



Universidades Lusíada

Figueiredo, Flora Alexandra Mesquita

Bem-estar subjectivo em alunos com perturbação de hiperatividade e défice de atenção

<http://hdl.handle.net/11067/2079>

Metadados

Data de Publicação	2012
Resumo	Estudos atuais definem o bem-estar subjetivo como um fenómeno que inclui um conjunto de indicadores de respostas emocionais, domínios de satisfação e os julgamentos globais de satisfação de vida. O objetivo deste estudo foi avaliar diversos indicadores de bem-estar subjetivo (satisfação com a vida, satisfação com suporte social, qualidade de vida e tonalidade emocional) em alunos com Perturbação de hiperatividade e défice de Atenção. Participaram neste estudo 371 alunos, 16 com Perturbação hiper...
Palavras Chave	Educação Especial, Necessidades Educativas Especiais, Distúrbio de Hiperactividade com Défice de Atenção, Vida cognitiva, Teste Psicológico, Escala breve de satisfação com a vida (EBVS), Escala de satisfação com o suporte social (ESSS), Escala de tonalidade emocional (ETE), Escala breve de saúde mental, Psicologia
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULP-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T07:17:21Z com informação proveniente do Repositório

**“As crianças que têm necessidades extraordinárias,
têm necessidade de encontrar no seu caminho
pessoas extraordinárias.”**

(Guy Falardeau, 1999)

Agradecimentos

Este trabalho sendo uma experiência essencialmente acadêmica, foi capaz de marcar a minha vida de maneira decisiva, em todos os âmbitos: afetivo, familiar e profissional. Produzir um trabalho desta natureza é uma tarefa repleta de contradições que implica certezas e dúvidas, ganhos e perdas, alegrias e receios.

...Congratulo-me por ter encontrado pessoas especiais que contribuíram para que fosse possível concluir este empreendimento.

...Agradeço ao meu Orientador, Prof ° Dr Paulo Moreira, pelo apoio e estímulo para a concretização de mais esta etapa e em especial, pela sua parceria e por compartilhar meu sonho de vivenciar outras realidades de pesquisa e estudo.

...Agradeço ao Doutor João Tiago Oliveira pela sua disponibilidade e apoio incondicional.

... Agradeço a todas essas pessoas a oportunidade de ter aprendido algo com elas e de me terem prestado o apoio nas horas que dele mais precisava. Deram-me alento para não desanimar e prosseguir.

... Agradeço aos meus pais, Maria Amelia Coutinho Mesquita ao meu falecido pai que não está presente mas que eu sei que deu muita força ao meu irmão Gil Figueiredo.

... Agradeço aos meus amigo(a)s, Maria Deus Mestre que apoiou sempre em todos os momentos, ao meu Amigo José A. Moreira, e às minhas colegas e amigas com quem me cruzei nesta trajetória que de alguma maneira me apoiaram, com incentivos, informações, sugestões e principalmente com amizade e companheirismo.

... Aos participantes, em exercício de funções, que de boa vontade corresponderam ao meu apelo e aceitaram fazer parte deste estudo, colaborando no preenchimento dos questionários e tornando possível a realização deste trabalho.

A todos muito Obrigada...

Índice

Agradecimentos	ii
Índice	iii
Índice de Quadros	v
Índice de Figuras	v
Índice de Tabelas	v
Lista de Abreviaturas	vi
Resumo	vii
Abstract.....	viii
1-Introdução	1
1.1. Breve Evolução do estudo do Bem estar Subjetivo	1
1.1.1. Bem – Estar Subjetivo.....	3
1.1.2. Componentes do Bem Estar Subjetivo.....	14
1.1.3. Satisfação com a vida	16
1.1.4. Tonalidade emocional	19
1.1.5. Suporte Social	21
1.1.6. Saúde Mental	23
1.2. Organização e funcionamento do bem-estar subjetivo	25
1.2.2. Modelo de Lent	25
1.2.2.1.Modelo Hedonic Treadmill.....	27
1.2.2.2. Modelo Bottom-Up e Top Down	28
1.2.2.2.1. Teoria Bottom-Up.....	28

