cit. in Paciornik, 2010). Devido à ineficácia da comunicação entre pais e crianças com DA, estes pais têm tendência a fornecer-lhes menos informação sobre o meio social, o que irá condicionar o seu desenvolvimento social (Rebelo, 2002; Silva, 2005).

Segundo diversos estudos as crianças e jovens com DA apresentam condutas sociais mais imaturas (Schlesinger & Meadow, 1972; Levine, 1960 cit. in Ricou, 2006), maior impulsividade e menor regulação emocional que os seus pares ouvintes (Calderon & Greenberg, 2003). Evidenciam também comportamentos egocêntricos, défices de autoestima e de interação social (Kusché & Greenberg, 1983 cit. in Ricou, 2006), revelam-se ainda introvertidos, irritáveis, apresentando com frequência agressividade e frustração (Kirk & Gallagher, 2000 cit. in Rodrigues & Pires, 2002). As interações

sociais destas crianças e adolescentes são fortemente afetadas devido a problemas de identidade (Rezende, Krom & Yamada, 2003 cit. in Ricou, 2006).

Acontece que os pais, muitas das vezes, recusam-se a aceitar a DA do seu filho e como tal, é fundamental que estes sejam apoiados e esclarecidos acerca das repercussões da perda auditiva, e sobre quais as medidas e recursos disponíveis para apoiar a criança. Estes procedimentos são essenciais para se proporcionar uma comunicação efetiva entre a criança e a família (Ricou, 2006; Ruela, 2000; Silva, 2005).

O estatuto “surdo” ou “ouvinte” dos pais é muito relevante no desenvolvimento da criança com DA, pois a aceitação da perda auditiva do filho é distinta na relação pais ouvintes/criança surda e na de pais surdos/criança surda (Marchesi, 1991; Morel, 1990 cit. in Ruela, 2000; Paciornik, 2010). Segundo Rebelo (2002) a relação que se estabelece entre crianças surdas/pais ouvintes é de “solilóquio” enquanto a relação entre crianças surdas/pais surdos é de “interação” (p. 379).

No caso de pais ouvintes, o diagnóstico de DA é mais dificilmente aceite, pois esta não é uma situação familiar para eles (Ricou, 2006). O confronto com a DA do seu filho gera elevados níveis de stress nos pais, especialmente quando estes são ouvintes. Segundo pesquisas realizadas o aumento do stress parental está associado a problemas sócio emocionais nas crianças (Hintermair, 2006).

Neste contexto, a interação e comunicação com a criança estão comprometidas, já que não existe um sistema de linguagem comum. Esta situação é ainda mais grave, se for tido em conta que a grande maioria das crianças com DA estão inseridas em famílias ouvintes (Santos, 2005).

Estudos indicam que as crianças com DA filhas de pais ouvintes, têm maior propensão para apresentarem problemas de comportamento, do que as crianças com DA filhas de pais também com DA, (Brito & Dessen, 1999 cit. in Paciornik, 2010). Estas crianças demonstram também pouca experiência social e dificuldades no relacionamento com os seus pares no meio escolar (Ruela, 2000).

Nos pais portadores de DA, o nascimento de uma criança com esta problemática é encarado de forma mais natural. Estes pais revelam menores níveis de stress, o que se reflete positivamente no desenvolvimento sócio emocional dos seus filhos (Hintermair, 2006). Estes pais conhecem as implicações da DA e promovem de forma espontânea o desenvolvimento linguístico e social dos seus filhos. Neste caso não existe a rutura da interação e comunicação, já que a linguagem usada é comum: a LG. As crianças contactam de forma natural com a LG e as suas competências comunicativas começam

a ser desenvolvidas desde cedo (Ruela, 2000). Verifica-se uma comunicação efetiva entre pais e criança e este aspeto é muito importante para o desenvolvimento linguístico (Marschark, Lang & Albertini, 2002) e psicológico das crianças (Jambor & Elliott, 2005).

Neste sentido, estas crianças evidenciam melhores competências académicas e uma identidade mais equilibrada (Silva, 2003 cit. in Paciornik, 2010). As crianças filhas de pais surdos demonstram um desenvolvimento cognitivo mais apropriado para a sua idade, melhor desenvolvimento sócio emocional e revelam menos problemas de comportamento (Hintermair, 2006).

Os pais surdos demonstram uma maior expectativa em relação aos seus filhos e este facto associado à exposição precoce à LG, poderá ser a explicação para o resultado de alguns estudos que apontam que as crianças filhas de pais surdos revelam uma inteligência não-verbal mais elevada do que as crianças filhas de pais ouvintes (Marschark, 1993 cit. in Ricou, 2006, p.278).

Segundo Meadow-Orlans, Greenberg & Erting (1990):

(...) apesar do baixo nível educacional e económico da maioria do pais surdos, as crianças surdas de uma maneira geral apresentam um elevado nível de desempenho quando comparadas com crianças surdas filhas de pais ouvintes (cit. in Ruela, 2000 p.79).

Conclui-se que as crianças com DA inseridas em famílias também portadoras de DA constroem a sua personalidade num contexto mais favorável, já que com o uso da LG permite-lhes estabelecer uma comunicação recíproca e efetiva com a família e pares. As crianças com DA filhas de pais ouvintes e que se limitam à comunicação oral acabam por não estabelecer interações comunicativas e sociais satisfatórias (Rebelo, 2002).

Os pais que aceitam a DA e procuram os apoios adequados para os seus filhos estão a influenciar de forma positiva o seu desenvolvimento linguístico, social e emocional (Rodrigues & Pires, 2002).

Sejam os pais das crianças com DA ouvintes ou não, o tipo de interações estabelecidas no âmbito familiar será determinante para os intercâmbios sociais futuros em contextos mais alargados (Rebelo, 2002).

Quando a criança cresce a escola passa a ter uma grande influência no seu processo de socialização, já que neste contexto surgem oportunidades de interação com um maior número de pessoas (Santos, 2005). A diversidade de experiências e interações

que a escola proporciona, acabam por desempenhar um papel muito importante no desenvolvimento pessoal, interpessoal, linguístico, social e académico dos alunos com DA, destacando-se aqui o papel dos pares e professores (Marschark et al., 2002).

As crianças e adolescentes com DA devido aos condicionantes linguísticos ficam, mais uma vez, limitados na comunicação com os que o rodeiam (Antia & Kreimeyer, 1992 cit. in Ruela, 2000). Os entraves comunicativos a que as crianças e adolescentes com DA estão sujeitas acabam por desencadear problemas de conduta, escolares (Rodrigues & Pires, 2002), emocionais e dificuldades com os pares (Fellinger, Holzinger, Sattel & Laucht, 2008).

Neste contexto, o desenvolvimento sócio emocional das crianças e adolescentes com DA irá depender do tipo de intervenção educativa e do recurso a ajudas técnicas adequadas (Santos, 2005; Stinson & Antia, 1999).

A legislação atual postula que as crianças com NEE deverão ser educadas em ambientes inclusivos, isto é nas escolas regulares.

(...) a escola inclusiva pressupõe individualização e personalização das estratégias educativas, enquanto método de persecução do objectivo de promover competências universais que permitam a autonomia e o acesso à condução plena da cidadania por parte de todos (Decreto-lei 3/2008).

No que concerne à inclusão de alunos com NEE, estudos realizados com professores, em Portugal, indicam que estas crianças integradas nas escolas regulares têm ganhos ao nível social, mas o mesmo não se passa a nível académico (Antunes, 2000). Relativamente aos alunos com DA que frequentam as escolas regulares, estes apresentam melhores níveis de desenvolvimento académico (Kluwin, 1993 cit. in McCain & Antia, 2005), mas estes benefícios não se verificam no âmbito social e emocional (Marchesi, 1995 cit. in Ruela, 2000).

De acordo com Cappelli e colaboradores (1995) os estudos realizados com alunos portadores de DA têm-se focado essencialmente no desenvolvimento linguístico e cognitivo, sendo o desenvolvimento psicossocial a área menos avaliada (cit. in Antunes, 2000).

Pesquisas efetuadas apontam que a integração dos alunos com DA nas escolas regulares está sustentada nos ganhos cognitivos (Nunes, Pretzlik & Olsson, 2001). No entanto, os mesmos autores referem a necessidade de serem estudadas as repercussões desta integração no seu desenvolvimento social, pois este poderá condicionar o seu sucesso escolar. Segundo Thompson (2002), o êxito académico está condicionado por

determinados requisitos, entre eles, as capacidades intelectuais, os fatores motivacionais e o desenvolvimento socio emocional (cit. in Silva 2005).

No que respeita ao desenvolvimento sócio emocional de crianças e adultos com DA, pesquisas atestam que estes indivíduos apresentam maior incidência de problemas sócio emocionais relativamente às pessoas ouvintes (Hintermaier, 2006; Schlesinger & Meadow, 1972; Meadow, 1980 cit. in Silva, 2005).

A população com DA revela maior debilidade emocional e comportamental, assim as dificuldades de comunicação podem agravar o risco de baixa autoestima, depressão e frustração (Marschark et al., 2002).

Para Stinson e Kluwin (1996) a existência de reais e recíprocas interações com os pares é essencial para o desenvolvimento social da criança com DA (cit. in Ruela, 2000). No âmbito das relações entre pares, investigações realizadas reportam que as crianças com DA em idade pré-escolar, são capazes de estabelecer relações de amizade, tal como as crianças ouvintes, mas os seus contactos são mais esporádicas e instáveis (Antia & Kreimeyer, 2003; Ricou, 2006). Ainda ao nível do pré-escolar as crianças com DA que manifestam melhor desempenho linguístico são melhor aceites pelos seus pares, uma vez que interatuam mais ativamente (Spencer & Deyo, 1993 cit. in Marschark, et al., 2002).

As crianças e jovens com DA podem apresentar diferentes padrões de orientação social em termos de pares (Stinson & Kluwin 1996 cit. in Ruela, 2000), mas de forma geral os alunos com DA orientam-se socialmente para pares com condições de audição similares. Estes alunos como partilham a mesma modalidade de comunicação têm a possibilidade de partilhar assuntos de forma mais consistente (Jambor & Elliot, 2005; Stinson & Walter, 1997 cit. in Lang, 2002). No entanto, quando os seus pares são ouvintes, podem ocorrer dificuldades de comunicação, o que por vezes gera situações negativas no âmbito psicológico. Quando a criança e jovem com DA não consegue comunicar de forma eficaz com pais, pares e outros adultos o funcionamento psicológico saudável pode ficar condicionado (Marschark, et al., 2002).

Os alunos com DA que apresentam boa comunicação oral e gestual podem orientar-se tanto para pares ouvintes como com DA, geralmente estes alunos apresentam autoestima mais elevada (Ruela, 2000). Estudos apontam que existe relação entre o desenvolvimento da identidade surda e a saúde mental (Leigh & Pollard, 2003), assim quando indivíduos com DA revelam forte identificação com a cultura Surda, ou bicultura demonstram níveis superiores de autoestima (Jambor & Elliott, 2005) e de

satisfação com a vida (Bat-Chava, 2000; Maxwell-McCaw, 2001 cit. in Leigh & Pollard, 2003).

Contudo, pesquisas efetuadas demonstram que a população em geral revela maior autoestima que as pessoas portadoras de DA (Bat-Chava, 1994; Schlesinger, 2000 cit. in Jambor & Elliott, 2005).

Existem vários fatores que podem condicionar os níveis de autoestima dos indivíduos com DA, entre os quais: o grau de perda auditiva; a idade em que surgiu a DA; o modo de comunicação utilizado; grupo de identificação, entre outros (Jambor & Elliott, 2005). Os indivíduos com DA, de uma forma geral, são mais rejeitados socialmente, possuem baixa escolaridade e empregos com remunerações menos satisfatórias, o que se reflete na sua autoestima (Higgins, 1980; Strong & Shaver, 1991 cit. in Jambor & Elliott, 2005).

Relativamente à integração de alunos com DA nas escolas regulares, estudos apontam que as crianças e jovens com DA sentem-se isolados e também rejeitados pelos seus pares ouvintes (Farrugia & Austin 1980 cit. in Ruela, 2000; Silva, 1996 cit. in Antunes, 2000; Stinson & Antia 1999). Evidências apontam que os alunos rejeitados pelos seus pares estão mais propensos a desistirem da escola e a sentirem dificuldades no âmbito social (Nunes et al., 2001).

Num estudo realizado sobre as auto percepções dos alunos com DA nas escolas regulares, os dados apontam que a socialização é a área onde estes alunos revelam mais dificuldades, a par com a comunicação (Powers, 1990 cit. in Ruela, 2000).

Como já foi referido, devidos às dificuldades de comunicação, os alunos com DA preferem a companhia de pares também portadores de DA (Foster, 1989; Chase & Kluin, 1990 cit. in Ruela, 2000) ou dos professores, em detrimento dos pares ouvintes (Cappelli et al., 1995 cit. in Ruela, 2000). Antia e Kreimeyer, (2003), referem que apesar das crianças com DA preferirem interatuar com pares com a mesma problemática, a presença de pares ouvintes influencia de forma positiva a qualidade das interações sociais dos alunos com DA.

Os resultados de uma investigação efetuada por Nunes e colaboradores (2001) demonstram que não existem certezas que os alunos com DA sejam mais rejeitados que os alunos ouvintes nas escolas regulares, mas mesmo assim estes sentem-se muito isolados, pois são mais facilmente negligenciados e possuem menos amigos, que os seus pares ouvintes. As dificuldades de comunicação são um obstáculo ao estabelecimento de amizades (Stinson & Whitmire, 1992; Tvingstedt, 1993 cit. in Stinson & Antia,

1999). De acordo com Gregory (1998) os alunos que experienciam interações positivas no contexto escolar têm maior probabilidade de ter um desempenho acadêmico superior, melhor a saúde mental e maior sucesso a nível profissional (cit. in Marschark et al., 2002). Conclui-se que as crianças e jovens com DA sentem-se muitas das vezes isolados nas escolas regulares, pois os entraves linguísticos acabam por lhes dificultar a comunicação e interação com os pares/adultos ouvintes (Stinson & Antia, 1999).

Neste cenário é indispensável que a escola e os professores criem as condições necessárias para potenciar as interações sociais destas crianças e adolescentes (Nunes et al., 2001; Stinson & Kluwin, 1996 cit. in Ruela, 2000), uma vez que a qualidade das interações sociais repercute-se no aproveitamento académico e no surgimento de problemas no contexto escolar (Thompson, 2002 cit. in Silva, 2005).

### ***1.3.1.3. Desenvolvimento Cognitivo***

Durante muito tempo os indivíduos portadores de DA foram considerados intelectualmente inferiores aos ouvintes (Amaral, 2006; Antunes, 2000; Pintner, Eisenson & Stanton, 1946 cit. in Maller, 2003; Ricou, 2006). Assim a perda auditiva, em si, predisponha as pessoas com DA à inferioridade intelectual e à psicopatologia (Leigh & Pollard, 2003).

Esta visão é fruto dos resultados obtidos em vários estudos que comparavam indivíduos com DA e ouvintes, e que se baseavam em procedimentos metodológicos pouco adequados, nomeadamente na aplicação de testes que assentavam na oralidade, e como tal, não se encontravam adaptados à população com DA (Amaral, 2006; Antunes, 2000). Neste âmbito, Myklebust (1964) realizou um estudo em que comparava o desempenho de surdos e ouvintes em vários domínios, e concluiu que os surdos são socialmente mais imaturos, têm um pensamento mais concreto, usam estratégias de memória menos eficazes e possuem personalidade menos flexível que os ouvintes (cit. in Amaral, 2006, p. 123).

Nas escolas com a utilização das metodologias oralistas, os baixos resultados obtidos pelos alunos, que na sua grande maioria não conseguia dominar a linguagem oral, acabam por corroborar os resultados dos estudos (Amaral, 2006).

No entanto, a validade científica deste tipo de testes começa a ser questionada e surgem novas investigações, que comprovam que quando são utilizados testes

adaptados à população com DA, os resultados obtidos em relação ao funcionamento cognitivo de crianças com DA e ouvintes não é distinto (Meadow, 1984 cit. in Ricou, 2006). Somente ao nível das competências de comunicação, se poderão encontrar diferenças entre crianças com DA e ouvintes (Nunes, Ricou, Antunes & Melo, 2000; Ricou, 2006). Neste sentido, é essencial minimizar as dificuldades de comunicação destas crianças, pois a privação da linguagem poderá ter consequências verdadeiramente nefastas para o seu desenvolvimento cognitivo, social e emocional (Antunes, 2000; Ricou, 2006).

Nas crianças com DA severa e profunda a aquisição precoce da LG é essencial para o seu desenvolvimento (Ricou, 2006), já que “a linguagem pode mudar o curso do desenvolvimento cognitivo e é, por sua vez, modelada pelo meio envolvente e pela cultura” (Amaral, 2006, p.129). Vários autores atestam que as dificuldades reveladas pelas crianças e jovens com DA são fruto de um fraco desempenho linguístico provocado por uma deficiente interação com o meio sociocultural (Ricou, 2006; Wolk et al., 1987 cit. in Amaral, 2006).

Para Amaral e Coutinho (2002):

Uma linguagem rudimentar corresponde a um pensamento também rudimentar e as possibilidades de aprendizagem ficam muito aquém da mente de que a criança dispõe porque, na realidade, ela não carece de uma mente tão só não lhe foi proporcionada a sua utilização e desenvolvimento de forma plena (p.374).

#### ***1.3.1.4. Desempenho Académico***

As crianças e adolescentes com DA encontram-se atualmente integradas nas escolas regulares e como tal, as respostas educativas deverão estar adequadas às características destes alunos (Stinson & Antia, 1999).

A capacidade de comunicação é o aspeto fundamental que irá promover a sua participação na escola e na sociedade. Apesar de tudo, a maior parte dos alunos com DA chega às escolas sem dominar a língua do seu país, o que é muito grave pois as interações comunicativas são essenciais para a aprendizagem (Ruela, 2000). Também nas escolas, continuam a existir imensos obstáculos que dificultam a comunicação dos alunos com DA com professores e pares, o que se repercute na sua aprendizagem e desempenho académico (Baptista, 2008; Stinson & Antia 1999).

As crianças e adolescentes com DA têm dificuldades no desenvolvimento da linguagem oral e como tal, a capacidade de expressão e compreensão oral destas crianças está comprometida, o que se reflete na aprendizagem da leitura e escrita (Departamento da Educação Básica [DEB], 2002).

Relativamente ao funcionamento linguístico dos alunos com DA em contexto escolar, a linguagem oral é o domínio onde apresentam maiores dificuldades, mas mesmo ao nível da escrita o seu desempenho está muito aquém do esperado para a sua faixa etária. Os alunos com DA sofrem frequentemente atrasos no seu percurso académico e quase nunca frequentam o ano correspondente à sua idade cronológica. De uma forma geral, ao nível da linguagem oral e escrita, tanto os jovens como os adultos com DA situam-se ao nível do ensino básico (Baptista, 2008).

De acordo com estudos científicos, em Portugal, os indivíduos com surdez apresentam geralmente níveis de aprendizagem da leitura e escrita muito baixos, podendo ser considerados analfabetos funcionais (Coutinho, 2002). Amaral (2002) realizou um estudo com alunos surdos no ano letivo de 1999-2000 e concluiu que estes evidenciavam um fraco desempenho ao nível da leitura e que apresentavam um desfasamento de três a cinco anos em relação aos pares ouvintes (cit. in Baptista, 2008).

De forma a aferir sobre a capacidade de leitura de alunos com surdez em Portugal, no ano de 2000/2001, foi realizado um estudo com alunos do 4º ano a frequentar escolas de referência das Unidades de Apoio à Educação de Alunos Surdos. Um dos principais resultados apontados foi que o desempenho destes alunos no âmbito de leitura é inferior comparativamente aos pares ouvintes. Relativamente à modalidade comunicativa, a maioria dos alunos surdos usa a linguagem oral e verifica-se um grande número de retenção destes alunos no 1º Ciclo (DEB, 2002).

Várias pesquisas desenvolvidos em diferentes países, indicam que menos de 25% dos alunos com surdez é capaz de atingir um desempenho de leitura equivalente ao quarto ano de escolaridade (Amaral, 2002 cit. in Baptista, 2008, p.58). Em termos de desempenho no domínio da leitura e da escrita, existe um desfasamento muito grande entre alunos ouvintes e com DA. Ao nível leitura um aluno com 18, 19 anos lê de forma similar que um aluno ouvinte com oito ou nove anos (Paul, 1998; Traxler, 2000 cit. in Paul, 2003). O mesmo se passa ao nível da escrita, uma vez que, um aluno ouvinte com nove ou 10 anos está ao mesmo nível de um estudante com DA de 17, 18 anos (Paul, 1998, 2001 cit. in Albertini & Schley, 2003).