1.2.2.2.2. Teoria Top-Down	29
1.3. Definição de Hiperatividade.....	31
1.3.1. Conceito de Atenção e Impulsividade.....	33
1.3.2- Características de acordo com DSM-IV-TR.....	37
1.3.3. Problemas Associados	38
1.3.4. Prevalência da Perturbação Hiperatividade com Déficit de Atenção	42
1.3.4.1. Etiologia.....	42
1.3.4.2. Fatores Ambientais.....	43
1.3.4.3. Neurobiologia	44
1.3.4.4. Fatores Pré e Peri Natais.....	45
1.4. Perturbação Hiperatividade Déficit de Atenção integrada nas NEE	46
1.5. Bem-Estar Subjetivo em indivíduos com PHDA.....	51
2. Objetivo e hipóteses do estudo	55
3. Metodologia.....	56
3.1. Participantes	56
3.2. Instrumentos.....	58
3.3. Procedimentos.....	60
3.3.1. Recolha de dados	60
3.3.2. Análise de dados	61
4. Resultados.....	62
5. Discussão dos resultados	66
6. Referências bibliográficas	74

Índice de Quadros

Quadro 1 – Síntese das características distintivas do bem-estar subjetivo e do bem-estar psicológico.....	12
Quadro 2 – Componentes do bem-estar subjetivo.....	16

Índice de Figuras

Figura 1: Componentes do Suporte Social	22
Figura 2: Modelo de Bem-Estar de Lent	26

Índice de Tabelas

Tabela 1. Distribuição da amostra por género	57
Tabela 2. Média e desvio padrão da idade no grupo total e por género de alunos com Perturbação de Hiperatividade e défice de atenção	57
Tabela 3. Média e desvio padrão da idade no grupo total e por género de alunos sem Perturbação de Hiperatividade e défice de atenção	57
Tabela 4. Média e desvio padrão das dimensões do bem-estar subjetivo de alunos com e sem Hiperatividade e défice de atenção	62
Tabela 5. Teste de <i>Mann-Whitney</i> para diferença de médias entre alunos com e sem Perturbação de Hiperatividade e défice de atenção	63

Lista de Abreviaturas

APA	American Psychological Association
BES	Bem – Estar Subjetivo
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
CID-10	Classificação de transtornos mentais e de comportamento
DSM–IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental
EBSV	Escala breve de satisfação com a vida
ESSS	Escala breve de satisfação com o suporte social
ETE	Escala de tonalidade emocional
KIDS	Escala breve de saúde mental
NEE	Necessidades Educativas Especiais
OMS	Organização Mundial de Saúde
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

Resumo

Estudos atuais definem o bem-estar subjetivo como um fenómeno que inclui um conjunto de indicadores de respostas emocionais, domínios de satisfação e os julgamentos globais de satisfação de vida. O objetivo deste estudo foi avaliar diversos indicadores de bem-estar subjetivo (satisfação com a vida, satisfação com suporte social, qualidade de vida e tonalidade emocional) em alunos com Perturbação de hiperatividade e défice de Atenção. Participaram neste estudo 371 alunos, 16 com Perturbação hiperatividade e défice de atenção e 355 sem necessidades educativas especiais. Os resultados demonstram que os alunos com PHDA possuem índices menores de bem-estar subjetivo, incluindo uma tonalidade emocional mais negativa, uma menor satisfação com a vida, índices mais baixos de qualidade de vida, mas estão mais satisfeitos com o suporte social global. Estes resultados são congruentes com outros estudos, juntando-se às evidências de que crianças e adolescentes com necessidades educativas especiais apresentam níveis mais baixos de bem-estar subjetivo.

Palavras-chave: adolescentes; perturbação de hiperatividade com défice de atenção; bem-estar subjetivo

Abstract

Recent studies define subjective wellbeing as a phenomenon that encompasses people's emotional responses, satisfaction domains and global judgment of satisfaction in life. The aim of this study was to evaluate several indicators of subjective wellbeing (life satisfaction, satisfaction with social support, quality of life and affect) in students with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Participated in this study 371 students, 16 with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and 355 without any special education needs. The results showed that students with ADHD have lower indicators of subjective well-being, including more negative affect, lower satisfaction with life, lower quality of life, but higher levels of satisfaction with social support. These results are congruent with other studies, showing that children and adolescents with special education needs register lower levels of subjective well-being.

Keywords: adolescents; Attention Deficit Hyperactivity Disorder; subjective well-being

1. Introdução

1.1- Breve evolução do estudo do Bem Estar Subjetivo

A história do bem -subjetivo é recente e tem suscitado muito interesse nas vertentes da Psicologia tem vindo a reforçar sua identidade.

Desde a antiguidade clássica que os filósofos procuram compreender a essência de uma vida feliz, não surpreendendo que a investigação em ciências humanas se centre nestes temas contribuindo para a promoção de vidas e sociedades e bem-estar.

Desde a filosofia grega, pensadores ocidentais mostraram-se interessados em compreender a “Felicidade” (Diener,1994).

A história do bem- estar tem sido alvo de muitos estudos, segundo (Diener,1984, cit in Gonçalves,2008) salienta que o investigador Wilson mais de setecentos estudos foram publicados e o progresso proporcionou-se desde daí, permitiu a definição e a medição de felicidade pois para compreensão científica deste construo é essencial a sua medição, ajuda a simplificar as definições dos componentes do Bem- estar subjetivo.

A primeira revisão sobre o BES realizada por Wilson em (1967, p.294) num estudo intitulado “Correlatos de Felicidade Declarada” este autor concluiu que entre pessoas felizes incluíam-se as que eram “ *...jovens, com boa educação, bons salários, extrovertidos, otimistas, despreocupadas, com religiosidade, casadas, elevada auto-estima, moral no trabalho, aspirações modestas, de ambos géneros e que detinham diversificados níveis de inteligência*”. Segundo Diener, Suh, Lucas &Smitj,1999, cit in Siqueira& Padovam, 2008) estes autores dizem que o esforço dos pesquisadores esta orientado para busca da compreensão do processo que sustenta a felicidade. O mesmo autor, (Wilson em 1984 cit in Pais Ribeiro,2005), fez revisão da literatura e segundo este a literatura sobre o bem -estar refere-se principalmente, à explicação de como e porquê as pessoas têm experiencia de vida

de forma positiva, estando incluída uma avaliação cognitiva e reações afetivas, sendo uma perspetiva apoiada por outros investigadores.

Na década de 60 o termo Bem-Estar esteve, inicialmente, associado aos estudos da economia e tinha outro significado, o de Bem-Estar Material os economistas identificavam o Bem-Estar com o rendimento.

Por volta dos anos 60, o conceito transcendeu a dimensão de Bem - Estar Económico e assumiu uma dimensão global, de Bem-Estar na vida como um todo, valorizando mais as outras dimensões da vida dos indivíduos (Novo, 2003). Entre década de 60 e 80, (Andrews e Robinson 1991 cit in Galinha & Ribeiro, 2005) fizeram 12 grandes estudos nacionais sobre o bem estar subjetivo. Nestes estudos conseguiram identificar um nível médio de bem estar subjetivo testado pela população em função dos grupos definidos.

Por volta dos anos 80, a abrangência do conceito do bem estar, e a quantidade de investigação produzida, resultou numa crise no conceito e numa subdivisão em bem estar psicológico e subjetivo (Galinha & Ribeiro,2005).

Houve uma subdivisão que conduziu à separação das duas perspetivas do bem estar – subjetivo e psicológico. O bem estar subjetivo forma um campo e integra as dimensões de afeto e satisfação com a vida, e o bem estar psicológico integra conceitos de auto- aceitação, autonomia, controlo sobre o meio, relações positivas e propósito na vida e desenvolvimento da pessoa (Novo,2003 cit in Galinha. & Ribeiro, 2005).

Gill e Feinstein (1994) definem o BES como um estudo científico da felicidade, ou seja, o que causa, o que a destrói e quem tem. “Felicidade” expressa os seus componentes afetivos, alguns deles utilizados no senso comum, sendo sinónimos de felicidade e bem estar, sendo a “qualidade de vida” um exemplo.

Estudos atuais continuam a pretender e a demonstrar a importância da consistência do conceito. Depois de alguma crise nesta definição do BES, chegou a um consenso, o conceito é composto por uma dimensão cognitiva em termos globais ou específicos.

Finalmente definem o BES como um conceito de importância crescente no mundo, em que as pessoas vivem as suas vidas por elas próprias sentindo-se preenchidas dentro dos seus próprios critérios.

O BES, atualmente, considera-se um campo de estudo em expansão.

1.1.1 - Bem-Estar Subjetivo

O bem-estar subjetivo é um conceito que diz respeito a como e porque é que as pessoas avaliam suas vidas positivamente. Também é considerada a avaliação subjetiva da qualidade de vida (Diener, 1996 cit. in Giacomoni, 2004).