De acordo com alguns estudos, o uso da linguagem oral e escrita na educação de crianças e adolescentes com DA teve resultados desastrosos (Lane, 1992 cit. in Baptista 2008). O recurso a metodologias oralistas repercute-se negativamente no desenvolvimento dos alunos com DA, pois acaba por ampliar as suas dificuldades ao nível da comunicação, o que compromete a capacidade de aprender a ler e a escrever (Coutinho, 2006; Santos, 2005).

Segundo Serra (2003), o insucesso dos alunos com DA está condicionado pela falta de condições para aprender a LG (cit. in Baptista, 2008), já que nas crianças e jovens com DA o domínio precoce da LG é um bom preditor do sucesso académico (Lang, 2003; Marschark, et al., 2002). A exposição precoce à LG facilita a interação e comunicação com o mundo (Lourenço, 2005; Santos, 2005), potenciando o desenvolvimento cognitivo e linguístico da criança com DA (Marchesi, 1981 cit. in Jiménez, 1997).

De acordo com Calderon & Greenberg (1997):

O melhor preditor do desenvolvimento da linguagem e do sucesso académico, pelo menos nos anos precoces da escola, inclui uma efectiva comunicação entre a mãe e a criança, inscrição em programas de intervenção precoce, e o uso precoce da língua gestual (cit. in Marschark, et al., 2002, p. 112).

As crianças e adolescentes com DA que são educadas desde cedo segundo a perspectiva bilingue, revelam melhor desempenho académico que os alunos sujeitos a metodologias oralistas (Estanqueiro, 2006).

McCain e Antia (2005) efetuaram um estudo comparativo com três distintos grupos de alunos: alunos com surdez ou DA; alunos com DA e outros problemas associados e alunos sem deficiência. Estes alunos frequentavam uma sala de aula “co-enrolled” (CE), onde estão inscritos alunos com DA e ouvintes, que têm à sua disposição dois professores, um de ensino regular e outro para alunos com DA. Neste contexto são usadas em simultâneo a língua inglesa e a língua gestual. O objetivo desta pesquisa era avaliar a capacidade de comunicação e participação, o desempenho académico e o comportamento social destes alunos. Os resultados indicam que não existem diferenças significativas dos alunos com surdez ou DA relativamente aos pares ouvintes no que respeita à comunicação, participação e comportamento social. No entanto, no desempenho académico são visíveis discrepâncias, especialmente no domínio da leitura.

No âmbito de um estudo realizado sobre o comportamento parental de pais de crianças surdas, verifica-se que o fraco desempenho académico dos alunos com DA reflete-se nas baixas expectativas dos pais em relação ao percurso académico dos seus filhos. Estes pais não ambicionam que os seus educandos frequentem um curso superior, e nem mesmo a conclusão do 12º ano de escolaridade (Rodrigues & Pires, 2002).

De facto, os alunos com surdez ou perdas auditivas frequentam em menor número o ensino superior que os estudantes ouvintes (Convertino, Marschark, Sapere, Sarchet & Zupan, 2009; Estanqueiro, 2006; Pacheco & Caramelo, 2005 cit. in Gomes, 2010). Esta situação acaba por ser confirmada por um estudo efetuado com jovens portadores de surdez que frequentavam o ensino superior em Coimbra no ano letivo de 2003-2004, já que somente foram identificados 14 alunos surdos num universo de 40.000 estudantes. Outro dado relevante foi a falta de condições da instituição para a frequência destes alunos (Jorge, 2005 cit. in Baptista, 2008).

Apesar das barreiras existentes no ensino superior, o número de alunos com DA a frequentar este nível de ensino tem aumentado significativamente. Nos Estados Unidos estão inscritos no ensino superior mais de 25.000 alunos com DA (National Center for Education Statistics, 1999 cit. in Lang, 2002). Sendo de salientar que, os alunos com perdas auditivas ligeiras têm maior probabilidade de frequentar o ensino superior que os estudantes com graus de DA mais severas (Brelje, 1999 cit. in Lang, 2002). No entanto, a taxa de desistência destes alunos no ensino superior continua muito elevada. Estudos realizados nos Estados Unidos apontam que o sucesso destes alunos no ensino superior está condicionado por diversos fatores, entre os quais, a preparação académica, a aprendizagem através de serviços de apoio e pela insatisfação com a vida social (Lang & Stinson, 1982; Stinson & Walter, 1992 cit. in Lang, 2002).

Uma pesquisa realizada com estudantes universitários com DA, tendo como objetivo identificar possíveis preditores de sucesso académico nestes estudantes, apurou que neste nível de ensino a preparação académica é um forte preditor de sucesso académico ao contrário dos fatores audiológicos e de comunicação. Na mesma pesquisa, outro aspeto a salientar, foi a falta de consistência da relação entre sucesso académico e ter pais portadores de surdez e o uso precoce de LG. Estes dados contrariam os resultados de estudos efetuados com crianças com DA onde se verificava que as crianças filhas de pais surdos e que eram expostas precocemente à LG demonstravam

melhor desempenho acadêmico. Conclui-se que estes fatores são de menor relevância para alunos mais velhos (Convertino et al., 2009).

Apesar da preparação acadêmica ser essencial para o sucesso dos alunos com DA no ensino superior, dados de pesquisas indicam que alunos academicamente bem preparados acabam por desistir da faculdade durante o primeiro ano. Assim, os fatores pessoais, entre os quais a motivação, atitude e os hábitos de estudo influenciam o desempenho acadêmico destes estudantes durante o primeiro ano da universidade (Albertini, Kelly & Matchett, 2011).

Para Lang (2002) o sucesso dos alunos no ensino superior e posteriormente no mercado de trabalho está fortemente relacionado com fatores pessoais e sociais. Segundo Stinson e colaboradores a satisfação social e a integração são fatores que influenciam a permanência dos alunos na universidade (1987 cit. in Albertini et al., 2011).

Um dos grandes problemas dos alunos com DA documentada em diversas investigações é a dificuldade de comunicação com os seus pares ouvintes no contexto educativo (Antia, Sabers & Stinson 2006). Num estudo realizado com alunos do ensino superior com DA que usavam como forma de comunicação a linguagem oral e ou gestual, independentemente do modo de comunicação usado todos eles apontaram a existência de dificuldades de comunicação (Stinson, Liu, Saur, & Long, 1996 cit. in Antia et al., 2006).

O nível de participação dos alunos com DA no ensino superior é influenciado pela qualidade das interações estabelecidas com professores e alunos (Richardson, Long & Foster 2004). Devido às dificuldades de comunicação estes alunos podem diminuir a sua participação ativa na sala de aula, o que pode colocar em causa a sua aprendizagem e sucesso acadêmico (Antia et al., 2006; McCain & Antia, 2005). Acerca da participação acadêmica dos alunos com DA no ensino superior, dados de uma pesquisa demonstram que estes alunos não percebem de forma muito distinta os ambientes educativos em relação aos seus pares ouvintes. Os alunos com DA dentro da sala de aula revelam capacidade de acesso à informação e envolvimento nas atividades, no entanto consideram que o ritmo de ensino é menos adequado e também não se sentem tão incluídos na instituição como os estudantes ouvintes (Foster, Long & Snell, 1999).

No entanto, outro estudo efetuado por Richardson, Long e Foster (2004), também com o objetivo de apurar o nível de participação acadêmica dos alunos com DA

comparativamente aos alunos ouvintes, mas a frequentar cursos à distância, revelaram que os alunos com DA comunicam de forma menos eficaz com os pares.

No que concerne à participação académica dos alunos com DA no ensino superior, a fraca prestação de apoios a estes alunos por parte das instituições, pode ter repercussões negativas neste domínio (Richardson, Long & Foster, 2004). As universidades raramente efetuam alterações pelo facto de existirem alunos com DA, no entanto este aspeto é essencial, pois a adaptação às especificidades dos alunos com DA é fundamental para a sua inclusão e sucesso académico (Foster et al., 1999).

#### ***1.3.1.5. Inclusão no mercado de trabalho***

De acordo com um estudo realizado sobre o comportamento parental de pais de crianças com DA, uma das maiores preocupações apresentadas por estes prende-se com as possíveis saídas profissionais dos seus filhos (Rodrigues & Pires, 2002).

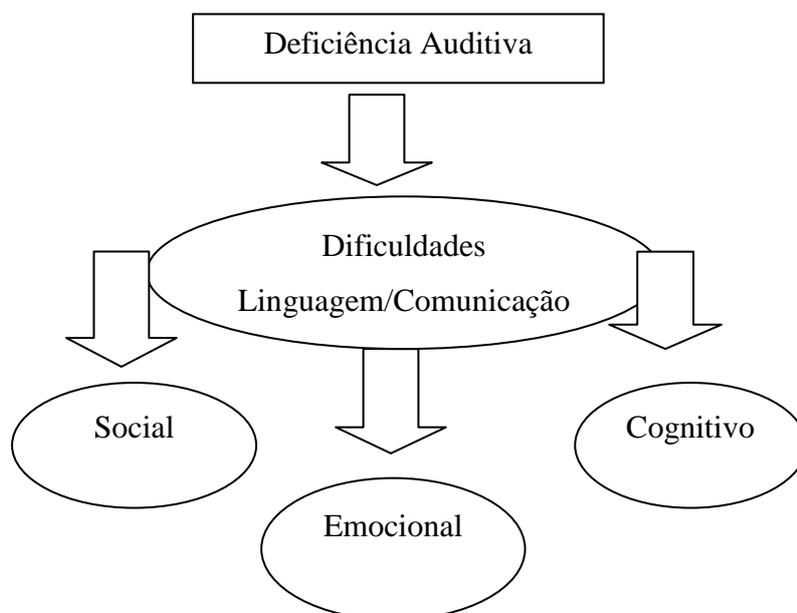
A inclusão profissional dos indivíduos com DA não tem sido fácil, pois existem muitas barreiras na comunicação entre os ouvintes e os portadores de DA, o que acaba por restringir e dificultar as suas escolhas profissionais (Coelho, 2000; Gomes, 2010). Em Portugal, ao nível da formação e integração profissional dos indivíduos com DA, os serviços responsáveis não têm em conta a LGP e a cultura minoritária do Surdo e como tal a sua integração no mercado de trabalho está dificultada (Coelho, 2000).

Para Gomes (2010), a população com DA acaba por ter poucas alternativas em termos profissionais e quando as têm são, geralmente, de baixo estatuto.

Segundo um estudo realizado no âmbito do Projeto LABOR – Programa Horizon, com jovens e adultos surdos, entre os 17 e 42 anos, dos concelhos do Porto e Bragança, e cujos resultados foram apresentados em 1997 no Auditório UNESCO, no Porto, onde se conclui que: 42,9% dos inquiridos encontrava-se desempregado e que dos 57,1% que estavam empregados, somente 15,6% obteve emprego através do Instituto do Emprego e Formação Profissional. Os indivíduos com DA acabam por integrar-se a si mesmos, já que a maioria dos empregos foi obtida através de familiares, ou de esforços desenvolvidos pelas escolas que frequentavam. Quanto às profissões exercidas por estes indivíduos, na sua grande maioria situam-se no sector primário, sendo trabalhadores com uma forte componente manual. Podendo surgir raramente outras profissões, como por exemplo; professor; monitor de informática e monitor de

Língua Gestual. Alguns jovens investem na escolaridade com o objetivo de obter um emprego mais qualificado, mas poucos conseguem ter sucesso nos seus intentos (Coelho, 2000).

As crianças e adolescentes com DA são considerados um grupo de risco devido ao desenvolvimento atípico da linguagem e conseqüentes entraves comunicativos (*Figura 2.*). As dificuldades de comunicação que começam a manifestar-se logo no seio familiar e posteriormente em contextos sociais mais alargados, como é o caso da escola, acabam por comprometer o seu desenvolvimento sócio emocional, cognitivo (Antunes 2000; Greenberg & Kusché, 1993 cit. in Silva, 2005; Santos, 2005) e desempenho académico (Stinson & Antia, 1999).



*Figura 2.* Repercussões da deficiência auditiva no desenvolvimento dos indivíduos

Estas crianças e adolescentes para além de carecerem de cuidados médicos necessitam também de educação especial prevista na legislação, de forma a potenciar o seu pleno desenvolvimento e a sua inserção na sociedade (Duarte, 2006). A escola tem o papel de facilitar a comunicação destes alunos com o mundo, proporcionando-lhes uma educação individualizada e adequada às suas especificidades (Ricou, 2006; Stinson & Antia, 1999).

## **1.4. Bem-Estar Subjetivo**

### **1.4.1. Antecedentes teóricos do bem-estar subjetivo**

O reconhecimento da importância do estudo do bem-estar psicológico dos indivíduos só recentemente começou a fazer parte dos interesses da psicologia, pois durante muito tempo esta ciência somente valorizou os estados negativos da personalidade, como é o caso da ansiedade e da depressão. A sua atenção estava unicamente voltada para a compreensão das doenças e da doença mental (Arocena, Lucero & Muñiz, 2005; Cuadra & Florenzano, 2003; Pavot & Diener, 1993; Ryan & Deci, 2001; Suh, Diener & Fujita, 1996).

Esta nova perspectiva que valoriza o potencial humano e o efeito das emoções positivas na vida das pessoas, tais como o bem-estar, a felicidade, a satisfação, o otimismo é designada de Psicologia Positiva (Hernández, 2006; Omar; Paris; Sousa; Silva, & Peña 2009; Ryan & Deci, 2001; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Desta forma, a psicologia positiva vai para além da remediação do deficit, pois procura entender e avaliar o desenvolvimento dos indivíduos focalizando-se nas suas virtudes e forças (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

O bem-estar subjetivo caracteriza-se pela avaliação cognitiva e afetiva que os indivíduos fazem das suas vidas (Diener, 2000; Diener, Suh & Oishi, 1997) e aparece como um “conceito chave” no âmbito da psicologia positiva (Diener, 2000; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Retrocedendo um pouco na história, poderemos afirmar que o conceito bem-estar subjetivo é bastante recente e que teve dois momentos fulcrais na sua definição. O primeiro teve lugar na década de 60, onde se assiste à distinção entre bem-estar material e bem-estar global. Por sua vez, nos anos 80, é efetuada a diferenciação entre bem-estar psicológico (BEP) e o de bem-estar subjetivo (BES).

A necessidade de proceder à distinção entre bem-estar material e bem-estar global tem como pano de fundo os movimentos sociais associados ao Iluminismo (séc. XVIII) e ao Utilitarismo (séc. XIX). Neste contexto, o desenvolvimento pessoal e a felicidade passam a ter um papel de destaque, sendo incumbida à sociedade a função de facultar às pessoas as condições essenciais para “uma vida boa” (Galinha, 2008; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005). Com o passar do tempo, o progresso das sociedades

começa a ser quantificado tendo em conta os recursos económicos e neste sentido, o bem-estar material refere-se à avaliação que os indivíduos fazem aos seus rendimentos. Nesta época é introduzido o conceito de qualidade de vida e é constatado que o bem-estar, ou qualidade de vida não poderia ser avaliado somente por fatores externos, como é o caso das condições socioeconómicas, já que o aumento dos recursos económicos não estava forçosamente associado ao aumento do bem-estar. Existe uma grande variedade de fatores que influenciam o nosso bem-estar e daí a necessidade de distinguir bem-estar material e bem-estar global (Campbell, 1976 cit. in Remédios, 2010; Diener & Seligman, 2004; Galinha, 2008; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Com a segunda Revolução da Saúde, na década de 70, verifica-se a mudança do paradigma da doença para o paradigma da saúde. O conceito de bem-estar começa a ser relacionado com a saúde, e mais precisamente com a saúde mental (Galinha, 2008; Terris, 1975; O'Donnel, 1986 cit. in Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Neste contexto também a psicologia começa a prestar atenção aos aspetos positivos da saúde mental, em vez de se centrar unicamente nas suas características negativas. Nesta época começam a multiplicar-se as investigações na área do bem-estar, sendo este constructo utilizado por investigadores de vários domínios da psicologia e frequentemente relacionado com vários conceitos tais como: felicidade; qualidade de vida e, como foi referido anteriormente, saúde mental. O constructo bem-estar é bastante complexo e devido ao seu caráter temporal e à interação entre fatores objetivos e subjetivos a sua delimitação conceptual acaba por estar bastante dificultada (Ballesteros; Medina, & Caycedo, 2006; Galinha, 2008; García-Viniegras & Benítez, 2000; Omar et al., 2009).

Assim, na década de 80 o bem-estar acaba por se decompor em duas perspetivas distintas, ainda que interligadas: o BEP e o BES. O BES que se enquadra na linha de investigação hedónica que defende que o prazer é o “fim supremo da vida”, sendo o bem-estar visto como prazer ou felicidade subjetiva (Diener, 2000) e o BEP que se encontra vinculado à tradição eudemónica que relaciona a felicidade e o bem-estar com um estado psicológico harmonioso que potencia o desenvolvimento pessoal “(Deci & Ryan, 2008; Galinha, 2008; Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002; Omar, et al, 2009; Rodríguez-Carvajal; Méndez; Moreno-Jiménez; Abarca & Van Dierendonck, 2010; Ryan & Deci, 2001).

Na literatura o BEP e o BES são muitas vezes usados como sinónimos, mas embora estes estejam relacionados entre si, representam formas diferentes de abordar o bem-estar e servindo-se para tal, de distintos indicadores (Blanco & Díaz, 2005; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005; Keyes et al., 2002; Rodríguez-Carvajal et al., 2010).

O conceito bem-estar diz respeito ao funcionamento psicológico ideal dos indivíduos. Neste sentido estas duas perspetivas acabam por representar duas facetas do funcionamento ideal do ser humano (Deci & Ryan, 2008; Ryan & Deci, 2001).

O BEP consiste na avaliação da forma como se tem vivido, na procura da perfeição que fomenta o desenvolvimento e a realização do potencial de cada indivíduo (Blanco & Díaz, 2005; Lent, 2004 cit. in Omar et al., 2009; Ryan & Deci, 2001). Este conceito tem como principais indicadores do funcionamento positivo dos indivíduos, o desenvolvimento das capacidades humanas e o crescimento pessoal (Rodríguez-Carvajal et al., 2010; Siqueira & Padovam, 2008). Na obtenção do BEP a relação entre as expectativas dos indivíduos e as suas realizações pessoais são muito importantes (Ballesteros et al., 2006).

Segundo o modelo multidimensional de Ryff, o BEP é constituído por seis dimensões psicológicas positivas: autonomia, autoaceitação, objetivo na vida, relações positivas com os outros, domínio do ambiente e crescimento pessoal (Ballesteros et al., 2006; Blanco & Díaz, 2005; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005; Giacomoni, 2004; Keyes et al., 2002; Rodríguez-Carvajal et al., 2010; Ryan & Deci, 2001).

No que concerne ao BES, este é descrito como a avaliação que os indivíduos fazem das suas vidas, baseando-se este juízo nos seus valores, expectativas e experiências passadas (Diener & Lucas, 2000 cit in Albuquerque, Martins & Neves, 2008).

O BES é frequentemente associado à ideia de felicidade e desde a antiguidade que alcançar a felicidade tem sido um dos maiores propósitos da humanidade, pois sempre existiu a preocupação de saber em que consiste uma “vida boa” e o que a condiciona. (Deci & Ryan, 2008; Diener et al., 1997; Gómez, Posada, Barrera, & Cruz, 2007; Hernández, 2006; Resende & Gouveia, 2011; Ryan & Deci, 2001).

Segundo Myers (1993) os sujeitos que são mais felizes tendem a ser menos vulneráveis às doenças, menos abusivos e hostis. Demonstram também maior capacidade para perdoar, sendo mais sociáveis, tolerantes, generosos, determinados e criativos (cit. in Cuadra & Florenzano, 2003, p. 86).

Inicialmente, as investigações sobre o BES tinham por objetivo identificar as particularidades dos indivíduos felizes e determinar as conexões entre este constructo e as características demográficas (Siqueira & Padovam, 2008). No entanto, atualmente a pesquisa neste campo tem procurado entender quais os mecanismos que sustentam ou determinam a felicidade (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999) e avaliar até que ponto os indivíduos controlam a felicidade humana (Wallis, 2005 cit. in Galinha, 2008).