De um modo geral, pode-se considerar que bem-estar engloba o “funcionamento psicológico ótimo” do indivíduo (Ryan & Deci, 2008), no entanto, ao longo da investigação deste constructo tem sido controversa a definição do que é uma experiência ótima ou uma boa vida.

O bem-estar reflete até que ponto uma sociedade satisfaz as necessidades humanas, tem vindo a levar ao desenvolvimento de diversos estudos sobre o bem-estar com o intuito de avaliar a performance das sociedades.

Diferentes abordagens vêm investigando a qualidade de vida das pessoas ao longo do tempo. A Economia avalia a qualidade de vida das sociedades através da quantidade de bens, mercadorias e serviços que são produzidos pelas comunidades. Já os cientistas sociais adicionam à avaliação objetiva da Economia indicadores sociais importantes como: baixas taxas de crime, expectativa de vida, respeito pelos direitos humanos e distribuição equitativa

dos recursos. Uma terceira abordagem de definição e avaliação da qualidade de vida é o bem-estar subjetivo.

Desde a filosofia grega, que pensadores ocidentais tem estados interessados em compreender a “Felicidade” Depois pouco foi avançando cientificamente até poucas épocas atrás. Só em (1967 Warner Wilson pág. 194) foi um dos primeiros pesquisadores da área do BES este autor afirmou que as pessoas mais felizes eram as que possuíam mais vantagens.

Baseado nos seus resultados apresentou uma definição de uma pessoa feliz “*como sendo um jovem saudável bem educado, bem remunerado, extrovertido, otimista, livre de preocupações, religioso, casado, com alta estima, com moral trabalhadora, com aspirações modestas de qualquer sexo e inteligente*”. Só a partir da década de 70 cientistas sociais e do comportamento é que estudaram e a pesquisar mais profundamente e de forma sistemática a felicidade, cientificamente nomeada de bem estar subjetivo.

Definindo o bem estar segundo (Quevedo & Abella 2010) o Bem estar tem sido definido como tendência mundial a experiencia de vida de uma maneira agradável. Tem sido demonstrado que o bem estar é determinado, de alguma forma pelo otimismo e apoio social. No entanto, tem havido muita pouca pesquisa para analisar diferentes medidas do bem estar. O BES tem sido definido como uma tendência mundial a experiencia de vida de uma maneira agradável.

O bem - Estar é um conceito complexo, aproximando-se de uma interpretação positiva da saúde integral do todo o ser humano, que se insere em diversas dimensões, subjetivas, psicológicas e sociais (Diener, 1984 e WHO,1948, Ryff,1989, Keyes,1998, cit in Pinto & Picado,2011),que se remetem para um caminho de estudo mais alargado abrangendo domínios como a satisfação com a vida, como os afetos, o funcionamento psicológico, social positivo e a qualidade de vida do ser humano.

A OMS desde a sua constituição, tem entendido a saúde como um extenso campo do bem estar, abrangendo as diferentes dimensões da vida do indivíduo, no bem estar físico mental e social completo (WHO, 1948 cit in Silva, Matos & Diniz, 2010)

Na literatura o BES trata de como e porque as pessoas experimentam a sua vida de forma positiva, incluindo tanto juízos cognitivos como relações afetivas (Diener, 1994,) o BES insere-se dentro de um marco fundamentalmente emocional tomando diversas denominações: felicidade (Argyle, 1992 & Fierro 2000) satisfação com a vida Veenhoven, 1994 e afetos positivos e negativos Bradburn, 1969 cit in Blanco e Díaz, 2005).

Relativamente ao bem-estar subjetivo é uma área da psicologia que tem crescido muito ultimamente, estudos que têm utilizado as mais diversas nomeações, tais como: felicidade, satisfação, estado de espírito e afeto positivo. De uma forma mais ampla, pode-se dizer que o tema foca como as pessoas avaliam suas vidas (Diener, 1996, cit in Giacomoni, 2004).

Segundo(Diener, 1996 cit. in Giacomoni, 2004) o bem-estar subjetivo é um conceito que diz respeito a como e porque é que as pessoas avaliam suas vidas positivamente. Também é considerada a avaliação subjetiva da qualidade de vida.

Mais especificamente, este construto diz respeito a como e por que as pessoas experienciam suas vidas positivamente. Também é considerada a avaliação subjetiva da qualidade de vida.