O conhecimento do que é melhor para os indivíduos, o que realmente potencia o seu bem-estar pessoal é deveras importante, já que acaba por influir em vários domínios da vida, e poderá contribuir para a definição de estratégias que promovam níveis superiores de bem-estar, no âmbito individual e das sociedades (Diener & Seligman, 2004; Ryan & Deci, 2001).

#### **1.4.2. Definição e estrutura do bem-estar subjetivo**

O BES para além de ser um constructo multidimensional poderá ser definido como uma área de interesse científico (Diener, et al., 1999).

Enquanto campo de estudo, o BES possui três características fundamentais: baseia-se na experiência pessoal dos indivíduos e, como tal, não está sujeito a avaliações externas; abarca as medidas positivas e negativas do bem-estar e inclui uma avaliação global da vida dos indivíduos (Diener, et al, 1997; Diener, 1984 cit. in Giacomoni, 2004; Diener, 1994 cit. in Gómez et al., 2007).

Como conceito, o BES reporta-se à forma como as pessoas avaliam as suas vidas, isto é, o que elas pensam e sentem relativamente à sua existência (Ballesteros et al., 2006; Cuadra & Florenzano, 2003; Diener, 2000; Diener et al., 1999). De uma forma mais concreta “diz respeito ao como e porquê as pessoas experienciam suas vidas positivamente” (Giacomoni, 2004, p.43).

O BES é um conceito bastante abrangente que tem vindo a fomentar o interesse de várias vertentes da psicologia, entre as quais, a psicologia social, a psicologia da saúde e da psicologia clínica. Surgem neste sentido, muitas pesquisas no domínio do BES, mas os investigadores utilizam indistintamente diversas designações para este constructo, entre as quais: satisfação; satisfação com a vida; felicidade; afeto positivo ou negativo; afetividade; estado de espírito; bem-estar psicológico; saúde mental e até avaliação subjetiva da qualidade de vida (Blanco & Díaz, 2005; Diener, 1994 cit. in

Gómez et al., 2007; Galinha, 2008; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005; García-Viniegras & Benítez, 2000; Giacomoni, 2004). Conclui-se que tem existido discordâncias teóricas relativamente à conceituação do BES, o que dificulta a sua investigação (Blanco & Díaz; Gómez, et al., 2007; Diener, et al., 1999; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005; Giacomoni, 2004).

Quanto à sua estrutura, atualmente, parece ser consensual que o BES, isto é a avaliação global que as pessoas fazem da sua vida, integra duas dimensões: a cognitiva, expressa em termos de juízos de satisfação com a vida global ou com domínios específicos, e a afetiva traduzida em reações emocionais, compreendidas entre afetividade positiva (prazer, afeto, alegria) e afetividade negativa (vergonha, raiva, tristeza) (Ballesteros et al., 2006; Diener, 1994 cit. in Blanco & Díaz, 2005; Diener et al., 1997; Diener et al., 1999; Galinha, 2008; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005; Giacomoni, 2004; Gilman, Huebner & Laughlin, 2000; Gómez, et al., 2007; Pavot & Diener, 1993).

Segundo alguns investigadores o BES possui três componentes que embora distintos se interrelacionam, sendo eles: a satisfação com a vida global; o afeto positivo e o afeto negativo (Diener et al., 1997; Diener & Lucas, 2000 cit. in Gilman & Huebner, 2006; Hernández, 2006; Ryan & Deci, 2001).

A satisfação com a vida global reporta-se à avaliação cognitiva que os indivíduos fazem da sua vida como um todo. Por sua vez, o afeto positivo e negativo dizem respeito à frequência de emoções positivas e negativas que os indivíduos experienciam (Diener et al., 1999; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005). Os indivíduos que apresentam elevados níveis de BES, demonstram maior tendência para experienciarem emoções positivas em detrimento das emoções negativas e revelam elevado grau de satisfação com a vida (Diener et al., 1999; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005; Giacomoni, 2004; Omar et al., 2009).

Nos últimos anos para além dos três componentes referidos anteriormente, é ainda defendida a existência de um quarto elemento: a satisfação com domínios específicos da vida. Este componente diz respeito à avaliação que o individuo faz de determinados aspetos da sua vida, entre os quais o trabalho, saúde, escola, família, casamento, entre outros (Diener, 2000; Oishi, Diener, & Lucas, 2007).

Tabela 3

*Componentes do bem-estar subjetivo*

<b>Afeto Positivo</b>	<b>Afeto Negativo</b>	<b>Satisfação com a vida</b>	<b>Domínio de satisfação</b>
Alegria	Culpa e vergonha	Desejo de mudar a vida	Trabalho
Exaltação	Tristeza	Satisfação com a vida atual	Família
Contentamento	Ansiedade e Preocupação	Satisfação com o passado	Lazer
Orgulho	Raiva	Satisfação com o futuro	Saúde
Afeto	Stress	Visão de pessoas importantes sobre a vida da própria pessoa	Finanças
Felicidade	Depressão		Self
Êxtase	Inveja		Próprio grupo

*Nota.* Fonte: Diener et al., (1999). Subjective well-being: Three decades of progress (p.277).

Relativamente à dimensão cognitiva e afetiva do BES as investigações evidenciam que existe um grau de independência entre elas, embora se correlacionem (Diener et al., 1997; Diener et al., 1999; García-Viniegras & Benítez, 2000; Gilman, et al., 2000; Gilman & Huebner, 2006; Omar et al., 2009). Por um lado, o fato dos seus componentes se inter-relacionarem aponta para o BES com um conceito vasto, no entanto as duas dimensões podem reportar níveis distintos de BES, o que sugere a independência entre os diferentes componentes (Diener et al., 1997; Pavot & Diener, 1993).

Assim, dependendo dos objetivos da investigação, o BES poderá ser avaliado como um constructo global, ou tendo em conta os seus diferentes componentes. Segundo investigações efetuadas a avaliação do BES tendo em conta os seus componentes separadamente, parece trazer maiores benefícios, uma vez que poderá fornecer conhecimentos complementares acerca deste constructo (Diener, 2000; Pavot & Diener, 1993).

No presente estudo foram usadas como medidas de BES: a tonalidade emocional (afetividade positiva e afetividade negativa); a satisfação com a vida; o suporte social e a saúde mental.

### **1.4.3. Componentes do bem-estar subjetivo**

#### ***1.4.3.1. Tonalidade Emocional***

A afetividade faz parte da vida diária do ser humano, sendo a capacidade para regular as emoções essencial para a adaptação dos indivíduos ao meio envolvente e consequentemente para alcançar o bem-estar (Diener & Lucas, 2000 cit. in Alves, 2008).

O afeto caracteriza-se por um estado emocional moderadamente estável e que reflete distintas experiências emocionais positivas ou negativas (Bordwine & Huebner, 2010). As emoções diferem de humor, mas as definições usadas para estes conceitos variam um pouco dependendo dos investigadores (Fredrickson, 2000). De uma forma geral as emoções surgem como reação a determinados acontecimentos específicos ou avaliações e decorrem durante períodos de tempo relativamente curtos (Fox, Boutcher, Faulkner & Biddle, 2000 cit. in Cerqueira, 2009; Fredrickson, 2000; Ochsner & Gross, 2005). Por sua vez, o humor é caracterizado por um estado mais longo e estável (Stone, 1997 cit. in Cerqueira, 2009), sendo este independente de um objeto (Oatley & Jenkins, 1996 cit. in Fredrickson, 2000; Ochsner & Gross, 2005).

Como foi referido anteriormente, para a maioria dos investigadores parece ser consensual que a afetividade é um dos componentes do BES, sendo esta dimensão emocional composta pelo afeto positivo (AP) e o afeto negativo (NA) (Diener et al., 1999). Do AN fazem parte emoções e humores desagradáveis, tais como: tristeza, medo, culpa e raiva. O AP diz respeito à disposição para experienciar emoções e humores agradáveis, como tais como: alegria; entusiasmo; interesse; prazer e otimismo (Diener 2000; Fredrickson, 2000).

Elevados níveis de AP sugerem um estado de alta energia e concentração e pelo contrário, a presença de reduzidos níveis de AP caracterizam-se por um estado de apatia e tristeza (Watson, Clark & Tellgen, 1988).

A dimensão afetiva reporta-se ao afeto que os indivíduos expressam em várias situações, tendo em conta a intensidade e a frequência das emoções positivas relativamente às emoções negativas (Galinha, 2008). Apesar da intensidade e frequência de afeto poderem ser usadas como indicadores do BES, de acordo com os autores a

frequência da experiência emocional positiva parece ser mais relevante que a intensidade dessas emoções (Diener & Lucas, 2000 cit. in Siqueira & Padovam, 2008).

Nas investigações relativas ao BES a dimensão afetiva é geralmente delimitada em termos de Felicidade Global, ou pelo contrário através de medidas de AP e NA em separado (Galinha, 2008). Apesar da controvérsia, pesquisas atuais, apoiam a avaliação da componente emocional do BES através de medidas de AP e NA em separado, uma vez que a avaliação de cada um dos tipos de afeto permite recolher informações distintas e que poderão ser perdidas quando a afetividade é medida em termos de felicidade global (Diener, 2000; Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002).

Num primeiro olhar a designação AP e AN poderá remeter para a presença de dois fatores bipolares, no entanto, a maioria das pesquisas apontam para a independência entre estas duas dimensões do afeto (Bradburn, 1969 cit. in Hernández, 2006; Diener, 2000; Diener et al., 1997; Watson, Clark & Tellegen, 1988).

As emoções positivas e negativas possuem funções distintas, uma vez que o BES pressupõe a existência de emoções positivas, mas também a ausência de emoções negativas (Bordwine & Huebner, 2010; Fredrickson, 2000; Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002).

Segundo a teoria de Ampliação e Construção (broaden-and-build theory) de Fredrickson as emoções positivas e negativas são distintas, mas também complementares (Fredrickson, 2000; 2001). As emoções positivas apresentam-se como um elemento fundamental do bem-estar, já que estas emoções têm um papel muito importante na regulação das emoções negativas. As emoções positivas aumentam a variedade de pensamentos e ações, o que possibilita aos indivíduos a criação de recursos pessoais mais duradouros. A presença de emoções positivas amplia a capacidade dos sujeitos construírem e expandirem os recursos pessoais, que por sua vez os irão ajudar a enfrentar futuros desafios e promover o surgimento de novas emoções positivas. Por sua vez as emoções negativas estreitam o repertório do pensamento e da ação. A presença de emoções negativas leva os sujeitos a evitarem situações de risco e a salvaguardarem os seus recursos (Fredrickson, 2000, 2001; Fredrickson & Joiner, 2002).

A teoria de Fredrickson salienta a importância do estudo das emoções positivas, mas a sua pesquisa teve essencialmente como público-alvo a população adulta.

Bordwine e Huebner (2010), tendo por base a teoria de Fredrickson, realizaram um estudo que pretendia apurar a relação entre a frequência de emoções positivas e a satisfação com a vida escolar em adolescentes. Os resultados da pesquisa revelaram que

a presença de emoções positivas durante o percurso escolar é essencial para a satisfação dos adolescentes com a escola. Por outro lado, os alunos que experienciaram maior frequência de emoções negativas demonstraram menor satisfação com a escola.

Estes dados reforçam a importância de recorrer a indicadores positivos e negativos na avaliação do BES em crianças e adolescentes (Bordwine & Huebner, 2010), funcionando as emoções positivas como preditores do BES (Lengua, 2003 cit. in Omar et al., 2009).

Níveis superiores de BES, em crianças e adolescentes, estão associados à experiência frequente de emoções positivas e reduzida experiência de emoções negativas (McCullough, Huebner & Laughlin, 2000 cit. in Santos, 2008).

#### ***1.4.3.2. Satisfação com a Vida***

O constructo satisfação com a vida (SV) diz respeito à componente cognitiva do BES e caracteriza-se pela avaliação que os indivíduos fazem da sua qualidade de vida, tendo por base os seus próprios padrões (Diener et al., 1999; Diener, 2000 cit. in Gilman & Huebner, 2006; Huebner, 1994; Pavot & Diener, 1993). Desta forma, a SV relaciona-se com a discrepância entendida entre as expectativas do sujeito e aquilo que realmente atingiu (Arita, Romano, García & Félix, 2005; Espinosa, 2004 cit. in Borges, Matos, & Diniz, 2011; Quevedo & Abella, 2010). Sendo que, uma elevada SV estará associada a uma reduzida divergência entre a percepção das realizações na vida do indivíduo e os seus critérios de referência (Diener, 1984 cit. in Galinha, 2008).

A SV poderá reportar-se à valorização que os sujeitos fazem da sua vida como um todo e /ou com domínios específicos da mesma, entre os quais: família; escola; saúde mental e global; amigos; desempenho académico e trabalho (Diener et al., 1999; Lazarus, 1991 cit. in Ramos et al., 2010; Lyubomirsky, 2008 cit. in Borges et al., 2011).

A SV poderá ser mensurada através de escalas de SV global ou através de medidas que avaliam a SV em domínios específicos (Galinha, 2008). A maioria dos estudos efetuados no âmbito da SV abarca somente os relatos globais da SV, deixando de lado as referências a domínios específicos da vida. Mas de acordo com alguns autores, os relatos globais da SV apenas esclarecem de forma parcial a variância dentro de domínios particulares da vida (Chen, 2003; Christoph & Noll, 2003 cit. in Gilman et

al., 2008). Conclui-se que a “satisfação em cada domínio afeta e é afetada pela percepção global de Satisfação com a Vida” (Galinha, 2008, p.62).

Estudos realizados com população adulta revelaram que elevados níveis de SV estão associados a maior sucesso nas relações sociais, ocupacionais e funcionamento físico (Lyubomirsky et al., 2005 cit. in Lewis, Huebner, Malone, & Valois, 2011), assim como, superior satisfação no trabalho, maior produtividade e níveis mais baixos de psicopatologia (Lewis et al., 2011). Por outro lado, a insatisfação com a vida poderá preceder a depressão em adultos (Lewinsohn et al., 1991 cit. in Huebner, Antaramian, Lewis, & Saha, 2011).

Relativamente às crianças e adolescentes, apesar da escassez de investigação na área da SV, parece que este constructo se correlaciona com vários aspetos da sua vida, entre os quais: relações interpessoais (pais e pares); variáveis demográficas; saúde física e mental (Gilman & Huebner, 2003; Huebner, 2004; Proctor et al., 2008, cit. in Lewis, et al., 2011), variáveis educacionais (Gilman & Huebner, 2006; Lewis et al., 2011), comportamentos de risco (McKnight et al., 2002 cit. in Gilman & Huebner, 2006) e personalidade (Gilman & Huebner, 2003).

De uma forma geral, os fatores demográficos parecem ter uma influência muito ténue nos relatos de SV, no entanto dados empíricos indicam uma ligeira tendência para o aumento da SV à medida que aumenta a idade e o grau de instrução (Arita et al., 2005).

Também em crianças e adolescentes, as variáveis demográficas (sexo, idade, raça, nível de ensino) surtem efeitos reduzidos nos seus níveis de SV global (Huebner et al., 2000 cit. in Gilman & Huebner, 2006). Apesar de tudo, os rapazes revelam-se mais satisfeitos com a vida, quando comparados com as raparigas e os adolescentes demonstram menor SV relativamente às crianças (Goldbeck, Schmitz, Besier, Herschbach, & Herich, 2007 cit. in Ramos, Moreno, Rivera & Pérez, 2010). No domínio da satisfação escolar, as raparigas e os alunos mais jovens relatam níveis ligeiramente superiores de satisfação com a escola (Epstein & McPartland 1976; Hirsch & Rapkin 1987; Karatzias et al., 2002; Okun et al., 1990; Verkuyten Thijs, 2002; Mok & Flynn, 2002 cit. in King, Huebner, Suldo, & Valois, 2006; Karatzias et al., 2002 cit. in Bordwine & Huebner, 2010). Ainda no âmbito da satisfação escolar, as crianças que estão mais satisfeitas com a sua vida relatam experiências académicas mais positivas que os pares que revelam baixos índices de SV (Gilman & Huebner, 2006).

Durante a infância e a adolescência o suporte social é determinante para o seu desenvolvimento e a investigação revela, alta correlação positiva entre relações interpessoais positivas (pais e pares) e elevados níveis de SV (Gilman & Huebner, 2006). Por outro lado, baixos níveis de SV podem ser antecedentes de rejeição de pares e falta de apoio dos pais (Martin et al., 2008; Saha et al., cit. in Lewis, et al., 2011). As crianças e adolescentes que autoavaliam positivamente a SV relatam também menor: ansiedade; sintomatologia depressiva; agressividade; angústia, stress social e recorrem menos ao uso de drogas (Gilman & Huebner, 2006; McKnight et al., 2002 cit. in King, et al., 2006). A SV funciona, assim, como moderador em relação às experiências de vida stressantes e psicopatologia (McKnight et al., 2002; Suldo & Huebner, 2004 cit. in Lewis, et al., 2011). Nos adolescentes a SV desempenha um papel essencial, embora não totalmente determinante para a saúde mental positiva (Gilman, et al., 2008).

A SV parece desempenhar um papel muito importante na adaptação geral tanto em adultos como adolescentes (Lewis, et al., 2011) e também aparece como fundamental para o funcionamento psicológico ideal (Gilman & Huebner, 2006).

A realização de estudos no âmbito da SV revela-se de extrema importância, na medida que fornecem dados muito relevantes para a prevenção e intervenção em diferentes populações (Huebner, et al., 2011).

#### ***1.4.3.3. Suporte Social***

O constructo suporte social (SS) tem sido foco de diversas investigações nos últimos tempos, mas devido ao seu carater multifacetado não tem existido consenso na sua definição e mensuração (Hupcey, 1998 cit. Pedro, Rocha & Nascimento, 2008).

Os conceitos rede social e SS embora interligados apresentam-se como distintos. A rede social reporta-se à teia de relações que une os diversos indivíduos com vínculos sociais. Por sua vez, o SS refere-se a todo o tipo de recursos facultados pelos outros sujeitos em situações de necessidade (Sherbourne & Stewart, 1991 cit. in Zanini, Verolla-Moura & Queiroz, 2009). Para Siqueira, o SS é um conceito multidimensional que engloba os recursos materiais e psicológicos que são acedidos pelos sujeitos através das redes sociais (2008 cit. in Resende & Gouveia, 2011).

O SS poderá também ser descrito como “ um sistema de relações formais e informais pelo qual os indivíduos recebem ajuda emocional, material e /ou de

informação para enfrentar situações geradoras de tensão emocional” (Griep, Chor, Faerstein & Lopes, 2003 cit. in Resende & Gouveia, 2011, p. 101). Do SS formal fazem parte a família, amigos, vizinhos e os grupos sociais que poderão fornecer apoio. Por sua vez o SS informal abrange as organizações sociais formais que prestam assistência e os respectivos profissionais (Dunst & Trivette, 1990 cit. in Ribeiro, 1999).

Uma das definições pioneiras de SS foi dada por Cobb, que o concebe como todo o tipo de informações que levam o indivíduo a crer que é cuidado e amado, estimado e valorizado e que faz parte de uma rede de comunicações e obrigações mútuas (1976 cit. in Santos, Ribeiro, Lopes, 2003). Nesta definição o conceito aparece como conjunto objetivo de interações e trocas (Santos et al., 2003). Posteriormente Sarason e colaboradores defendem que o SS remete para “ a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam conosco, nos valorizam e gostam de nós” (1983 cit. in Ribeiro, 1999, p.547). Por sua vez, esta visão reforça uma perspectiva de SS mais pessoal e subjetiva (Sarason, 1988 cit. in Santos et al., 2003).

Alguns autores referem que o SS poderá ser dividido em SS recebido e percebido (Gaspar, Ribeiro, Matos, Leal & Ferreira, 2009; Cramer, Henderson & Scott, 1997 cit. in Ribeiro, 1999). O primeiro diz respeito aos aspetos objetivos do SS, tais como: frequência de contatos, número de amigos, estado civil, a existência ou ausência de amigos íntimos, redes sociais e caracteriza-se por um grupo objetivo de interações e trocas. Por sua vez o SS percebido tem um caráter mais subjetivo, na medida em que corresponde à percepção que os sujeitos têm do seu SS. Refere-se à avaliação geral que os indivíduos fazem dos diferentes âmbitos da sua vida e na forma como reconhecem a disponibilidade dos outros sujeitos em caso de necessidade (Ribeiro, 1999; Sarason, Pierce & Sarason, 1994 cit. in Gaspar et al., 2009).

Assim, o SS define-se na interseção dos seus aspetos objetivos e subjetivos funcionando como um veículo de afeto, apoio, pertença e que potencia a saúde global, a resistência pessoal e consequentemente o bem-estar (Sarason et al., 1994 cit. in Ramos, 2001).

A satisfação com o SS reflete-se no bem-estar do indivíduo, uma vez que afeta positivamente a saúde e também funciona como mediador dos efeitos adversos do stress (Doeglas et al., 1994 cit. in Resende & Gouveia, 2011; Coelho & Ribeiro, 2000; Dunbar, Ford & Hunt, 1998; Natvig, Albrektsen & Qvarstrom, 2003 cit. in Gaspar et al., 2009). Desta forma “o suporte social alivia o distress em situações de crise, pode inibir

o desenvolvimento de doenças e, quando o indivíduo está doente tem um papel positivo na recuperação da doença” (Rodin & Salovey, 1989 cit. in Ribeiro, 1999, p. 547).

Os indivíduos que revelam maior percepção de SS demonstram maior ajuste psicológico, experienciam mais emoções positivas e menos emoções negativas e estão mais satisfeitos com a vida (Quevedo & Abella, 2010). Por outro lado, dados de pesquisas apontam que avaliações cognitivas negativas por parte dos sujeitos relativamente ao SS estão associadas a estados emocionais negativos (Colarossi & Eccoles, 2003; Henriques & Lima, 2003 cit. in Gaspar et al., 2009).

A percepção da existência de SS em caso de necessidade, facilita a adaptação pessoal e social dos indivíduos em situações adversas (Costa, Sarason, Pierce & Sarason, 1994 cit. in Gaspar et al., 2009; Masten & Garmezy, 1985; Rutter, 1987; Brito & Koller, 1999; Garmezy & Masten, 1994; Rutter, 1987 cit. in Siqueira, Betts & Dell’Aglia, 2006).

Devido à sua relação com o bem-estar e o efeito protetor em situações de stress, o SS possui um papel muito importante no desenvolvimento emocional e social de crianças e adolescentes (Boosman, et al., 2002 cit. in Gaspar et al., 2009).

Pesquisas demonstram que o SS funciona como potenciador dos níveis de satisfação das crianças com a escola, abarcando o apoio dos pais, dos pares e dos professores (Baker, 1999; Epstein, 1981; Epstein & McPartland, 1976; Rosenfeld et al., 2000 cit. in King et al., 2006). Por sua vez, a satisfação escolar parece ter influência no comportamento dos alunos e posterior sucesso académico (Gilman & Huebner, 2006).

Dados empíricos revelam que para as crianças e adolescentes portuguesas, a principal fonte de SS é a família e mais precisamente os pais (Ribeiro, 1994 cit. in Ribeiro, 1999). Assim, um dos fatores primordiais que interfere na percepção de SS é “a relação de apego com o cuidador primário”, na medida em que as pessoas que possuem uma relação de apego positiva possuem uma percepção de SS mais positiva (Ptacek, 1996 cit. in Siqueira et al., 2006, p. 150). Relativamente a crianças em situação de risco, a percepção de apoio percebido e recebido dos pais vai influenciar os níveis de ansiedade das crianças (Hoppe, 1998 cit. in Siqueira et al., 2006).

Desta forma, a futura adaptação social e comportamental das crianças está fortemente condicionada pelo papel desempenhado pela família. A existência de interações de qualidade entre pais e filhos é essencial para o desenvolvimento cognitivo da criança. Este tipo de interação promove níveis superiores de saúde física e psicológica, competência social, autoestima, confiança, desempenho académico e para

além de outros, o interesse pelo meio envolvente. Pelo contrário a ausência de interações positivas entre pais e filhos poderá ter consequências negativas no desenvolvimento psicossocial das crianças, tais como: instabilidade emocional; agressividade; autoconceito e autoestima negativos; problemas de comportamento, consumo de álcool e drogas, distúrbios mentais entre outras (Caldera & Hart, 2004; Harris, 2000; KiviJarvi, Voeten, Niemela, Raiha, Lertola & Piha, 2001; Palmer & Hollin, 2001; Pelchat & Bisson, Bois & Saucier, 2003; & Rohner Veneziano, 2001 cit. in Gaspar et al., 2009, p. 362).

Também o relacionamento saudável das crianças e adolescentes com os pares e as suas amizades funcionam como facilitadores no processo de adaptação às situações adversas e na manutenção do bem-estar (Brito & Koller, 1999 cit. in Siqueira et al., 2006).

As crianças e adolescentes que esperam ser rejeitados pelos pares evidenciam menores níveis de bem-estar, na medida em que se relacionam de forma mais hostil, experienciam níveis mais elevados de stress pessoal, insatisfação e tensão nos seus relacionamentos e estão mais propensos ao isolamento, depressão e ansiedade social (Ayduk, Mendoza-Denton, Mischel, Downey, Peake & Rodriguez, 2000 cit. in Santos, 2008). A rejeição pelos pares está, assim, associada a experiências stressantes e falta de suporte (Bagwell, et al., 2001 cit. in Gaspar et al., 2009).

Pelo contrário, a aceitação dos pares afeta positivamente o comportamento e bem-estar das crianças e adolescentes (Bagwell et al., 2001 cit. in Gaspar et al., 2009). A existência de interações positivas no ambiente escolar potencia o sucesso académico e a saúde mental (Gregory, 1998 cit. in Marschark, Lang & Albertini, 2002).

De acordo com Gaspar e colaboradores (2009), os vários componentes do SS influenciam de forma distinta os indivíduos, dependendo do sexo e idade.

Assim, as raparigas revelam superior SS percebido em relação aos pares e os rapazes, por sua vez, em relação à família. Relativamente à faixa etária o SS percebido diminui à medida que a idade avança (Colarossi, 2001 cit. in Gaspar et al., 2009).

Tendo em conta a relevância do SS para o bem-estar emocional e social de crianças e adolescentes, torna-se essencial a promoção de relações interpessoais positivas na família, escola e ambientes comunitários (Gaspar et al., 2009), já que elevados níveis de satisfação com o SS parecem estar associados a superiores níveis de BES (Colarossi, 2001 cit. in Santos, 2008). O SS influencia o BES, na medida em que

permite aos sujeitos usufruir de experiências gratificantes que repercutem na sua saúde mental (Cohen, 1985, cit. in Quevedo & Abella, 2010).

A satisfação com o SS é uma das variáveis que está relacionada com a satisfação com a vida (Hohaus & Berah, 1996; Sarason et al., 1985 cit. in Ribeiro, 1999).

No que concerne à forma de avaliar a satisfação com o SS não existe uniformidade. Assim, alguns estudos baseiam-se na medição do SS tendo em conta os seus aspetos mais objetivos e outros centram-se na avaliação do apoio subjetivamente percebido (Ribeiro, 1999). No entanto, os dados empíricos demonstram que a dimensão subjetiva do SS relaciona-se mais consistentemente com saúde e bem-estar, do que com as características mais objetivas do SS (Wethington & Kessler, 1986 cit. in Coelho & Ribeiro, 2000).

#### ***1.4.3.4. Saúde Mental***

Ao longo dos tempos, o conceito de saúde foi sofrendo alterações significativas que concretizaram na mudança do paradigma da doença para o paradigma da saúde. Assim, passa-se do reducionismo da perspetiva biomédica que se baseava na sintomatologia negativa, para uma visão mais ampla e positiva da saúde caracterizada pela conceção biopsicossocial da saúde (Galinha, 2008; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005; Ramos et al., 2010). O modelo biopsicossocial possibilita a compreensão da influência mútua dos fatores psicológicos, biológicos e sociais relativamente à saúde e à doença (Engel, 1977 cit. in Ramos et al, 2010). Pretende-se com esta perspetiva que os indivíduos alcancem um estado de saúde o mais completo possível e não apenas suprimir os sinais e sintomas de doença (Gilmar & Huebner, 2003).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1948), a saúde não se define somente como a ausência de doença, mas como um estado completo de bem-estar físico, mental e social. Neste âmbito, a saúde mental (SM) é entendida muito para além das perturbações mentais e encontra-se associada ao conceito de bem-estar (Terris, 1975; O'Donnel, 1986 cit. in Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Para Keyes e Lopez os estados de saúde e de doença mental poderão ser visionados a partir de dois eixos distintos: o primeiro englobaria os sintomas de BES na vertente psicológica, emocional e social, e o segundo representaria os sintomas de doença mental, entre os quais as queixas psicossomáticas. Neste sentido, a doença mental plena corresponde a um elevado nível de sintomas de doença e um reduzido BES

e, por sua vez, um estado de SM plena estará associado a níveis superiores de sintomas de BES e ao mesmo tempo um reduzido número de sinais de doença (2002 cit. in Novo, 2005).

Assim, “a saúde mental expressar-se-ia não só por negar a existência de doença, mas também por afirmar felicidade pessoal, satisfação com a vida, funcionamento positivo num conjunto de áreas de vida (pessoal, interpessoal e social) e em diversos domínios psicológicos (cognitivo, afetivo-emocional e motivacional” (Novo, 2005, p.188) Nesta visão mais positiva da SM, procura-se identificar os fatores positivos que estão associados à promoção da SM dos indivíduos e respetivas sociedades e não somente focalizar-se nos aspetos negativos vinculados à patologia (Novo, 2005; Ramos et al., 2010).

A saúde positiva refere-se a uma visão mais ampla que tem em consideração não só os aspetos objetivos ligados à capacidade objetiva e funcional dos indivíduos, mas também as variáveis subjetivas que estão relacionadas com o bem-estar. Neste contexto de saúde, a adoção de medidas subjetivas parece ser a mais adequada para identificar os pontos fortes do individuo e também a presença de problemáticas (Schlaepfer & Infante, 1990 cit. in Ramos et al., 2010). Relativamente à vertente subjetiva da saúde positiva, predominam os estudos com base na autoperceção e existe consenso que esta é composta por uma dimensão cognitiva e afetiva (Borges, Matos, & Diniz, 2011; Huebner, 1994). Através de variáveis, tais como, afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida é possível avaliar os indicadores da saúde mental (Lucas, Diener, & Suh, 1996 cit. in Galinha & Ribeiro, 2005).

Assim sendo, a SM abrange dimensões positivas como é o caso do BES (Diener et al., 1997). No entanto, o BES apesar de ser uma dimensão essencial para a SM, não se assume como medida absoluta para a sua mensuração (Diener et al., 1999; Galinha, 2008). O BES distingue-se de SM, já que um individuo pode sentir-se bem com vários domínios da vida e não estar feliz, e por outro lado uma pessoa com problemas no âmbito da SM poderá sentir-se muito feliz (Diener, 2001 cit. in Albuquerque & Tróccoli, 2004).

O funcionamento positivo dos indivíduos e das sociedades é influenciado pela SM (Keyes, 2006), sendo de extrema importância a identificação dos fatores positivos que potenciam a SM, tal como os fatores de risco (Santos, 2008).

Diversos fatores de risco têm sido identificados relativamente à SM e qualidade de vida dos indivíduos, entre os quais: deficiência sensorial, física ou mental; atraso de

desenvolvimento; rejeição de pares; isolamento; deficit de competências sociais; stress; baixa autoestima; isolamento; desmotivação; dificuldades de comunicação no seio familiar; baixo estatuto económico, entre outros (Baum & Posluszny, 1999; Matos & Sardinha, 1999 cit. in Santos, 2008).

Relativamente à população em geral, os indivíduos portadores de dificuldades de aprendizagem, ao longo da sua vida, evidenciam maior propensão para problemas ao nível da SM (Hunt & Tarleton-Lord 1998 cit. in Sheehy & Nind, 2005). Também na transição da adolescência para a vida adulta, as pessoas com dificuldades de aprendizagem são mais propensas a vivenciarem maiores e mais duradouras dificuldades transitórias (Hudson 2003 cit. in Sheehy & Nind, 2005). A presença de problemas de SM durante a infância e adolescência condicionam de forma negativa os níveis de BES (Ravens-Sieberer, Erhart, Gosch, & Wille, 2008).

Num estudo realizado com crianças e adolescentes espanhóis entre os 11 e 18 anos, foi apurado que a saúde global diminui com o aumento da idade e é mais reduzida no sexo feminino e também nos adolescentes inseridos em famílias com baixos rendimentos (Ramos et al., 2010).

Resultados idênticos foram encontrados numa pesquisa efetuada com adolescentes portugueses. De uma forma geral estes adolescentes consideram-se saudáveis, e sendo a dimensão afetivo-emocional a que mais influencia a sua perceção relativamente ao índice de saúde positiva. No que respeita ao sexo, os rapazes relatam níveis mais elevados de saúde em comparação com as raparigas e verifica-se ainda que à medida que a idade aumenta, diminui a perceção de saúde positiva (Borges et al., 2011).

Dados de pesquisas também sugerem que os níveis de SM de crianças e adolescentes são influenciados pelo tipo de relacionamento estabelecido com os pais, sendo os relacionamentos seguros e estáveis benéficos neste domínio (Galinha, 2008).

#### **1.4.4. Teorias explicativas do bem-estar subjetivo**

##### ***1.4.4.1. Abordagens Base-Topo (bottom-up) e Topo-Base (top-down)***

Ao longo dos últimos anos, o aumento do interesse pelo estudo do BES tem suscitado o surgimento de diversas teorias e modelos explicativos deste constructo, que têm contribuído de forma decisiva para a sua compreensão (Galinha, 2008).

Os estudos sobre os preditores e fatores associados ao BES são apresentados historicamente através de duas abordagens opostas, designadas de Base-Topo (Bottom-Up) e Topo-Base (Top-Down) (Diener et al., 1999; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005; Giacomoni, 2004).

Inicialmente surge a perspectiva base-topo que defende que existe uma variedade de necessidades humanas básicas e universais, e que a felicidade está dependente da satisfação ou não dessas necessidades. Procura-se assim, identificar os fatores externos que afetam a felicidade, sendo estes as variáveis sociodemográficas, as situações e também as experiências de acontecimentos agradáveis (associado ao AP) e também os eventos desagradáveis (associado ao AN). A satisfação e a felicidade resultariam do acumular de experiências positivas vividas em vários domínios específicos da vida (Diener, 1984 cit. in Alves 2008; Diener, Sandvik & Pavot, 1991 cit. in Giacomoni, 2004; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

No entanto, diversas pesquisas ao longo dos tempos têm demonstrado que os acontecimentos externos aos indivíduos, entre os quais os fatores sociodemográficos (sexo, idade, educação, estado civil...) não têm influência significativa na variância do BES (Andrews & Whitey, 1976; Campbell, Converse & Rodgers, 1976; Diener, 1984 cit. in Giacomoni, 2004; Diener et al., 1999; Diener & Lucas, 1999; Diener, Oishi & Lucas, 2003 cit. in Albuquerque & Lima, 2007). Partindo destes dados empíricos, o impacto destas variáveis começa a ser questionado e surgem estudos que procuravam explicar a alteração das medidas do BES a partir dos aspetos intrínsecos do indivíduo, dando lugar às abordagens Topo-Base (Giacomoni, 2004).

De acordo com esta teoria, os indivíduos têm a predisposição para avaliar e interpretar as diferentes situações e experiências de vida de forma positiva ou negativa. Perante circunstâncias semelhantes os indivíduos reagem de forma distinta tendo em conta as suas expectativas, experiências e valores. Assim, um indivíduo com uma perspectiva positiva, terá maior probabilidade de experienciar um determinado acontecimento como positivo, o que se repercute no BES (Diener et al., 1999).

A interpretação subjetiva que os sujeitos efetuam dos diferentes acontecimentos é que influencia o BES, contrariando a perspectiva das teorias Base-Topo, em que os fatores objetivos, externos é que influenciariam o BES (Giacomoni, 2004; Gómez et al., 2007) Conclui-se que na abordagem base-topo, o BES é uma causa, e na perspectiva topo-base é um efeito (Galinha, 2008).

Tabela 4

*Teorias do bem-estar subjetivo*

Base-topo (bottom-up)	Topo- base (top-down)
O bem-estar subjetivo surge como efeito cumulativo de experiências agradáveis	O bem-estar subjetivo surge como tendência geral do sujeito para experienciar acontecimentos de forma positiva
O bem-estar subjetivo é visto como efeito	O bem-estar subjetivo é visto como causa
Sujeito percebido como passivo	O sujeito é percebida como ativo
As variáveis sociodemográficas aparecem como preditoras do bem-estar subjetivo	A personalidade aparece como preditora do bem-estar subjetivo

*Nota.* Adaptado de: Carochinho, J. (2009).

Partindo dos pressupostos da abordagem topo-base, surgem algumas teorias explicativas do BES, entre as quais: teorias da adaptação e teorias da discrepância (Galinha, 2008; Giacomoni, 2004).

#### **1.4.4.2. Teorias da Adaptação**

O processo de adaptação ou habituação caracteriza-se por um ajuste do organismo às situações. As teorias da adaptação (hedonic treadmill theory) postulam que os indivíduos possuem a capacidade física e psicológica de se adaptarem aos eventos de vida. Eles reagem fortemente às circunstâncias positivas e negativas da vida, mas de forma transitória, já que acabam por regressar, após um determinado período de tempo, a um ponto neutro de bem-estar (Giacomoni, 2004).

Pesquisas realizadas, com o objetivo de avaliar em que medida a felicidade é influenciada pelas circunstâncias de vida, revelam que os indivíduos vencedores da lotaria e paraplégicos reagem aos acontecimentos (positivos e negativos), mas acabam por adaptar-se e regressar ao estado inicial de bem-estar (Brickman, Coates & Janoff-Bulman, 1978 cit. in Galinha, 2008; Diener, Lucas, & Scollon, 2006; Lyubomirsky, Sheldon & Schkade, 2005). Relativamente ao BES, os eventos de vida que ocorreram no passado tendem a ter um impacto inferior relativamente aos eventos mais recentes. (Galinha, 2008; Headey & Wearing, 1989 cit. in Silva, 2009).

De acordo com esta perspectiva a procura da felicidade não passará pela busca de melhores circunstâncias de vida, já que o processo de adaptação levará novamente os indivíduos para o ponto neutro de felicidade. Assim, o BES não parece ser influenciado pelos eventos de vida (Diener et al., 2006; Galinha, 2008; Lyubomirsky et al., 2005).

Com o passar do tempo dados empíricos demonstram que este modelo possui validade, pois a ideia de adaptação é muito importante para a felicidade, mas necessita de algumas atualizações no que concerne à forma como percebemos a adaptação e a procura do bem-estar (Diener et al., 2006).

A teoria inicial da adaptação defende que após o processo de adaptação os indivíduos regressam a um estado neutro original, mas as pessoas revelam níveis de bem-estar superiores aos valores neutrais, o que sugere a existência de um estado positivo e também singular, já que este varia de pessoa para pessoa (Diener et al., 2006 Galinha, 2008).

Estudos indicam que a pobreza extrema é uma condição de difícil adaptação, já que as nações mais pobres relatam níveis muito reduzidos de BES comparativamente às nações mais ricas (Diener et al., 1995 cit. in Silva, 2009). Assim, existem diferenças entre as nações no que respeita ao bem-estar que parecem ultrapassar a capacidade de adaptação dos indivíduos (Diener et al., 2006; Galinha, 2008).

Outras pesquisas sugerem que existem diferenças individuais significativas na adaptação, pois embora este processo ocorra após eventos de vida importantes, esta adaptação pode ser lenta, parcial ou não suceder (Lucas, Clark, Georgellis & Diener, 2003 cit. in Silva, 2009). Estudos apontam, que os níveis e depressão das pessoas que ficaram viúvas são superiores aos dos sujeitos que não passaram por essa perda, mesmo decorridos mais de dois anos sobre esse evento de vida (Stroeb et al., 1996 cit. in Galinha, 2008).

Esta nova perspectiva de felicidade é mais otimista, pois atesta que os níveis de bem-estar dos indivíduos podem ser melhorados (Lyubomirsky, et al., 2005).