Bem-estar subjetivo é usado para descrever o nível de bem-estar que as pessoas experienciam, a partir das avaliações subjetivas que fazem da sua própria vida. Estas avaliações podem ser positivas e negativas, podem incluir julgamentos e sentimentos relacionados com a satisfação com a própria vida, em domínios como o trabalho, as relações, a saúde, eventos positivos ou negativos (Diener & Ryan, 2009).

Pesquisadores do BES acreditam que os indicadores sociais sozinhos não são suficientes para definir a qualidade de vida (Diener e Suh, 1997), pois as pessoas tendem a reagir de

forma diferente mesmo quando expostas a circunstâncias semelhantes, e isto ocorre porque as avaliações são baseadas nas expectativas, valores e experiências anteriores próprias de cada sujeito. Apesar das estatísticas de violência e nível de salários serem relevantes para se discutir a qualidade de vida, os elementos subjetivos são essenciais (Diener, Suh, Lucas e Smith, 1999).

Segundo Diener (1984), em geral, o bem-estar subjetivo inclui variáveis como satisfação de vida, satisfação marital, ausência de afetos negativos e presença de afetos positivos. Segundo ele, o BES possui três características marcantes:

- A primeira é, obviamente, a subjetividade, já que condições objetivas como saúde ou riqueza, embora potenciais para o bem-estar, não são do campo da experiência subjetiva.
- A segunda característica é o fato de que o BES inclui necessariamente a presença de afetos positivos, como alegria, prazer e otimismo, não sendo apenas uma ausência de afetos negativos.
- A terceira é que as medidas de BES incluem uma avaliação global de todos os aspectos da vida de uma pessoa.

Desta forma, mesmo que as influências de um certo domínio possam ser priorizadas, a ênfase é normalmente baseada no julgamento integrado de vários aspectos ao longo da vida da pessoa (Lucas, Diener e Suh, 1996).

Segundo (Diener, 1984, Suh e Oishi, 1997, Lucas & Smith, 1999, cit in Giacomoni, 2002) estes autores dizem que BES é uma avaliação, tanto cognitiva quanto emocional da próprias existência. Sendo que quando dizemos que uma pessoa possui alto BES estamos a referir de que ela esta experienciando satisfação de vida e frequentes emoções de contentamento, alegria e infrequentes emoções como tristeza e raiva. Assim, uma pessoa

possui baixo BES quando não esta satisfeita com a vida e frequentemente sente emoções negativas como a raiva ou ansiedade.

O BES procura compreender a avaliação que as pessoas fazem de suas vidas. Tendo como objeto de interesse a nível das ciências sociais, como uma avaliação subjetiva da qualidade de vida (Albuquerque & Troccoli, 2004).

Segundo (Diener 1994 cit in Gómez, Villegas, Barrera & Cruz, 2007) as características mais relevantes do bem estar são em primeiro lugar um juízo pessoal, em segundo lugar incluem medidas positivas e em terceiro lugar que as medidas do bem estar incluem uma evolução global da vida da pessoa (Lyubomirsky 2001 Cit in Gómez, Villegas, Barrera & Cruz, 2007) afirma que processos cognitivos e motivacionais moderam as relações entre as condicionantes objetivas as variáveis demográficas e eventos da vida de um lado e do outro.

Segundo (Diener e Fujita,1995 cit in Hernández 2006) existem muitos estudos que confirmam que BES é explicado em grandes parte por traços de personalidade tais como a auto aceitação.

Diener e Lucas (2000) identificam o BES como sendo a avaliação cognitiva e afetiva que os indivíduos fazem da sua vida. Esta ultima relaciona-se com felicidade e a avaliação cognitiva refere-se à satisfação com a vida. Estes construtos são essenciais para definição do BES, refletindo os valores das pessoas e o reconhecimento que pensam ser importantes nas suas vidas. (Pavot e Diener, 1993, cit in,Gilman, Huebner & Laughlin,2000) O modelo do BES concetualiza o construto sendo constituído por uma componente afetiva, componente cognitiva, denominada satisfação da vida. A componente afetiva é facilmente influenciável pelos estados físicos (dor, doença). A satisfação da vida refere-se à percepção geral do individuo com a sua vida. A perspetiva de um indivíduo acerca da vida, é maioritariamente baseada em referências cognitivas do que em reações com

carater emotivo a curto- prazo (Pavot e Diener,1999, cit in ,Gilman, Huebner & Laughilin,2000) assim, a satisfação de vida é considerada como sendo mais estável face a componente afetiva sendo tida como um indicador chave do BES.