#### ***1.4.4.3. Teorias da Discrepância***

A teoria da discrepância múltipla de satisfação sustenta que, a felicidade é resultado de um processo de comparação que os indivíduos estabelecem entre as condições atuais de vida e um conjunto de padrões múltiplos, entre os quais:

circunstâncias de vida de outras pessoas; as aspirações ou objetivos e as condições de vida do passado. A discrepância entre as circunstâncias atuais e os parâmetros de comparação é que vão fundamentar o julgamento de satisfação. Uma discrepância que abrange uma comparação com um padrão inferior (descendente) irá resultar num aumento da satisfação, em contrapartida uma comparação com um parâmetro mais elevado (ascendente) originará a diminuição da satisfação (Giacomoni, 2004; Michalos, 1985 cit. in Galinha 2008).

O BES dos indivíduos é, assim, determinado pela comparação das suas próprias vidas com um conjunto de critérios (Galinha, 2008; Keyes et al., 2002).

O princípio da comparação defendido pelas teorias da discrepância foi integrado em várias teorias, como é o caso: das teorias da comparação social; das teorias téticas ou teorias dos objetivos e valores e das teorias da comparação temporal (Galinha, 2008).

As teorias de comparação social defendem que os indivíduos tendem a comparar-se com as outras pessoas quando se sentem inseguros em relação a si próprios (Festinger 1954 cit. in Galinha, 2008). A comparação com semelhantes que se encontram em circunstâncias mais negativas (comparação descendente) influenciaria de forma positiva o BES do indivíduo. No entanto esta perspetiva é contestada por alguns autores, pois nem sempre os indivíduos se sentem mais felizes quando avaliam a sua situação como mais favorável em relação às outras pessoas, nem mais infelizes quando sucede o oposto. A forma como os sujeitos reagem aos resultados obtidos com o processo comparativo pode ser distinta, mesmo quando estes recorrem ao mesmo tipo de comparação (Galinha, 2008).

De acordo com as teorias téticas, os objetivos (aspirações) e os valores aparecem como princípios orientadores da vida dos indivíduos, sendo a alteração dos níveis do BES influenciada por estes (Oishi, 2000 cit. in Cuadra & Florenzano, 2003). O BES aumenta quando os indivíduos alcançam um estado desejável (Omodei & Wearing, 1990 cit. in Galinha, 2008). Os indivíduos comparam a sua vida atual com aquilo que eles aspiram para si, estando o BES dependente da discrepância percebida entre aspirações e as realizações (Carp & Carp, 1982; Michalos, 1980 cit. in Galinha, 2008). Desta forma níveis superiores de BES estarão associados à aproximação entre as aspirações e as realizações, pelo contrário, quando as realizações estão muito aquém do que se aspirou surgem baixos níveis de BES. No entanto, não basta apenas alcançar os objetivos traçados, pois estes deverão ser adequados para os indivíduos (Galinha, 2008).

Por sua vez, as teorias de comparação temporal referem-se à comparação efetuada pelo sujeito entre a sua vida atual e as suas condições de vida no passado (Albert, 1977 cit. in Galinha, 2008). Os níveis de BES são influenciados pelas comparações temporais que os indivíduos fazem da sua vida, sendo superiores quando a percepção das condições de vida no presente são superiores às do passado (Strack, Schwarz & Gschneidinger, 1985 cit. in Galinha, 2008).

Depois desta sucinta abordagem aos modelos e teorias explicativas do BES, conclui-se que cada um deles aponta para a influência de diferentes variáveis no BES, entre as quais os fatores contextuais e da personalidade.

No entanto, atualmente os estudos sobre o BES começam a apresentar uma abordagem integradora dos fatores base-topo e topo-base (Galinha, 2008). O BES é um constructo multifacetado, estando a variabilidade deste dependente da interação de vários fatores (Diener et al., 1999; Diener et al., 2003 cit. in Alves, 2008).

#### ***1.4.4.4. Teorias Integradoras***

As teorias integradoras procuram relacionar as perspetivas das teorias topo-base e base-topo e criar assim modelos que considerem a influência dos fatores da personalidade e das variáveis contextuais na avaliação do BES (Brief, Butcher, George, & Link, 1993 cit. in Remédios, 2010; Galinha, 2008).

Alguns autores defendem que felicidade estará dependente de fatores como a personalidade, experiências e circunstâncias de vida, assim como outros fatores que dependem do controlo voluntário dos sujeitos (Diener & Oishi, 2005; King, 2008; Seligman, 2004; Sheldon & Lyubomirsky, 2004 cit. in Figueiras, 2009; Lyubomirsky et al., 2005).

Esta perspetiva integradora do BES é apresentada no modelo Integrativo da Felicidade (The integrative modelo of happiness) que foi formulado por Lyubomirsky e colaboradores em 2005. Estes autores defendem que o BES é determinado por três fatores principais, embora com pesos distintos, sendo eles: as circunstâncias da vida e fatores demográficos (10%); os fatores genéticos e de personalidade (50%) e as atividades intencionais (40%).

As atividades intencionais dependem do controlo voluntário dos indivíduos e traduzem-se frequentemente em novos comportamentos e atitudes, o que irá permitir

alterações duradouras no bem-estar. Assim, apesar dos processos de adaptação será possível aos indivíduos alcançar níveis mais elevados de felicidade, através de atividades intencionalmente dirigidas (Lyubomirsky et al., 2005).

## **1.5. O Bem-Estar Subjetivo em Crianças e Adolescentes com Deficiência**

### **Auditiva**

O BES diz respeito à avaliação global que cada indivíduo faz da sua própria vida, tendo em conta as suas expectativas, emoções, valores e experiências anteriores (Diener & Lucas, 2000 cit. in Albuquerque, Martins & Neves, 2008). Esta apreciação subjetiva é muito importante para o funcionamento individual (Huebner, 1994) e integra uma avaliação cognitiva expressa em termos de SV e uma avaliação afetiva compreendida entre o AP e o AN (Diener et al., 1997; Diener et al., 1999).

Devido à importância percebida do BES para a vida dos sujeitos e comunidades, diversos investigadores têm tentado apurar quais os preditores e fatores associados a este constructo (Diener et al., 1999; Diener & Seligman, 2004), procurando assim:

identificar as características e as condições que permitem aos indivíduos desenvolverem-se, em sentido lato, como pessoas produtivas, criativas, saudáveis e felizes, como pessoas motivadas e socialmente implicadas e também como membros de comunidades também elas progressivamente mais harmoniosas” (Novo, 2005, p. 187).

De acordo com pesquisas diferentes áreas da vida, tais como as relações sociais, a saúde física e mental, o emprego, desempenho académico, entre outras correlacionam-se positivamente com níveis elevados de bem-estar e SV, tanto em adultos como em crianças e adolescentes (Deci & Ryan, 2008; Lyubomirsky et al., 2005 cit. in Lewis et al., 2011; Gilman & Huebner, 2006).

Estudar o BES resulta vital, já que o conhecimento nesta área irá permitir a definição de estratégias que visem proporcionar aos indivíduos níveis superiores de felicidade e de SV (Diener & Seligman, 2004; Ryan & Deci, 2001).

Dados empíricos sugerem que os adultos que apresentam níveis superiores de BES revelam maior SV e experienciam um maior número de emoções positivas (Diener et al., 1999; Giacomoni, 2004; Omar et al., 2009), estabelecem ainda relações mais positivas com os outros e evidenciam menor sofrimento psicológico e social que os

indivíduos com baixos índices de BES (Diener & Seligman, 2002 cit. in Gilman & Huebner, 2006). As crianças e adolescentes que reportam condições superiores de BES também experienciam mais frequentemente emoções positivas e menor frequência de emoções negativas e avaliam de forma mais positiva a sua vida global (McCullough, Huebner & Laughlin, 2000 cit. in Santos, 2008).

O estudo do BES na população em geral é muito importante, pois ao longo das diferentes fases do desenvolvimento humano, os indivíduos enfrentam diversos desafios que condicionam o seu bem-estar. Em populações de risco, como é o caso dos portadores de DA, para além dos desafios típicos das diferentes etapas da vida, estes possuem ainda condicionantes resultantes do seu défice sensorial que acabam por dificultar a consecução de objetivos e a aquisição de competências (Mindel & Vernon, 1987).

As crianças e adolescentes com DA revelam dificuldades na aquisição da linguagem e conseqüentemente na comunicação, o que acaba por interferir com o seu desenvolvimento em vários domínios, entre os quais: social; emocional; cognitivo e académico (Antunes, 2000; Greenberg & Kusché, 1993 cit. in Silva, 2005; Santos, 2005; Stinson & Antia, 1999) e o que por sua vez poderá condicionar o seu BES.

Embora o número de estudos efetuados no âmbito do BES com crianças e adolescentes com NEE seja ainda reduzido, especialmente em Portugal, estes revelam-se essenciais, pois sendo uma população de risco em virtude das especificidades das suas problemáticas, o conhecimento dos fatores que desencadeiam as suas dificuldades, ou pelo contrário potenciam o seu desenvolvimento são fundamentais para a prevenção e intervenção junto desta população.

Tendo em conta a relevância da satisfação escolar para o desenvolvimento global dos adolescentes, o conhecimento produzido em estudos desta natureza poderão dar pistas aos profissionais da educação sobre a forma de promover intervenções que potenciem a satisfação com a vida dos estudantes em geral (Lewis et al., 2011) e mais especificamente dos alunos com NEE.

Pesquisas indicam que o nível de satisfação dos adolescentes com a escola está relacionado com o seu SS resultante do apoio percebido dos pais, pares e professores. Daí ser essencial que as escolas procurem prevenir problemas neste contexto, promovendo estratégias de melhoria do apoio social dos alunos e assim fomentar níveis superiores de bem-estar socio emocional, e também diminuir o surgimento de problemas de comportamento (King et al., 2006).

Os alunos com DA devido ao déficit sensorial estão mais sujeitos a evidenciar problemas em vários domínios, e a escola desempenha um papel muito importante no desenvolvimento linguístico, social, emocional e académico destes estudantes (Marschark et al., 2002).

Neste sentido, a escola inclusiva preconiza a equidade educativa, promovendo o potencial de funcionamento biopsicossocial dos alunos com NEE, através da mobilização de serviços especializados (DGIDC, 2008, p.17).

No que concerne à qualidade de vida e saúde mental, estudos efetuados apontam que os indivíduos que apresentam deficiência mental e física, deficiência sensorial, isolamento, rejeição de pares, stress, baixa autoestima, relações interpessoais pobres no seio familiar, déficit de competências sociais, entre outras estão mais propensos a ter níveis inferiores de qualidade de vida e de saúde mental (Baum & Posluszny, 1999; Matos & Sardinha, 1999 cit. in Santos, 2008). No caso das pessoas com DA, a existência de dificuldades de comunicação condiciona a sua interação com o meio, o que acaba por gerar um menor grau de qualidade de vida e maior vulnerabilidade no âmbito da saúde mental (Fellinger et al., 2008; Tambs, 2004). A perda auditiva está associada a uma diminuição da SM em jovens, adultos e idosos, embora nas pessoas mais velhas este efeito seja mais reduzido (Tambs, 2004).

De acordo com estudos efetuados, as crianças com DA revelam menor qualidade de vida relacionada com a saúde comparativamente às crianças ouvintes. Demonstram também tendência para diminuição dos níveis de qualidade de vida à medida que aumenta o grau de perda auditiva (Smith-Olinde, Grosse, Olinde, Martin & Tilford, 2008). Pesquisas têm descrito o aumento da taxa de prevalência de transtorno psiquiátrico em crianças com DA (Hindley, Hill, McGuigan & Kitson, 1994). Os défices associados à DA podem agravar o risco de depressão, frustração, baixa autoestima (Marschark et al., 2002), ansiedade e condicionar os níveis de bem-estar (Tambs, 2004). Os jovens do sexo masculino apresentam níveis inferiores de autoestima e superiores de sintomatologia depressiva. Estes dados poderão ser explicados pelo facto, que na velhice a perda auditiva é considerada normal e esta não afetará tanto os níveis de autoestima e depressão desta população. Por outro lado, os homens evidenciam maiores expectativas de carreira, o que resulta em sentimentos mais fortes e consequentemente níveis inferiores de autoestima (Tambs, 2004).

Também os indivíduos portadores de dificuldades de aprendizagem estão mais propensos aos problemas de SM relativamente à população geral (Hunt & Tarleton-Lord 1998 cit. in Sheehy & Nind, 2005).

Em indivíduos com DA, níveis superiores de distress mental estão relacionados com uma menor aceitação da sua condição auditiva e à existência de problemas de comunicação mais graves (Graaf & Bijl, 2002). Estes resultados poderão ser explicados pelas dificuldades de comunicação que as crianças com DA experienciam no seio de famílias ouvintes. Devido aos problemas de comunicação no contexto familiar os adolescentes com DA acabam por estar mais sujeitos ao isolamento e à depressão do que os adolescentes ouvintes (Mindel & Vernon, 1987). Estudos indicam que o estabelecimento de relacionamentos positivos com os pais repercute beneficemente nos níveis de SM de crianças e jovens (Galinha, 2008).

A população geral apresenta níveis superiores de autoestima relativamente aos indivíduos com DA (Bat-Chava, 1994; Schlesinger, 2000 cit. in Jambor & Elliott, 2005). A baixa autoestima destes indivíduos poderá estar relacionada com o facto de ao longo da sua vida sofrerem maior rejeição social, possuírem baixa escolaridade e desempenharem cargos com salários menos satisfatórios (Higgins, 1980; Strong & Shaver, 1991 cit. in Jambor & Elliott, 2005). No entanto, dados empíricos apontam que as pessoas que revelam forte identificação com a cultura Surda demonstram níveis superiores de autoestima (Jambor & Elliott, 2005), o que indica a existência de correlação positiva entre o desenvolvimento da identidade Surda e SM (Leigh & Pollard, 2003).

Num estudo comparativo efetuado com crianças com distúrbio específico de linguagem e crianças com desenvolvimento da linguagem normal, constatou-se que o primeiro grupo demonstra níveis superiores de stresse em situações sociais, do que os participantes sem dificuldades de linguagem. Mas no que respeita às suas habilidades sociais e aceitação social a maioria dos participantes com distúrbio específico de linguagem relataram níveis comparáveis aos das crianças com o desenvolvimento típico da linguagem (Wadman, Durkin & Conti-Ramsden, 2011). No entanto dados de outras pesquisas revelam que os adolescentes com distúrbio específico de linguagem demonstram dificuldades no âmbito social, nomeadamente competências sociais precárias e dificuldades no relacionamento com os pares (Conti-Ramsden & Botting, 2004; Durkin & Conti-Ramsden, 2007; Fujiki, Brinton, & Todd, 1996; Snowling, Bishop, Stothard, Chipchase, & Kaplan, 2006 cit. in Wadman et al., 2011).

Numa investigação realizada na Áustria, com base nas perceções de pais e professores de alunos com DA, foi apurado que as crianças e adolescentes ouvintes revelam menor prevalência de problemas emocionais e de comportamento que o grupo de alunos com DA (Fellinger et al., 2008). De uma forma geral, as dificuldades comunicativas a que as crianças e jovens com DA estão sujeitas potenciam o desenvolvimento de problemas de relacionamento com os pares, de conduta e emocionais (Hintermair, 2006; Fellinger et al., 2008).

A prevalência de sintomatologia depressiva e stress social encontram-se relacionados com níveis inferiores de SV (Gilman & Huebner, 2006; McKnight et al., 2002 cit. in King, et al., 2006), sendo os níveis de SV inferiores em indivíduos com DA (Miyakita, Ueda, Zusho & Kudoh, 2002 cit. in Tambs, 2004).

Relativamente à questão da modalidade comunicativa usada pelos indivíduos com DA, alguns autores referem que o uso da LGP no seio da comunidade Surda poderá gerar níveis superiores de SV (Bat-Chava, 2000; Maxwell-McCaw, 2001 cit. in Leigh & Pollard, 2003) e no domínio das relações sociais (Fellinger et al., 2008), já que a identificação linguística é um fator fundamental na manutenção do bem-estar (Ruela, 2000).

Estudos realizados com estudantes americanos indicam que os alunos com DA reportam níveis de SV global inferiores aos pares ouvintes, sendo este desfasamento superior no domínio das amizades. Estes dados poderão resultar de uma menor perceção de SS por parte destas crianças, uma vez que os entraves comunicativos influenciam negativamente o relacionamento com os pares (Gilman, Easterbrooks & Frey, 2004). Baixos níveis de SV podem estar relacionados com falta de apoio parental e rejeição dos pares (Martin et al., 2008; Saha et al., cit. in Lewis, et al., 2011). O SS revela-se assim essencial para o desenvolvimento dos indivíduos, sendo a existência de relacionamentos positivos com pais e pares durante a infância preditores de níveis superiores de SV (Gilman & Huebner, 2006), uma vez que interações sociais positivas promovem as competências sociais, a autoestima, a saúde física e mental e o desempenho académico (Caldera & Hart, 2004; Harris, 2000; KiviJarvi, Voeten, Niemela, Raiha, Lertola & Piha, 2001; Palmer & Hollin, 2001; Pelchat & Bisson, Bois & Saucier, 2003; & Rohner Veneziano, 2001 cit. in Gaspar et al., 2009). Níveis superiores de BES parecem estar associados a uma maior satisfação com o SS (Colarossi, 2001 cit. in Santos, 2008).

Estudos comprovam que os pais quando confrontados com a DA dos seus filhos ficam sujeitos a elevados níveis de stress (Hintermair, 2006; Meadow-Orlans, 1994,

1995 cit. in Wake, Hughes, Collins, Poulakis, 2004), o que acaba por se refletir negativamente no desenvolvimento social e emocional destas crianças (Hintermair, 2006). Sendo as consequências ainda mais nefastas quando as crianças com DA estão integradas em famílias ouvintes. Estas crianças estão mais propensas a apresentarem problemas de comportamento (Brito & Dessen, 1999 cit. in Paciornik, 2010) e fracas competências sociais (Ruela, 2000).

No contexto escolar interações positivas com os pares têm efeitos benéficos no comportamento e bem-estar das crianças e adolescentes (Bagwell et al., 2001 cit. in Gaspar et al., 2009). Pelo contrário a rejeição pelos pares está associada a menores níveis de bem-estar, já que estas crianças e adolescentes experienciam maior stress e tensão nos relacionamentos, assim como maior isolamento, ansiedade social e depressão (Ayduk, Mendoza-Denton, Mischel, Downey, Peake & Rodriguez, 2000 cit. in Santos, 2008).

Dados empíricos apontam que as crianças com DA integradas nas escolas regulares sentem-se isoladas, são mais rejeitadas pelos pares ouvintes (Stinson & Antia 1999) e possuem também menos amigos (Stinson & Whitmire, 1992; Tvingstedt, 1993 cit. in Stinson & Antia, 1999). Nas crianças e adolescentes com DA, as dificuldades de comunicação e limitadas competências sociais acabam por condicionar as suas interações sociais (Ruela, 2000). Quando a criança não consegue comunicar de forma eficaz o seu funcionamento psicológico pode ficar também condicionado (Marschark, et al., 2002).

A avaliação positiva do SS por parte dos indivíduos correlaciona-se positivamente com níveis mais elevados de SV, e com a maior experiência de emoções positivas e menor de emoções negativas, assim como maior ajuste psicológico (Quevedo & Abella, 2010).

A DA também poderá afetar o grau de escolaridade dos indivíduos (Wake, Hughes, Collins, Poulakis, 2004). No que concerne ao desempenho académico, os alunos com DA apresentam de forma geral níveis de aprendizagem da leitura e escrita muito baixos relativamente à população ouvinte (Coutinho, 2002). Estes alunos também sofrem um maior número de retenções (Baptista, 2008) e frequentam em menor número o ensino superior que os alunos ouvintes (Estanqueiro, 2006).

Pesquisas alertam para o facto do sucesso escolar na população adolescente ter um peso determinante no seu desenvolvimento global (King et al., 2006). As crianças com maior SV relatam também superior satisfação com as experiências escolares

(Gilman & Huebner, 2006), o que por sua vez se traduz na experiência de um maior número de emoções positivas (Bordwine & Huebner, 2010). A satisfação escolar repercute-se positivamente no comportamento e sucesso académico dos alunos (Gilman & Huebner, 2006; Lewis et al., 2010).

## **1.6. Objetivo e Hipóteses do Estudo**

O objetivo do presente estudo foi avaliar a percepção de bem-estar subjetivo, numa perspetiva compósita, em alunos portadores de deficiência auditiva.

As hipóteses testadas foram as seguintes:

H<sub>1</sub>: Os alunos com deficiência auditiva distinguem-se na percepção do bem-estar subjetivo compósito, relativamente aos alunos sem deficiência auditiva.

H<sub>2</sub>: Os alunos com deficiência auditiva revelam níveis inferiores de satisfação com a vida, relativamente aos alunos sem deficiência auditiva.

H<sub>3</sub>: Os alunos com deficiência auditiva revelam níveis inferiores de tonalidade emocional, relativamente aos alunos sem deficiência auditiva.

H<sub>4</sub>: Os alunos com deficiência auditiva revelam níveis inferiores de saúde mental, relativamente aos alunos sem deficiência auditiva.

H<sub>5</sub>: Os alunos com deficiência auditiva revelam níveis inferiores de satisfação com o suporte social, relativamente aos alunos sem deficiência auditiva.

## **2. Metodologia**

### **2.1. Participantes**

Participaram neste estudo um total de 426 alunos que frequentavam escolas do 1º, 2º e 3º Ciclo do Ensino Básico e Escolas Secundárias, dos seguintes concelhos da região norte: Alijó; Barcelos; Braga; Chaves; Esposende; Oliveira de Azeméis; Paredes; Porto; Santo Tirso; Viana do Castelo; Vila Nova de Famalicão e Vila Nova de Gaia.

Do grupo de alunos com DA faziam parte 71 alunos (n=71), sendo 34 do género masculino (n=34; 47,9%), com idades compreendidas entre os 8 e 19 anos (M=12,82; DP=2,897) e 37 do género feminino (n=37; 52,1%), com idades compreendidas entre os 8 e 18 anos (M=12,05; DP=3,374). O grupo de alunos sem DA era constituído por 355 alunos (n=355), dos quais, 185 pertenciam ao género masculino (n=185; 52,1%), sendo a sua faixa etária entre os 8 e 19 anos (M=13,30; DP=3,243) e 167 pertenciam ao género feminino (n=167; 47,0%), tendo idades compreendidas entre os 8 e 19 anos (M=12,90; DP=3,024) (Tabela 5, 6 e 7).

Tabela 5

*Distribuição da amostra por género*

	Com deficiência auditiva (n=71)		Sem deficiência auditiva (n=355)	
	masculino	feminino	masculino	feminino
Frequência (n)	34	37	185	167
Percentagem (%)	47,9	52,1	52,1	47,0

*Nota:* n: número.

Tabela 6

*Média e desvio padrão da idade no grupo total e por género (masculino e feminino), de alunos com deficiência auditiva*

	Total (n=71)				Masculino (n=34)				Feminino (n=37)			
	Mín.	Máx.	M	DP	Mín.	Máx.	M	DP	Mín.	Máx.	M	DP
Idade	8	19	12,423	3,1562	8	19	12,82	2,897	8	18	12,05	3,374

*Nota:* n: número; Mín: mínimo; Máx: máximo; DP: Desvio Padrão.

Tabela 7

*Média e desvio padrão da idade no grupo total e por género (masculino e feminino), de alunos sem deficiência auditiva*

	Total (n=355)				Masculino (n=185)				Feminino (n=167)			
	Mín.	Máx.	M	DP	Mín.	Máx.	M	DP	Mín.	Máx.	M	DP
Idade	8	19	13,124	3,1338	8	19	13,30	3,243	8	19	12,90	3,024

*Nota:* n: número; Mín: mínimo; Máx: máximo; DP: Desvio Padrão.

## **2.2. Instrumentos**

Na recolha dos dados foram utilizadas quatro escalas de autorrelato para avaliar distintos indicadores de Bem-estar subjetivo: Escala de Tonalidade Emocional (ETE) (Rocha & Moreira, 2010); Escala breve de Satisfação com a Vida (EBSV) (Huebner, 1997); Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) (Gaspar, Ribeiro, Leal, Matos & Ferreira, 2009) e Escala Breve de Qualidade de Vida relacionada com a saúde (KIDSCREEN 10) (Ravens-Sieberer, et al., 2005).

### **2.2.1. Escala de tonalidade emocional (ETE)**

Um dos instrumentos usados na medição do BES é escala Positive and Negative Affect Schedule (PANAS, Watson, Clark & Tellegen, 1988) (Giacomoni, 2004), que permite a avaliação em separado das emoções positivas e das emoções negativas (Omar, et al., 2009). Neste estudo foi utilizada a adaptação portuguesa deste instrumento: Escala de Tonalidade Emocional (ETE) de Rocha e Moreira (2010). A ETE é constituída por 27 itens que descrevem uma emoção ou sentimento e que permite avaliar a afetividade positiva e a afetividade negativa. A subescala dos afetos positivos é composta por 12 itens (p.e. “Interessado”; “Entusiasmado”) e a subescala afetos negativos que é constituída por 15 itens (p.e. “Triste”; “Assustado”). Tendo em conta as experiências emocionais vivenciadas durante as últimas semanas, os respondentes devem tomar uma posição, com base numa escala de Likert com cinco possibilidades de resposta: 1- Nada ou muito ligeiramente; 2 – Um pouco; 3- Moderadamente; 4 – Bastante e 5- Extremamente.

### **2.2.2. Escala breve de satisfação com a vida (EBSV)**

A Brief Multidimensional Students Life Satisfaction Scale (BMSLSS) (Huebner, 1997) foi desenvolvida a partir da Multidimensional Students Life Satisfaction Scale (MSLSS) (Huebner, 1994) com o propósito de avaliar a satisfação de crianças e jovens com cinco domínios relevantes da vida de uma forma breve (Huebner, Seligson, Valois & Suldo, 2006). Nesta pesquisa, foi usada a adaptação portuguesa da escala realizada por Moreira (2010). A EBSV é composta por seis itens (p.e. “A minha

satisfação comigo mesmo é”; “A minha satisfação com a minha vida em geral é”) que avaliam distintas áreas da vida: família; amigos, escola; *self*; ambiente onde vive e vida em geral. Para cada um dos itens os respondentes devem assinalar a resposta mais adequada, numa escala de Likert com sete possibilidades de resposta: 0-Terrível; 1-Infeliz; 2 – Insatisfatória; 3- Em parte satisfatória e em parte insatisfatória; 4 – Satisfatória; 5 – Agradável e 6 – Fantástica.

### **2.2.3. Escala de satisfação com o suporte social (ESSS)**

A escala de satisfação com o suporte social (ESSS) mede a satisfação com o suporte social e foi desenvolvida por Gaspar e colaboradores em 2009, a partir da versão ESSS de Ribeiro (1999) (Gaspar et al., 2009). A ESSS é composta por 12 itens apresentados em forma de afirmação (p.e. “Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostava: “Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família”). Os sujeitos devem assinalar o grau em que concordam com cada afirmação, a partir de uma escala tipo Likert com cinco posições: 1- Concordo totalmente; 2 – Concordo na maior parte; 3 – Não concordo nem discordo; 4 – Discordo na maior parte e 5 – Discordo totalmente.

### **2.2.4. Escala breve de saúde mental (KIDSCREEN 10)**

O KIDSCREEN 10 foi desenvolvido a partir dos instrumentos de avaliação da perceção da qualidade de vida relacionada com a saúde de Ravens-Sieberer e colaboradores: KIDSCREEN 52 e KIDSCREEN 27. O KIDSCREEN 10 é uma escala breve que permite avaliar a saúde mental e o bem-estar em crianças e jovens (Erhart et al., 2009). A escala é constituída por 10 itens, apresentados em forma de pergunta (p. e. “ Sentiste-te bem e em forma? “Os teus pais trataram-te com justiça?”), sendo as questões colocadas num limite temporal “pensa na última semana...”. Os sujeitos devem responder a cada um dos itens com base numa escala de Likert de cinco pontos: 1 - Nada; 2 – Pouco; 3 – Moderadamente; 4 – Muito e 5 – Totalmente.

## **2.3. Procedimentos**

### **2.3.1. Recolha de dados**

Iniciou-se com a elaboração e envio de um pedido formal aos órgãos diretivos das escolas onde se pretendia aplicar os questionários, com o intuito de prestar esclarecimento acerca do objetivo do estudo, e solicitar o seu consentimento para a recolha de dados nos respetivos estabelecimentos de ensino.

Depois de deferido o pedido pelos órgãos diretivos, foi igualmente realizado um pedido formal aos representantes legais dos alunos para que autorizassem a colaboração dos seus educandos no estudo. Foi explicitada a relevância da pesquisa e garantida a confidencialidade dos dados através da atribuição de um código a cada participante.

Posteriormente, foi analisado com os professores de educação especial e os professores do regular a melhor forma de proceder à aplicação dos questionários. Estes foram aplicados em contexto de sala, individualmente e com supervisão dos docentes de educação especial e, quando necessário, de interprete de LGP no caso dos alunos com deficiência auditiva e com supervisão dos docentes do regular, no caso dos alunos sem deficiência auditiva.

### **2.3.2. Análise de dados**

Depois da recolha de dados procedeu-se à respetiva análise utilizando o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 19.0 para Windows.

Inicialmente realizou-se uma análise descritiva das variáveis em estudo e posteriormente, recorrendo à estatística inferencial, foi usado o teste paramétrico *t de student*, para efetuar a comparação de médias relativamente aos diferentes indicadores de bem-estar subjetivo para o grupo de alunos com DA e o grupo de alunos sem DA. O nível de significância adotado foi de 5%, sendo considerados estatisticamente significativos os resultados iguais ou inferiores a este valor ( $p \leq 0.05$ ).

## **3. Resultados**

Os alunos com deficiência auditiva diferenciam-se dos alunos sem deficiência auditiva e apresentam níveis inferiores nas variáveis: bem-estar subjetivo total;

satisfação com a vida; qualidade de vida relacionada com a saúde; tonalidade emocional total e satisfação com o suporte social negativo. Por outro lado, o grupo de alunos com deficiência auditiva apresenta médias superiores aos alunos sem deficiência auditiva nos seguintes indicadores do bem-estar subjetivo: satisfação com o suporte social total; satisfação com o suporte social positivo e tonalidade emocional negativa.

De seguida apresentam-se os resultados de acordo com as hipóteses formuladas e os dados da tabela 8.

Ao nível da perceção do bem-estar subjetivo total, os alunos com deficiência auditiva diferenciam-se dos alunos sem deficiência auditiva, sendo esta diferença estatisticamente significativa ( $p=0,010$ ). O grupo de alunos com deficiência auditiva revela níveis inferiores de bem-estar subjetivo total relativamente ao grupo de alunos sem deficiência auditiva ( $M=201,6053/M=208,4585$ ;  $DP=27,78316/DP=18,59339$ ).

Confirma-se que os alunos com deficiência auditiva também apresentam níveis mais baixos na satisfação com a vida, relativamente ao grupo de alunos sem deficiência auditiva ( $M=27,4267/M=29,7978$ ;  $DP=5,64999/DP=4,77967$ ), sendo esta divergência bastante significativa ( $p=0,000$ ).

Relativamente à tonalidade emocional total e tonalidade emocional negativa, verificam-se igualmente diferenças significativas entre os dois grupos ( $p=0,000$ ), mas o mesmo não acontece com a tonalidade emocional positiva ( $p=0,453$ ). O grupo de alunos com deficiência auditiva regista uma média inferior comparativamente ao grupo de alunos sem deficiência auditiva no que respeita à tonalidade emocional total ( $M=103,8942/M=111,4762$ ;  $DP=18,55439/DP=14,08709$ ). No que concerne à tonalidade emocional negativa, os alunos com deficiência auditiva registam uma média superior aos alunos sem deficiência auditiva ( $M=31,5765/M=24,8854$ ;  $DP=11,82764/DP=9,21941$ ).

Os resultados também demonstram que os alunos com deficiência auditiva apresentam níveis mais baixos na qualidade de vida relacionada com a saúde, do que o grupo de alunos sem deficiência auditiva ( $M=37,9033/M=39,4535$ ;  $DP=5,86246/DP=5,56688$ ).

No âmbito da satisfação com o suporte social total, os dados indicam que os alunos com deficiência auditiva revelam médias superiores ao grupo dos alunos sem deficiência auditiva ( $M=32,3811/M=27,7310$ ;  $DP=6,47244/DP=7,95027$ ). O mesmo se verifica na dimensão satisfação com o suporte social positivo ( $M=16,4213/M=13,0462$ ;  $DP=7,51992/DP=5,65249$ ), mas na dimensão satisfação com o

suporte social negativo o grupo de alunos com DA apresenta níveis inferiores relativamente ao grupo de alunos sem deficiência auditiva (M=14,0402/M=15,3152; DP=4,71740/DP=4,54103).

Os resultados também apontam que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ao nível da satisfação com o suporte social total (p=0,000), com o suporte social positivo (p=0,000) e com o suporte social negativo (p=0,032).

Tabela 8

*Teste T de student para diferenças de médias a nível dos indicadores de BES entre alunos com e sem deficiência auditiva*

	Com deficiência auditiva (N=71)			Sem deficiência auditiva (N=355)			t	p
	M	DP	N	M	DP	N		
BES	201,6053	27,78316	71	208,4585	18,59339	355	-2,584	0,010*
ESSS Negativo	14,0402	4,71740	71	15,3152	4,54103	355	-2,146	0,032*
ESSS Positivo	16,4213	7,51992	71	13,0462	5,65249	355	4,326	0,000*
ESSS Total	32,3811	6,47244	71	27,7310	7,95027	355	4,630	0,000*
ETE Negativo	31,5765	11,82764	71	24,8854	9,21941	355	5,307	0,000*
ETE Positivo	45,4695	11,35258	71	46,3349	8,28618	355	-0,751	0,453
ETE Total	103,8942	18,55439	71	111,4762	14,08709	355	-3,910	0,000*
EBSV	27,4267	5,64999	71	29,7978	4,77967	355	-3,697	0,000*
KIDS	37,9033	5,86246	71	39,4535	5,56688	355	-2,123	0,034*

(\*) p≤0.05

*Nota:* N: número; M: média; DP: Desvio Padrão do teste t- *student*; t: resultado do teste t-*student*; p: nível de significância; BES: Bem-estar subjetivo composto; ESSS: Escala de satisfação com o suporte social; ETE: Escala de tonalidade emocional; EBSV: Escala breve de satisfação com a vida; KIDS: Instrumento de avaliação de saúde mental e bem-estar em crianças e adolescentes.

#### 4. Discussão dos resultados

O presente estudo teve como objetivo avaliar o bem-estar subjetivo, numa perspectiva compósita, em alunos portadores de deficiência auditiva.

Os resultados revelam que os alunos com deficiência auditiva diferenciam-se na percepção de bem-estar subjetivo compósito, relativamente aos alunos sem deficiência auditiva. Apresentando o grupo de alunos com deficiência auditiva níveis inferiores de bem-estar subjetivo.

De seguida, discutiremos os resultados em função das hipóteses formuladas.

H<sub>1</sub>: Os alunos com deficiência auditiva distinguem-se na percepção do bem-estar subjetivo compósito, relativamente aos alunos sem deficiência auditiva.

Os dados demonstram a existência de diferenças estatisticamente significativas na percepção de bem-estar subjetivo total entre o grupo de alunos com deficiência auditiva e o grupo de alunos sem deficiência auditiva, registando os alunos com deficiência auditiva níveis mais baixos de bem-estar subjetivo compósito.

Os resultados obtidos poderão ter a ver com as dificuldades que a população com deficiência auditiva evidencia em varias áreas do seu desenvolvimento, em virtude do seu défice sensorial. Assim, vários autores referem que as crianças e adolescentes com deficiência auditiva possuem um desenvolvimento atípico da linguagem que compromete a sua comunicação com o mundo. Este facto acaba por refletir-se no seu desenvolvimento social, emocional, cognitivo e académico (Antunes, 2000; Greenberg & Kusché, 1993 cit. in Silva, 2005; Santos, 2005; Stinson & Antia, 1999) e consequentemente condicionar o seu bem-estar (Tambs, 2004).

As crianças e adultos com deficiência auditiva revelam maior propensão para apresentarem problemas emocionais e sociais que a população ouvinte (Hintermaier, 2006; Schlesinger & Meadow, 1972; Meadow, 1980 cit. in Silva, 2005). Manifestam frequentemente problemas de comportamento, baixa autoestima, depressão, frustração (Marschark et al., 2002), ansiedade (Tambs, 2004), agressividade (Kirk & Gallagher, 2000 cit. in Rodrigues & Pires, 2002), impulsividade, menor regulação emocional (Calderon & Greenberg, 2003) e condutas sociais mais imaturas (Schlesinger & Meadow, 1972; Levine, 1960 cit. in Ricou, 2006). De forma geral, as interações estabelecidas pelas crianças e adolescentes com deficiência auditiva com pares e adultos

são menos positivas. Revelam também mais dificuldades no domínio da aprendizagem e desempenho académico (Stinson & Antia, 1999).

Os alunos com deficiência auditiva reportam níveis inferiores de satisfação com a vida comparativamente com os seus pares ouvintes (Gilman, Easterbrooks & Frey, 2004), estando níveis inferiores de satisfação com a vida relacionados com menor satisfação com as experiências escolares (Gilman & Huebner, 2006) e com menor bem-estar subjetivo (McCullough, Huebner & Laughlin, 2000 cit. in Santos, 2008).

Pesquisas indicam que jovens e adultos com perda auditiva demonstram com mais frequência problemas no âmbito da saúde mental, o que também influencia negativamente os níveis de bem-estar subjetivo (Ravens-Sieberer et al., 2008).

H<sub>2</sub>: Os alunos com deficiência auditiva revelam níveis inferiores de satisfação com a vida, relativamente aos alunos sem deficiência auditiva.

De acordo com os resultados obtidos verifica-se que os alunos com deficiência auditiva apresentam níveis significativamente inferiores na satisfação com a vida, comparativamente com os alunos sem deficiência auditiva.

Apesar dos estudos na área da satisfação com a vida em crianças e adolescentes serem ainda escassos (Bender, 1997; Veen-Hoven, 1993 cit. in Gilman, Huebner & Laughlin, 2000), estes resultados são consistentes com os dados de um estudo realizado com estudantes americanos, em que os alunos com deficiência auditiva reportam níveis inferiores de satisfação com a vida relativamente aos seus pares ouvintes, sendo esta diferença mais evidente no domínio das amizades. As dificuldades comunicativas a que os alunos com deficiência auditiva estão mais atreitos, podem influenciar de forma negativa o seu relacionamento com os pares e explicar este desfasamento no domínio das amizades (Gilman, Easterbrooks & Frey, 2004). Alguns autores referem que a rejeição dos pares e falta de apoio parental pode repercutir-se em baixos níveis de satisfação com a vida (Martin et al., 2008; Saha et al., cit. in Lewis et al., 2011). Por outro lado, a existência de relacionamentos positivos com pais e pares durante a infância são preditores de níveis superiores de satisfação com a vida (Gilman & Huebner, 2006).

Dados empíricos indicam que o constructo satisfação com a vida parece correlacionar-se com domínios importantes da vida de crianças e adolescentes, entre os quais: relações interpessoais (pais e pares); saúde física e mental (Gilman & Huebner, 2003; Huebner, 2004; Proctor et al., 2008, cit. in Lewis, et al., 2010); variáveis

educacionais (Gilman & Huebner, 2006; Lewis et al., 2011), comportamentos de risco (McKnight et al., 2002 cit. in Gilman & Huebner, 2006) e personalidade (Gilman & Huebner, 2003).

As crianças e adolescentes que percebem positivamente a satisfação com a vida relatam menor ansiedade, angústia, stress social, agressividade, sintomatologia depressiva e usam com menor frequência drogas (Gilman & Huebner, 2006; McKnight et al., 2002 cit. in King, et al., 2006). Pesquisas apontam que as crianças e adolescentes com deficiência auditiva, em virtude dos défices associados à sua problemática, revelam com maior frequência este tipo de características comparativamente aos seus pares ouvintes (Hindley et al., 1994; Kirk & Gallagher, 2000 cit. in Rodrigues & Pires, 2002; Marschark et al., 2002; Tambs, 2004). Este facto poderá explicar os baixos índices de satisfação com a vida apurados neste estudo, no que concerne ao grupo de alunos com deficiência auditiva.

Relativamente à satisfação escolar, as crianças que percebem níveis superiores de satisfação com a vida demonstram também maior satisfação com as experiências escolares, quando comparados com os pares que relatam baixos índices de satisfação com a vida (Gilman & Huebner, 2006). Os alunos com deficiência auditiva, de uma forma geral, estabelecem interações com pares e adultos menos positivas e revelam maiores dificuldades no domínio da aprendizagem e desempenho académico, em consequência das dificuldades evidenciadas na área da comunicação (Stinson & Antia, 1999), o que poderá influenciar de forma negativa as suas experiências escolares e condicionar os seus níveis de satisfação com a vida.