Para (Novo, 2003, cit in Pinto, 2009), o BES é definido como um domínio do bem-estar global do individuo, avaliado a partir da satisfação da vida e da felicidade, esta é um combinar a frequência e a intensidade das emoções agradáveis. Segundo (Galinha,2008, cit in Pinto, 2009), diz que as pessoas consideradas mais felizes são aquelas que são mais intensamente felizes na maior parte do tempo tendo um nível elevado do BES quando de verifica preponderância do afeto positivo sobre o afeto negativo.

O BES refere-se a uma avaliação subjetiva que pessoa faz da sua vida, ou seja se é desejável, agradável e boa. Soma reações cognitivas, emocionais que a pessoa experiencia quando compara o que fez na sua vida com as suas necessidades e expetativas (Diener,2009,Bartels,Galinha & Pais- Ribeiro, 2009 cit in Dinis, 2011)

Já para (Diener e Lucas,2000, cit in Siqueira & Padovam, 2008), o BES constitui um conceito que requer auto-avaliação, ou seja, só pode ser observado pelo próprio individuo e não por indicadores externos escolhidos e definidos por terceiros. Sendo assim cada pessoa avalia sua própria vida aplicando conceções subjetivas, apoiando nas suas próprias expetativas, valores, emoções e experiencias.

Estas conceções subjetivas estão organizadas em pensamentos e sentimentos sobre a existência individual, de acordo com componentes positivos. Então podemos considerar que o BES é um sentimento subjetivo padronizado pelo próprio individuo, ou seja o BES para uns pode ser o desempenho profissional, para outros pode ser relação com família e amigos, para outros pode referir-se à riqueza, prestígio e poder pessoal, para outros pode ser somente a saúde, ter o suficiente as necessidades básicas do quotidiano e por fim pode ser as condições para atingir a sua realização pessoal.

Para (Albuquerque e Lima, 2007, cit in Pinto 2009) o BES é uma entidade multidimensional que se inclui numa componente cognitiva, relativa a juízos sobre a satisfação com a vida componente afetiva que remete para reações emocionais, sejam elas positivas sejam negativas estando de acordo com juízos estabelecidos pelos próprios indivíduos, dado que pessoas reagem diferentemente perante situações semelhantes, de acordo com as suas expetativas, valores e experiencias de vida.

Segundo (Sirgy, 2002) “ define o Bem-Estar Subjetivo como um estado afetivo duradouro (de longo termo) que é composto por três componentes: a experiência acumulada de Afeto Positivo em domínios da vida salientes; e avaliação da Satisfação com a Vida global ou em domínios da vida importantes”.

Em conclusão o Bem-Estar Subjetivo é um conceito muito importante, em que se espera que as pessoas vivam as suas vidas de modo a que elas próprias se sintam preenchidas, segundo os seus próprios critérios e os seus objetivos de vida.

Nos últimos anos tem havido um crescente interesse na identificação de fatores que afetam o bem estar do individuo. Assim Segundo (Quevedo & Abella,2010). O BES tem sido entendido como uma busca de prazer imediato e que pode ser definida como sentido de que a vida esta desenrolando de acordo com objetivos, crenças, valores, desejos, dando-lhe sensações de tranquilidade interior.

Segundo (Novo 2003, cit in Galinha & Ribeiro, 2005) o bem estar subjetivo forma um campo de estudo que e integra as dimensões de afeto e satisfação com a vida, e o bem estar psicológico integra os conceitos de auto - aceitação, autonomia, controlo do meio, relações positivas na vida e no desenvolvimento da pessoa.

Gill e Feinstein (1994) dizem que o bem estar subjetivo como sendo um estudo científico da felicidade – o que causa, o que a destrói e quem a tem. A palavra que usamos sobre a “felicidade” expressa componentes afetivos. Alguns conceitos são por vezes

utilizados, no senso comum, como sendo sinónimos de felicidade e bem-estar, sendo a “qualidade de vida” um exemplo.