As crianças e jovens que reportam níveis inferiores de bem-estar subjetivo, também avaliam de forma mais negativa a sua vida global (McCullough, Huebner & Laughlin, 2000 cit. in Santos, 2008).

H<sub>3</sub>: Os alunos com deficiência auditiva revelam níveis inferiores de tonalidade emocional, relativamente aos alunos sem deficiência auditiva.

Os dados apresentados indicam que os alunos com deficiência auditiva revelam uma percepção de tonalidade emocional total estatisticamente inferior à dos alunos sem deficiência auditiva. De acordo com Marschark e colaboradores (2002), devido às dificuldades na comunicação, os indivíduos com deficiência auditiva revelam maior fragilidade emocional que a população ouvinte e apresentam com mais frequência baixa

autoestima e frustração. Também os adolescentes com deficiência auditiva apresentam mais frequentemente sintomatologia depressiva, sentem-se mais isolados (Mindel & Vernon, 1987) e revelam menor regulação emocional que os seus pares ouvintes (Calderon & Greenberg, 2003).

Estes resultados também vão de encontro a pesquisas efetuadas com adolescentes portadores de NEE, que sugerem que estes jovens se sentem mais infelizes, estão mais sós nas escolas, são vítimas de bullying com mais frequência e revelam ainda superior sintomatologia física e psicológica (Matos & Equipa do Projecto Aventura Social, 2003 cit. in Simões, Matos, Tomé & Ferreira, 2010).

De acordo com o presente estudo, os alunos com deficiência auditiva vivenciam com frequência tanto emoções positivas, como emoções negativas.

Relativamente à tonalidade emocional positiva, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de alunos, experienciando os alunos com deficiência auditiva frequentemente emoções positivas. De acordo com Watson e colaboradores (1988) estados de alta energia estão relacionados com elevados níveis de afeto positivo. As emoções positivas têm um papel muito importante na regulação das emoções negativas e como tal, são essenciais para o bem-estar (Fredrickson, 2000, 2001; Fredrickson & Joiner, 2002).

No que respeita à tonalidade emocional negativa, os alunos com deficiência auditiva relatam uma frequência de emoções negativas muito superior aos alunos sem deficiência auditiva e elevados níveis de emoções negativas estão relacionados com estados de apatia e tristeza (Watson et al., 1988).

Dados de um estudo realizado por Bordwine & Huebner (2010) sugerem que os alunos que experienciam com maior frequência emoções negativas revelam menor satisfação com a escola e que, pelo contrário, a vivência frequente de emoções positivas pelos alunos correlaciona-se positivamente com a satisfação escolar. A experiência frequente de emoções positivas, permite aos alunos enfrentar e superar situações negativas, o que se reflete numa maior satisfação com as experiências escolares (Bordwine & Huebner, 2010) e o que por sua vez, repercute positivamente no comportamento e sucesso académico dos alunos (Gilman & Huebner, 2006; Lewis et al., 2011).

Salienta-se ainda que, tanto no grupo de alunos com deficiência auditiva como no grupo sem deficiência auditiva, os valores médios da variável tonalidade emocional positiva são superiores aos valores médios da variável tonalidade emocional negativa.

Estes dois grupos revelam uma maior vivência de emoções positivas comparativamente às emoções negativas. De acordo com vários autores, os indivíduos que percebem níveis superiores de bem-estar subjetivo demonstram maior tendência para experienciarem emoções positivas em detrimento de emoções negativas (Diener et al., 1999; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005; Giacomoni, 2004; Omar et al., 2009). No entanto, o bem-estar subjetivo pressupõe a existência de emoções positivas, mas também a ausência de emoções negativas (Bordwine & Huebner, 2010; Fredrickson, 2000; Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002).

H<sub>4</sub>: Os alunos com deficiência auditiva revelam níveis inferiores de saúde mental, relativamente aos alunos sem deficiência auditiva.

Os dados obtidos atestam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos no que respeita à qualidade de vida relacionada com a saúde. É no grupo dos alunos sem deficiência auditiva onde se registam os valores mais elevados no âmbito da qualidade de vida relacionada com a saúde, apresentando o grupo dos alunos com deficiência auditiva um nível de significância inferior.

Estes dados são congruentes com outras pesquisas que referem que a perda auditiva está associada a uma diminuição da saúde mental em jovens e adultos, já que a existência de dificuldades de comunicação provenientes do défice sensorial acaba por condicionar o contacto com o meio e gerar maior vulnerabilidade no âmbito da saúde mental (Tambs, 2004). Smith-Olinde e colaboradores (2008) referem que as crianças com deficiência auditiva relatam menor qualidade de vida relacionada com a saúde comparativamente às crianças ouvintes.

Pesquisas efetuadas apontam que a deficiência sensorial e outros fatores que a literatura associa a esta problemática, como é o caso das dificuldades de comunicação no seio familiar, a rejeição de pares, o isolamento, o deficit de competências sociais, o stress e a baixa autoestima, entre outros, são considerados fatores de risco relativamente à saúde mental (Baum & Posluszny, 1999; Matos & Sardinha, 1999 cit. in Santos, 2008). Neste sentido, as crianças e adolescentes com deficiência auditiva em virtude das condicionantes da sua problemática acabam por estar mais propensas a níveis inferiores de qualidade de vida relacionada com a saúde, tal como é confirmado pelos resultados do nosso estudo.

As crianças com deficiência auditiva devido ineficácia da comunicação revelam, muitas das vezes, dificuldades na interação com os pais o que influencia de forma negativa o seu desenvolvimento emocional e psicológico (Silva, 2003 cit. in Paciornik, 2010). Também o confronto com a deficiência auditiva dos filhos gera elevados níveis de stress nos pais, especialmente quando estes são ouvintes, e segundo dados empíricos o aumento do stress parental está associado ao surgimento de problemas sociais e emocionais nas crianças (Hintermair, 2006). Segundo Galinha (2008) um dos fatores que influencia os níveis de saúde mental na infância e adolescência é o tipo de relacionamento estabelecido com os pais, já que a existência de relacionamentos estáveis e seguros no seio familiar potenciam a saúde mental. Por sua vez, Graaf e Bijl (2002) referem que os indivíduos com deficiência auditiva que demonstram menor aceitação do seu défice sensorial e que apresentam problemas de comunicação mais graves evidenciam níveis superiores de distress mental. Este facto poderá ser explicado pelas dificuldades de comunicação no seio familiar. Entraves comunicativos com os membros da família, também podem explicar a maior prevalência de depressão e isolamento dos adolescentes com deficiência auditiva, relativamente aos seus pares ouvintes (Mindel & Vernon, 1987).

Alguns autores salientam igualmente, que os défices relacionados com a deficiência auditiva podem condicionar o bem-estar e agravar o risco de ansiedade (Tambs, 2004), depressão, frustração e baixa autoestima (Marschark et al., 2002). Hindley e colaboradores (1994) referem que a taxa de prevalência de transtorno psiquiátrico é superior em crianças com deficiência auditiva. Dados de outras pesquisas sugerem que as crianças e adolescentes com deficiência auditiva apresentam défices de interação social (Kusché & Greenberg, 1983 cit. in Ricou, 2006), revelam-se introvertidos, irritáveis, apresentando com frequência agressividade (Kirk & Gallagher, 2000 cit. in Rodrigues & Pires, 2002) e mostram ainda maior impulsividade e menor regulação emocional quando comparadas com os pares ouvintes (Calderon & Greenberg, 2003).

Numa investigação realizada por Fellingner e colaboradores (2008), baseada nas perceções de pais e professores de alunos com DA, foi apurado que os alunos com deficiência auditiva revelam maior prevalência de problemas emocionais e de comportamento que o grupo de alunos ouvintes. Estes resultados poderão ser explicados, mais uma vez, pelas dificuldades comunicativas dos alunos com deficiência auditiva que potenciam o surgimento de problemas de relacionamento com os pares, de

conduta, emocionais (Hintermair, 2006; Fellingner et al., 2008) e escolares (Rodrigues & Pires, 2002).

Estudos apontam que as crianças e jovens com deficiência auditiva sentem-se muitas das vezes isolados no contexto escolar, já que as dificuldades de comunicação acabam por condicionar a sua interação com pares e adultos ouvintes e conseqüentemente comprometer a sua aprendizagem e desempenho académico (Stinson & Antia, 1999). Este aspeto é muito importante, uma vez que a existência de interações positivas no contexto escolar é um preditor de superiores índices de saúde mental e melhor desempenho académico (Gregory, 1998 cit. in Marschark et al., 2002).

Relativamente ao desempenho académico dos alunos com deficiência auditiva, as maiores dificuldades estão relacionadas com a aprendizagem da leitura e escrita, fruto das dificuldades de desenvolvimento da linguagem (DEB, 2002). Em termos de desempenho no domínio da leitura e da escrita existe um desfasamento muito grande entre alunos ouvintes e com deficiência auditiva (Baptista, 2008).

H<sub>5</sub>: Os alunos com deficiência auditiva revelam níveis inferiores de satisfação com o suporte social, relativamente aos alunos sem deficiência auditiva.

No que respeita à satisfação com o suporte social, verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Os alunos com deficiência auditiva apresentam valores mais elevados na satisfação com o suporte social total e na satisfação com o suporte social positivo, do que os alunos sem deficiência auditiva. Por sua vez, na dimensão satisfação com o suporte social negativo, as médias são superiores nos alunos sem deficiência auditiva comparativamente aos alunos com deficiência auditiva.

Os valores apurados nesta pesquisa indicam que os alunos com deficiência auditiva percebem o seu suporte social de forma positiva. Estes alunos reconhecem a disponibilidade dos outros sujeitos em caso de necessidade, isto é, sentem que têm pessoas em quem podem confiar, que se preocupam e que gostam deles (Sarason, et al., 1983 cit. in Ribeiro, 1999; Sarason, Pierce & Sarason, 1994 cit. in Gaspar et al., 2009). Estes resultados poderão dever-se aos défices que estas crianças e adolescentes apresentam e que acabam por potenciar o suporte da família, dos professores e até mesmo dos pares.

A satisfação com o suporte social é muito importante, uma vez que influencia a saúde global, a resistência pessoal e conseqüentemente o bem-estar dos indivíduos (Sarason et al., 1994 cit. in Ramos, 2001). Devido à relação do suporte social com o bem-estar e o seu efeito protetor em situações adversas, este possui um papel essencial no desenvolvimento social e emocional de crianças e adolescentes (Boosman, et al., 2002 cit. in Gaspar et al., 2009). Também o nível de satisfação dos adolescentes com a escola está relacionado com o seu suporte social, sendo este resultante do apoio percebido dos pais, pares e professores (King et al., 2006).

Para as crianças e adolescentes portugueses, a família, revela-se como a principal fonte de suporte social (Ribeiro, 1994 cit. in Ribeiro, 1999). A percepção de suporte social é fortemente influenciada pelo tipo de relação estabelecida com o cuidador primário, estando relações de apego positivas relacionadas com uma percepção de suporte social mais positiva (Ptacek, 1996 cit. in Siqueira et al., 2006).

A existência de interações de qualidade entre pais e filhos promove níveis superiores de saúde física e psicológica, de competência social, de autoestima, de confiança, de desempenho académico, entre outros (Caldera & Hart, 2004; Harris, 2000; KiviJarvi, Voeten, Niemela, Raiha, Lertola & Piha, 2001; Palmer & Hollin, 2001; Pelchat & Bisson, Bois & Saucier, 2003; & Rohner Veneziano, 2001 cit. in Gaspar et al., 2009, p. 362).

No que respeita às crianças com deficiência auditiva, pesquisas indicam que as dificuldades de comunicação e interação começam a fazer-se sentir, desde cedo, no seu contexto familiar (Rebelo, 2002; Silva, 2005). No entanto, quando estas crianças estão integradas em famílias que recorrem ao uso da língua gestual, verifica-se com mais frequência interações mais positivas entre pais e filhos (Rebelo, 2002).

Também o relacionamento saudável das crianças e adolescentes com os pares funcionam como facilitadores no processo de adaptação às situações adversas e na manutenção do bem-estar (Brito & Koller, 1999 cit. in Siqueira et al., 2006).

Estudos efetuados sugerem que os alunos com deficiência auditiva integrados nas escolas regulares sentem-se isolados e rejeitados pelos pares ouvintes (Farrugia & Austin 1980 cit. in Ruela, 2000; Silva, 1996 cit. in Antunes, 2000; Stinson & Antia 1999). Estando a rejeição pelos pares associada a níveis inferiores de bem-estar (Ayduk, Mendoza-Denton, Mischel, Downey, Peake & Rodriguez, 2000 cit. in Santos, 2008), à vivência de experiências stressantes e à falta de suporte social (Bagwell, et al., 2001 cit. in Gaspar et al., 2009). As dificuldades experienciadas por algumas das crianças e

adolescentes com deficiência auditiva no domínio das amizades poderão resultar de uma menor percepção de suporte social, uma vez que os entraves comunicativos influenciam negativamente o relacionamento com os pares (Gilman, Easterbrooks & Frey, 2004).

Os resultados obtidos neste estudo são relevantes, já que a percepção positiva do suporte social correlacionam-se com níveis superiores de BES (Colarossi, 2001 cit. in Santos, 2008).

#### **4.1. Limitações do Estudo**

Os estudos efetuados no âmbito do bem-estar subjetivo com crianças e adolescentes com deficiência auditiva são ainda reduzidos, o que confere relevância aos resultados obtidos. No entanto, existem algumas limitações no estudo, que levam a que os resultados devam ser considerados com alguma prudência.

As limitações do estudo têm sobretudo a ver com questões metodológicas, mais precisamente com a constituição e significância da amostra. Recorremos a um processo de amostragem não probabilístico, o que compromete a generalização dos dados e das conclusões obtidas (Almeida & Freire, 2008). Por outro lado, o número de participantes é reduzido e existe disparidade numérica entre grupo de alunos com deficiência auditiva (71) e o grupo de alunos sem deficiência auditiva (355).

#### **4.2. Implicações para a Prática**

O bem-estar subjetivo é um constructo muito importante para a vida dos indivíduos e comunidades, sendo o seu estudo essencial para potenciar os níveis de bem-estar na população em geral e particularmente nas populações de risco, como é o caso dos portadores de deficiência auditiva.

As crianças e adolescentes com deficiência auditiva para além das dificuldades inerentes às diferentes fases da vida, também possuem condicionantes associados ao défice auditivo que lhe comprometem o seu desenvolvimento (Mindel & Vernon, 1987), mais concretamente na aquisição da linguagem, na comunicação, no desenvolvimento social, emocional, cognitivo e académico (Antunes, 2000; Greenberg & Kusché, 1993 cit. in Silva, 2005; Santos, 2005; Stinson & Antia, 1999).

Em virtude das dificuldades vivenciadas pelas crianças e adolescentes com deficiência auditiva, os seus níveis de bem-estar subjetivo acabam por ficar seriamente

comprometidos, como atestam os resultados do nosso estudo. Assim, os dados indicam que os alunos com deficiência auditiva relatam níveis estatisticamente inferiores de bem-estar subjetivo, relativamente aos seus pares ouvintes.

A par com a família, a escola é um dos contextos de vida mais importantes para os alunos em geral, sendo ainda mais crucial para os alunos com deficiência auditiva. A escola proporciona às crianças e adolescentes com deficiência auditiva uma diversidade de experiências e interações que influenciam determinantemente o seu desenvolvimento pessoal, interpessoal, linguístico, social e académico (Marschark et al., 2002).

Neste sentido, o conhecimento dos fatores que condicionam ou pelo contrário potenciam os níveis de bem-estar subjetivo dos alunos com deficiência auditiva é deveras importante, já que poderá auxiliar os profissionais da educação na prevenção e na promoção de intervenções que proporcionem a estes alunos níveis superiores de bem-estar subjetivo.

## Referências Bibliográficas

- Albertini, J. A., Kelly, R. R. & Matchett, M. K. (2011). Personal factors that influence deaf college students' academic success. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 1-17. doi:10.1093/deafed/enr016.
- Albertini, J. A. & Schey, S. (2003). Writing: characteristics, instruction, and assessment. In M. Marschark & P.E. Spencer, (Eds.) *Deaf Studies, Language, and Education*. (pp.123-135). New York: Oxford University Press.
- Albuquerque, A. S. & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjectivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (2), 153-164.
- Albuquerque, F. J. B., Martins, C. R. & Neves, M. T. S. (2008). Bem-estar subjetivo emocional e coping em adultos de baixa renda de ambientes urbano e rural. *Estudos de Psicologia*, 25 (4), 509-516.
- Albuquerque, I. & Lima, M. P. (2007). Personalidade e Bem-Estar Subjectivo: uma abordagem com projectos pessoais. *O Portal dos Psicólogos*, 1-30. Retirado de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0373.pdf>
- Almeida, L. S. & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Almeida, S. P. & Falcão, J.M. (2009). Incapacidade auditiva auto-declarada da população portuguesa: uma análise aos dados do quarto inquérito nacional de saúde. *Acta Med Port.*, 22, 223-232.
- Alves, J. R. V. B. F. (2008). *O bem-estar subjectivo e a prática desportiva em adolescentes da região autónoma da madeira*. (Dissertação de Doutoramento não publicada). Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, Porto.
- Amaral, M. (2006). Perspectivas teóricas na aquisição da linguagem em crianças surdas. In: M. Bispo, A. Couto, M. C. Clara & L. Clara (Coord.). *O Gesto e a Palavra I: Antologia de Textos sobre a Surdez* (pp. 109-150). Lisboa: Editorial Caminho.
- Amaral, M. A. & Coutinho A. (2002). A criança surda: Educação e inserção social. *Análise Psicológica*, 3, 373-378.
- Antia, S. D. & Kreimeyer, K. H. (2003). Peer Interaction of Deaf and Hard-of-Hearing Children. In M. Marschark & P.E. Spencer, (Eds.) *Deaf Studies, Language, and Education*. (pp.164-176). New York: Oxford University Press.
- Antia, S. D., Sabers, D., L. & Stinson, M. S. (2006). Validity and Reliability of the Classroom

- Participation Questionnaire With Deaf and Hard of Hearing Students in Public Schools, 12 (2), 158-171.
- Antunes, A. (2000). A inclusão de crianças deficientes auditivas em escolas do ensino regular. In: R. Nunes (Coord.). *Perspectivas na integração da pessoa surda*. (pp.131-147). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Arita, B. Y., Romano, S., García, N. & Félix, M. R. (2005). Indicadores objetivos y subjetivos de la calidad de vida. *Enseñanza e Investigación en Psicología* 10, (1), 93-102.
- Arocena, F. A. L., Lucero, J. C. V. & Muñiz, J. G. (2005). Satisfacción com la vida de algunos colectivos Mexicanos: Una discusión sobre la psicología del bienestar subjetivo. *Enseñanza e Investigación em Psicologia*, 10 (2), 325-336.
- Associação Portuguesa dos Técnicos de Audiologia (2001). Deficiência auditiva (Folhetos SNR nº 39). Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Ballesteros, B. P., Medina, A. & Caycedo, C. (2006). El bienestar psicológico definido por asistentes a un servicio de consulta psicológica en Bogotá. *Universitas Psychologica*, 5 (2), 239-258.
- Baptista, J. A. (2008). *Os surdos na escola: a exclusão pela inclusão*. Vila Nova de Gaia: FML.
- Baptista, M. (2005). Implante coclear: a controvérsia na educação da criança surda pré-linguística. In: I. Sim-Sim. (org.). *A Criança Surda: Contributos para a sua educação* (pp.101-117). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Bisol, C. A., Simioni, J. & Sperb, T. (2008). Contribuições da Psicologia Brasileira para o Estudo da Surdez. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21 (3), 392-400.
- Blanco, A. & Díaz, D. (2005). El bienestar social: Su concepto y medición. *Psicothema*, 17 (4), 582-589.
- Bordwine, V. C. & Huebner, E. S. (2010). The Role of Coping in Mediating the Relationship Between Positive Affect and School Satisfaction in Adolescents. *Child Ind Res*, 3 (3), 349–366. doi: 10.1007/s12187-010-9063-5.
- Borges, A., Matos, M. G. & Diniz, J. A. (2011). Processo Adolescente e Saúde Positiva: Âmbitos Afectivo e Cognitivo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24 (2), 281-291.
- Calderon, R. & Greenberg M. (2003). Social and Emotional Development of Deaf Children: Family, School, and Program Effects. In M. Marschark & P.E. Spencer,

- (Eds.) *Deaf Studies, Language, and Education* (pp.177-189). New York: Oxford University Press.
- Cerqueira, S. (2009). *O bem-estar subjectivo e a prática desportiva em alunos com necessidades educativas especiais*. (Monografia de Licenciatura não publicada). Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, Porto.
- Coelho, M. & Ribeiro, J. (2000). Influência do suporte social e do coping sobre a percepção subjectiva de bem-estar em mulheres submetidas a cirurgia cardíaca. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1 (1), 79-87.
- Coelho, O. (2000). E depois da escola? Formação, autoformação e transição para a vida activa dos surdos em Portugal. In: R. Nunes (coord.). *Perspectivas na integração da pessoa surda* (pp.171-212). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Convertino, C. M., Marschark, M., Sapere, P., Sarchet, T., & Zupan, M. (2009). Predicting academic success among deaf college students. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 14, 324-343.
- Corrêa, J. M. (2001). *Surdez e os fatores que compõem o método áudio + visual de linguagem oral para crianças com perda auditiva*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Correia, L. M. (2004). Problematização das dificuldades de aprendizagem nas necessidades educativas especiais. *Análise Psicológica*, 2, 369-376.
- Correia, L. M. (2008). *Inclusão e Necessidades Educativas Especiais: Um guia para educadores e professores*. Coleção Necessidades Educativas Especiais. Porto: Porto Editora
- Coutinho, A. (2006). Representações sociais da leitura e da escrita na criança surda. In: M. Bispo, A. Couto, M. C. Clara & L. Clara (Coord.). *O Gesto e a Palavra I: Antologia de Textos sobre a Surdez* (pp. 151-189). Lisboa: Editorial Caminho.
- Cuadra, H. & Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: Hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12, (1), 83-96.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: An introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9 (1), 1-11.
- Decreto-Lei nº 3/2008 de 7 de Janeiro de 2008 (2008). Diário da República Iª Série – Nº 4. Ministério da Educação. Lisboa.
- Departamento da Educação Básica [DEB] (2002). *Alunos surdos severos e profundos: Compreensão da leitura no final do 1º Ciclo do Ensino Básico*. Lisboa: Ministério da Educação.

- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for national index. *American Psychologist*, 55 (1), 34-43.
- Diener, E., Lucas, R. E. & Scollon, C. N. (2006). Beyond the hedonic treadmill: revising the adaptation theory of well-being. *American Psychologist*, 4, 305-314.
- Diener, E. & Seligman, M. E. P. (2004). Beyond money: toward an economy of well-being. *Psychological Science in the Public Interest*, 5 (1), 1-31.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. & Smith, H. L. (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.
- Direcção-Geral da Inovação e de Desenvolvimento Curricular, [DGIDC], (2008). *Educação Especial. Manual de Apoio à Prática*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Direcção-Geral da Inovação e de Desenvolvimento Curricular, [DGIDC], (2009). *Educação bilingue de alunos surdos: Manual de apoio à prática*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Duarte, I. (2006). Igualdade de oportunidades na criança surda. In: M, Bispo, A. Couto, M.C. Clara & L. Clara (Coord.). *O Gesto e a Palavra I: Antologia de Textos sobre a Surdez* (pp. 257-274). Lisboa: Editorial Caminho.
- Erhart M. et. al., (2009). Measuring mental health and well-being of school-children in 15 European countries using the KIDSCREEN-10 index. *International Journal of Public Health*, 54, 160-166.
- Estanqueiro, P. (2006). Língua Gestual Portuguesa – uma opção ou um direito? O meio menos restritivo na educação de Surdos. In: M, Bispo, A. Couto, M.C. Clara & L. Clara (Coord.). *O Gesto e a Palavra I: Antologia de Textos sobre a Surdez* (pp. 191-220). Lisboa: Editorial Caminho.
- Fellinger, J., Holzinger, D., Sattel, H. & Laucht, M. (2008). Mental health and quality of life in deaf pupils. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17, 414-423.
- Ferreira, A. (2006). Subsídios para o estudo da história da educação de surdos em Portugal. In: M, Bispo, A. Couto, M.C. Clara & L. Clara (Coord.). *O Gesto e a Palavra I: Antologia de Textos sobre a Surdez*. (pp. 57-81). Lisboa: Editorial Caminho.
- Figueiras, T. P. (2009). *Bem-estar Subjectivo e a Prática Desportiva em adultos portugueses*. (Tese de Doutoramento não publicada). Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, Porto.

- Foster, S., Long, G., & Snell, K. (1999). Inclusive Instruction and Learning for Deaf Students in Postsecondary Education. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 4, 225-235.
- Fredrickson, B.L. (2000). Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. *Prevention & Treatment*, 3, (1). Retirado de <http://www.rickhanson.net/wp-content/files/papers/CultPosEmot.pdf>.
- Fredrickson, B.L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychological Association*, 56 (3), 218-226.
- Fredrickson, B. L. & Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science*, 13 (2), 172-175.
- Galinha, I. (2008). *Bem-estar subjetivo: Factores cognitivos, afetivos e contextuais*. Coimbra: Quarteto.
- Galinha, I. & Pais-Ribeiro, J. L. P. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjetivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6 (2), 203-214.
- García-Viniegras, C. R. V. & Benítez, I.G. (2000). La categoría bienestar psicológico: Su relación com outras categorías sociales. *Revista Cubana Med Gen Integr*, 16 (6), 586-592.
- Gaspar, T., Ribeiro, J. L.P., Matos, M. G., 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.
- Giacomoni, C. H. (2004). Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Temas de Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia*, 12, (1), 43-50.
- Gilman, R., Easterbrooks, S.R. & Frey, M. (2004). A Preliminary Study of Multidimensional Life Satisfaction Among Deaf/Hard of Hearing Youth Across Environmental Settings. *Social Indicators Research*, 66, 143-164.
- Gilman, R., & Huebner, S. (2003). A review of life satisfaction research with children and adolescents. *School Psychology Quarterly*, 18 (2), 195-205.
- Gilman, R. & Huebner, E. S. (2006). Characteristics of adolescents who report very high life satisfaction. *Journal of Youth and Adolescence*, 35 (3), 311–319.
- Gilman, R., Huebner, E. S. & Laughlin, J. E. (2000). A first study of the multidimensional life satisfaction scale with adolescents. *Social Indicators Research*, 52, 135-160.

- Gilman, R., Huebner, E. S., Tian, L., Park, N., O'Byrne, J., Schiff, M., Sverko, D. & Langknecht, H. (2008). Cross-National Adolescent Multidimensional Life Satisfaction Reports: Analyses of Mean Scores and Response Style Differences. *Journal Youth Adolescence*, 37, 142–154.
- Goldfeld, M. (2002). *A criança surda: linguagem e cognição numa perspectiva sociointeracionista*. São Paulo: Plexus Editora.
- Gomes, M. C. (2010). *Lugares e representações do outro: a surdez como diferença*. Porto: Livpsic.
- Gómez V., Posada, C. V., Barrera, F. & Cruz, J. E. (2007). Factores Predictores de Bienestar Subjetivo en una muestra Colombiana. *Revista Latino americana de Psicología*, 39 (2), 311-325.
- Gonçalves, C. (2003). Enquadramento familiar das pessoas com deficiência: Uma análise exploratória dos Censos 2001. *Revista de Estudos Demográficos*, (33), 69-94.
- Graaf, R. & Bijl, R.V. (2002). Determinants of Mental Distress in Adults With a Severe Auditory Impairment: Differences Between Prelingual and Postlingual Deafness. *Psychosomatic Medicine*, 64, 61-70.
- Hernández, P. (2006). Inteligencia emocional y moldes mentales en la explicación del bienestar subjetivo. *Ansiedad y Estrés*, 12, 439-462.
- Hindley, P. A., Hill, P. D., McGuigan, S. & Kitson, N. (1994). Psychiatric Disorder in Deaf and Hearing Impaired Children and Young People: A Prevalence Study. *J. Child Psychol Psychiatry*, 35(5), 917-934.
- Hintermair, M. (2006). Parental Resources, Parental Stress, and Socioemotional Development of Deaf and Hard of Hearing Children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 152 (4), 493-513.
- Huebner, E. S. (1994). Preliminary Development and Validation of a Multidimensional Life Satisfaction Scale for Children. *Psychological Assessment*, 6 (2), 149-158.
- Huebner, E. S., Antaramian, S. P., Hills, K. J., Lewis, A. D. & Saha, R. (2011). Stability and predictive validity of the Brief Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale. *Child Ind Res*, 4, 161–168. doi: 10.1007/s12187-010-9082-2
- Huebner, E. S., Seligson, J. L., Valois, R. F. & Suldo, S. M. (2006). A review of the brief multidimensional students' life satisfaction scale. *Social Indicators Research*, 79, 477-484. doi: 10.1007/s11205-005-5395-9

- International Bureau for Audiophonology, [BIAP], (2005). Retirado de <http://www.biap.org>. em 6 de Novembro, 2011.
- Jambor, E. & Elliot, M. (2005). Self-esteem and Coping Strategies among Deaf Students. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 10 (1), 63-81.
- Jiménez, R.R., Prado, F.R., Moreno, L.R. & Rivas, A.M.B. O deficiente auditivo na escola. In: Bautista, R. (coord.) (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. (pp. 350-375) Lisboa: Dinalivro.
- Jokinen, M. (2006). Os utilizadores da Língua Gestual e a Comunidade Surda. In: M, Bispo, A. Couto, M. C. Clara & L. Clara (Coord.). *O Gesto e a Palavra I: Antologia de Textos sobre a Surdez*. (pp. 83-108). Lisboa: Editorial Caminho.
- Keyes, C. L. (2006). Subjective well-being in mental health and human development research worldwide: An introduction. *Social Indicators Research*, 77, 1-10.
- Keyes, C., L. M., Shmotkin, D. & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82 (6), 1007-1022.
- King, A. L.D., Huebner, S., Suldo, S. M. & Valois, R. F. (2006). An Ecological View of School Satisfaction in Adolescence: Linkages Between Social Support and Behavior Problems. *Applied Research in Quality of Life*, 1, 279-295. doi:10.1007/s11482-007-9021-7.
- Lang, H. G. (2002). Higher Education for Deaf Students: Research Priorities in the New Millennium. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 7, 267-280.
- Lanza, S. T., Rhoades, B. L., Nix, R. L. & Greenberg, M. T. (2010). Modeling the interplay of multilevel risk factors for future academic and behavior problems: A person-centered approach. *Development and Psychopathology*, 22, 313-33. doi:10.1017/S0954579410000088.
- Leigh, I. W. & Pollard, Jr., R. Q. (2003). Mental Health and Deaf Adults. In M. Marschark & P.E. Spencer, (Eds.) *Deaf Studies, Language, and Education* (203-215). New York: Oxford University Press.
- Lewis, A. D., Huebner, E. S., Malone, P. S. & Valois, R. F. (2011). Life Satisfaction and Student Engagement in Adolescents. *J Youth Adolescence*, 40, 249-262.
- Lourenço, L. (2005). A aprendizagem da compreensão de leitura. In: I. Sim-Sim (org.). *A Criança Surda: Contributos para a sua educação* (pp.49-62). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing Happiness: The Architecture of Sustainable Change. *Review of General Psychology*, 2, 111-131.
- Machado, M. (1983). A criança deficiente auditiva. In: C. S. Moreno (Eds.). *Upa, upa, vamos!: histórias de um quotidiano* (pp.13-33). Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.
- Maller, S. J. (2003). Intellectual assessment of deaf people: A critical review of core concepts and issues. In M. Marschark & P.E. Spencer, (Eds.) *Deaf Studies, Language, and Education* (451-463). New York: Oxford University Press.
- Marschark, M., Lang, H. G. & Albertini, J. A. (2002). *Educating deaf students: From research to practice*. New York: Oxford University Press.
- McCain, K. G. & Antia, S. D. (2005). Academic and social status of hearing, deaf, and hard of hearing students participating in a co-enrolled classroom communication disorders quarterly, 27 (1), 20–32.
- Mindel, E. D. & Vernon, M. (1987). *The Grow in Silence: Understanding Deaf Children and Adults*. Texas: Proed.
- Nielsen, L. B. (1999). *Necessidades educativas especiais na sala de aula: um guia para professores*. Porto: Porto Editora.
- Novo, R. F. (2005). Bem-Estar e Psicologia: Conceitos e Propostas de Avaliação. *RIDEP*, 20 (2), 183-203.
- Nunes, R. (2000). Selecção de doentes para o implante de ouvido médio. In: R. Nunes (coord.) *Perspectivas na integração da pessoa surda* (pp.81-97). Coimbra: Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Nunes, R., Ricou, M., Antunes, A. & Melo, H. (2000). In: R. Nunes, (coord.) *Perspectivas na integração da pessoa surda* (pp.149-169). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Nunes, T., Pretzlik, U. & Olsson, J. (2001). Deaf children's social relationship in mainstream schools. *Journal of Deaf Education International*, 3, 123-136.
- Ochsner, R. N. & Gross, J.J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends in Cognitive Sciences*, 9 (5), 242-249.
- Oishi, S., Diener, E. & Lucas, R. E. (2007). The Optimum Level of Well-Being: Can People be too Happy? *Perspectives on Psychological Science*, 2 (4), 346-360.
- Omar, A., Paris, L., Sousa, M. A., Silva, S.H.A. & Peña, R. P. (2009). Validación del inventario de bienestar subjetivo con muestras de jóvenes y adolescentes argentinos, brasileiros y mexicanos. *Suma Psicológica*, 16 (2), 69-84.

- Organização Mundial da Saúde (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* [CIF]. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde, [OMS], (1948). Retirado de <http://www.who.int/en> em 5 de Novembro, 2011.
- Paciornik, R. (2010). *A vida das palavras e suas ações de linguagem. Narrativas de mães de crianças surdas*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba.
- Paul, P. V. (2003). Processes and Components of Reading. In M. Marschark & P.E. Spencer, (Eds.) *Deaf Studies, Language, and Education* (97-109). New York: Oxford University Press.
- Pavot, W. & Diener, E. (1993). Review of Satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, 5 (2), 164-172.
- Pedro, I. C. S., Rocha, S. M. M. & Nascimento, L. C. (2008). Apoio e rede social em enfermagem familiar: revendo conceitos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 16 (2). Retirado de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt\\_24.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt_24.pdf).
- Pestana, I., Lénia, C., & Silva, C. (2009). Práticas inclusivas dos professores do 1º ciclo do ensino básico e a sua formação para a integração dos alunos com N.E.E. In: *Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicologia* (pp.4918-4929). Braga: Universidade do Minho. Retirado de <http://www.educacion.udc.es/grupos/gipdae/congreso/Xcongreso/pdfs/t10/t10c367.pdf>
- Quevedo, R. J. M. & Abella, M. C. (2010). El papel del optimismo y del apoyo social en el bienestar subjetivo. *Salud Mental*, 33 (1), 39-46.
- Ramos, M. (2001). *Desafiar o desafio: prevenção do stress no trabalho*. Lisboa: Editora RH.
- Ramos, P., Moreno, C., Rivera, F. & Pérez, P. J. (2010). Integrated analyses of the health and social inequalities of Spanish adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, 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. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 154-163.
- Rebelo, A. (2002). Comunicação e locus social da criança surda. *Análise Psicológica*, 3, 379-388.

- Remédios, C. I. F. R. N. (2010). *O bem-estar psicológico e as competências pessoais e sociais na adolescência*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Resende, M. C. & Gouveia, V. V. (2011). Qualidade de Vida em Adultos com Deficiência Física. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24 (1), 99-106.
- Ribeiro, J. L. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (17), 547-558.
- Richardson, J. T. E., Long, G. L. & Foster, S. B. (2004). Academic Engagement in Students with a Hearing Loss in Distance Education. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 9, 68-85.
- Ricou, M. (2006). Psicologia e surdez. In: M. Bispo, A. Couto, M. C. Clara & L. Clara (Coord). *O Gesto e a Palavra I: Antologia de Textos sobre a Surdez* (pp. 275-312). Lisboa: Editorial Caminho.
- Rodrigues, A., F. & Pires, A. (2002). Surdez infantil e comportamento parental. *Análise Psicológica*, 3, 389-400.
- Rodríguez-Carvajal, R., Méndez, D. D., Moreno-Jiménez, B., Abarca, A. B. & Van Dierendonck, D. (2010). Vitalidad y recursos internos como componentes del constructo de bienestar psicológico. *Psicothema*, 22 (1), 63-70.
- Rodrigues, M. (2000). Reabilitação auditiva: questões éticas. In: R. Nunes (coord.). *Perspectivas na integração da pessoa surda* (pp.15-19). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Rodrigues, P. (2000). Surdez infantil: rastreio e perspectivas médicas. In: R. Nunes (coord.). *Perspectivas na integração da pessoa surda* (pp.21-80). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Ruela, A. (2000). *O aluno surdo na escola regular: a importância do contexto familiar e escolar*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Sanches, I. & Teodoro, A. (2006). Da integração à inclusão escolar: cruzando perspectivas e conceitos. *Revista Lusófona de Educação*, 8, 63-83.
- Santos, C. S., Ribeiro, J. & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da escala de suporte social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4 (2), 185-204.

- Santos, L. (2005). A Educação social da criança surda. In: I. Sim-Sim (org.). *A Criança Surda: Contributos para a sua educação* (pp.65-75). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Santos, T. (2008). *Qualidade de Vida em Crianças: Factores Pessoais e Sociais Promotores da Qualidade de Vida*. (Tese de Doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.
- Sheehy, K. & Nind, M. (2005). Emotional well-being for all: mental health and people with profound and multiple learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 33, 34-38.
- Silva, E. N. (2009). Coping e Dimensões Afetivas do Bem-estar Subjectivo: Um estudo com Trabalhadores da Educação. (Tese de Mestrado não publicada). Universidade Católica de Goiás, Goiânia.
- Silva, F. (2005). Desenvolvimento sócio-emocional e surdez: alguns contributos da investigação. In: I. Sim-Sim (org.). *A Criança Surda: Contributos para a sua educação* (pp.77-97). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Simões, C., Matos, M. G., Tomé, G. & Ferreira, M. (2010). Can school assets moderate the impact of school satisfaction and school achievement on goals and aspirations in adolescents with special needs? *Journal of child and adolescent Psychology*, 1, 81-99.
- Siqueira, A., Betts, M., & Dell'Aglio, D. (2006). A Rede de Apoio Social e Afetivo de Adolescentes Institucionalizados no Sul do Brasil. *Revista Interamericana de Psicologia*, 40 (2), 149-158.
- Siqueira, M. M. M. & Padovam, V. A. R. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24 (2), 201, 209.
- Smith-Olinde, L., Grosse, S.D., Olinde, F., Martin, P.F. & Tilford, J.M. (2008). Health state preference scores for children with permanent childhood hearing loss: a comparative analysis of the QWB and HUI3. *Qual Life Res*, 17 (6), 943-953. doi: 10.1007/s11136-008-9358-x
- Spínola, S. & Spínola, S. (2009). Surdez: uma definição, várias perspectivas. *Revista Diversidades*, 25, 4-6.

- Stinson, M. S. & Antia, S. D. (1999). Considerations in Educating Deaf and Hard-of-Hearing Students in Inclusive Settings. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 4(3), 163-175.
- Suh, E., Diener, E. & Fujita, F. (1996). Events and subjective well-being: Only recent events matter. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70 (5), 1091-1102.
- Tambs, K. (2004). Moderate Effects of Hearing Loss on Mental Health and Subjective Well-Being: Results From the Nord-Trøndelag Hearing Loss Study. *Psychosomatic Medicine*, 66 (5), 776 – 782.
- Wadman, R., Durkin, K. & Conti-Ramsden, G. (2011). Social stress in young people with specific language impairment. *Journal of Adolescence*, 34 (3), 421-431.
- Wake, M., Hughes, E. K., Collins, C. M. & Poulakis, Z. (2004). Parent-Reported Health-Related Quality of Life in Children With Congenital Hearing Loss: A Population Study. *Ambulatory Pediatrics*, 4 (5), 411-417.
- Watson, D., Clark, L. A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (6), 1063-1070.
- Zanini, D. S., Verolla-Moura, A. & Queiroz, I. P. A. R. (2009). Apoio social: aspectos da validade de constructo em estudantes universitários. *Psicol. estud.*, 14 (1), 195-202. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722009000100023>.