Estudos relativamente sobre o bem-estar subjetivo desenvolvem-se em paralelo e, muitas vezes, em articulação com os conceitos do bem - estar psicológico no seio de um campo ainda maior que é o da saúde em geral o da saúde mental. O bem estar subjetivo é uma área da psicologia que tem crescido ultimamente, englobando estudos que têm utilizando as mais diversas nomeações, como: Felicidade, satisfação, estado de espírito e afeto positivo. De uma forma mais ampla, pode -se dizer que o tema se centra na avaliação em que as pessoas fazem a acerca das suas vidas (Diener,1996).

Segundo (Ryan e Deci 2001 cit in Pinto, 2009), existem as definições sobre o bem-estar que podem ser organizadas em duas perspetivas, uma que aborda o estado subjetivo de felicidade/prazer que se designa (bem-estar hedónico), e se denomina bem estar subjetivo, e outra que investiga sobre potencial do humano que se designa por (bem-estar eudaimónico) e trata do bem estar psicológico.

A perspetiva hedónica foi defendida e desenvolvida ao longo de séculos. Vários filósofos gregos, tais como Aristippus e Hobbes, defendiam que o objetivo da vida é a máxima experiência de prazer, e que este é construído através dos próprios interesses (Ryan & Deci, 2001). A perspetiva eudaimónica foi defendida, por exemplo, por Aristóteles que considerava a perspetiva hedónica muito limitada e que fazia dos humanos seres “escravos” dos seus desejos (Ryan & Deci, 2001), considerou, então uma perspetiva que abordasse questões sobre como viver bem e assenta nas virtudes e potencial humano (Ryan & Deci, 2001).

Para (Ryff e Keyes 1995, cit in Ballesteros, Medina & Javeriana, 2006) o BEP como conceito multidimensional e organizado em seis elementos são eles:

Autonomia – Uso de padrões internos de auto - avaliação e independência acerca de aprovações externas.
Auto-aceitação – Revela elevado nível de autoconhecimento, ótimo funcionamento e maturidade, com atitudes positivas sobre si mesmo.
Crescimento pessoal – Traduz-se na necessidade de constante crescimento e aperfeiçoamento pessoal, ou seja, vencendo desafios em diferentes fases da vida.
Propósito de vida – Mantendo o sentimento de que a vida tem um significado.
Relacionamento positivo – Capacidade de amar, manter uma amizade e de identificação com os outros
Domínio do Ambiente - Capacidade do indivíduo para escolher ou criar ambientes adequados às suas características psíquicas e uma participação ativa no seu meio e a manipulação e controle de ambientes complexos.

Nestas tradições distintas sobre felicidade, a primeira adota uma visão de bem-estar como prazer ou felicidade. A segunda apoia-se na noção de que bem-estar consiste no pleno funcionamento das potencialidades individuais, ou seja, na sua capacidade de pensar, raciocinar e de bom senso.

A diferenciação entre BES e BEP poderá receber melhor compreensão através da observação do quadro seguinte.

Quadro1 – Síntese das características distintivas do bem-estar subjetivo e do bem-estar psicológico

Posição Filosófica	Componentes principais	Tipos de bem-estar e Medidas relacionadas	Proponentes principais
Hedónica	Satisfação com a vida (felicidade). Afecto positivo Afecto negativo (ausência)	Bem-estar subjetivo Satisfação com a vida – SWLS (satisfação With Life scale) Afecto negativo – PANAS (positive and Negative Affect Schedule)	Diener
Eudaimónica	Significado Propósito Crescimento Auto-actualização	Bem-estar psicológico Aceitação de si – E.A.P. (Escala Aceitação Pessoal) Domínio do ambiente – E.D.A. (Escala Domínio do Ambiente) Relações positivas com os outros – E.R.P. (Escala Relações Positivas) Sentido de vida – E.S.V. (Escala Sentido de Vida) Crescimento Pessoal – E.C.P. (Escala de Crescimento Pessoal) Autonomia – E.A. (Escala Autonomia)	Ryff

(Adaptado de: Lent., R.,W. (2004).Toward a Unifying Theoretical and Psychosocial Adjustment, *Journal of Counseling Psychology* 51(4): 482-509.

No conceito do Bes existe a distinção entre hedónica e eudaimónica as duas definições mais específicas de bem estar como mostra o quadro em cima.

Na perspetiva hedónica, o bem estar consiste no prazer ou felicidade, respetivamente na experiencia de sentimentos agradáveis ou no equilíbrio ente o afeto positivo e o afeto negativo que se caracteriza-se por relaxamento e ausência relativa de problemas . Na perspetiva eudaimónica , o bem estar envolve mais a do que a felicidade pessoal, esta carateriza-se pela exigência do potencial humano de concretizando a sua verdadeira natureza atingindo o sentido de vida, este está frequentemente associado como um desafio, empenho, em busca do crescimento e desenvolvimento do individuo. Para esta autor estes dois modelos correlacionam-se em modelos integrativos de bem estar segundo(Ryan e Deci 2001 cit in Pinto2009).

Segundo (Keyes, Shmotkin e Ryff,2002, cit in Blanco & Díaz, 2005) dizem que a hedónica é representada por uma solida línea de investigação que se preocupa com estudo do BES, e a eudaimónica centra-se no BEP.

O bem estar-subjetivo se sustenta em avaliações de satisfação com a vida entre afetos positivos e afetos negativos que revelam ou não felicidade, as conceções teóricas do bem estar são construídas fortemente sobre formulações acerca do desenvolvimento humano com dimensões em capacidades para enfrentar os desafios da vida do ser humano (Fredickson 2001, cit in Bordwine& Huebner 2010). Então enquanto o BES se associa avaliações da satisfação com a vida e afetos positivos e negativos que revelam ou não a felicidade do ser humano, o BEP é estruturado por formulações psicológicas sobre o desenvolvimento humano e as suas capacidades de enfrentar os problemas da vida Galinha e Ribeiro (2005).

Em geral, as pessoas com BEP valorizam-se a si próprias, são mais auto-confiantes, e sentem-se mais capazes para ajustar e controlar a sua realidade que estão inseridos.

Segundo (Cloninger e Zohar 2011 cit in Dinis 2011) estes defendem que é graças ao BEP que conseguimos avaliar a nossa vida positiva mesmo quando passamos por experiencias negativas e o BES apresentam aspetos fundamentais como o prazer, a satisfação e a felicidade.

Assim em termos de conclusão o BES tradicionalmente sustenta em avaliações de satisfação com a vida e num balanço entre os afetos positivos e os afetos negativos o BEP são construídos sobre formulações psicológicas acerca do desenvolvimento humano dimensionadas em capacidades para enfrentar os desafios da vida (Siqueira & Padovom) 2008.

1.1.2. Componentes do bem-estar subjetivo.

Nas últimas décadas, o estudo sobre o bem estar subjetivo tem apresentado muitos avanços nos seus modelos explicativos e estruturais. Andrews e Wirthey (1976) apresentam como componentes do bem estar subjetivo : o julgamento de satisfação com a vida e o afeto positivo e negativo. Diener estudou que a componente afetiva tende a ser influenciada pelos estados físicos (Diener, 1984,1994; Diener & Larsen, 1984; Pavot & Diener, 1993, cit in Gilman, Huebner & Laughlin, 2000).

Ryff e Keyes (1995) compuseram o bem estar subjetivo através de um componente cognitivo que se chama satisfação da vida e um componente afetivo conhecido pelo afeto positivo e negativo. A satisfação da vida é vista como o elemento cognitivo que complementa a felicidade na dimensão afetiva do funcionamento positivo do indivíduo. O componente cognitivo menciona aspectos racionais e intelectuais e o componente afetivo envolve os componentes emocionais na soma dos humores e emoções. Os humores e as emoções que juntos são dominados de afeto, representam as avaliações das próprias pessoas sobre os acontecimentos que ocorrem em suas vidas. Resumindo o afeto positivo reflete a extensão do quanto a pessoa está se sentindo entusiasmada e ativa. A relação entre estes dois componentes do bem estar subjetivo (afeto positivo e afeto negativo) tem sido controverso.

Segundo Diener e Lucas (2000) julgamentos de bem estar são baseados principalmente na frequência de afeto prazeroso. Eles argumentam que emoções positivas intensas são menos importantes do que experiências de bem estar ao longo prazo.

Já Bradburn (1969) concluiu que afeto positivo e negativo são relativamente independentes um do outro e não são opostos e que cada um se correlaciona com contributos de traços de personalidade distintos. Em suma o afeto forma dois fatores separados e fortes,

as pessoas que experienciam muito um tipo de afeto tendem a experienciar outras emoções por exemplo, pessoas que frequentemente sentem alto nível de tristeza também são mais

suscetíveis a sentirem sentimentos de raiva, ansiedade e culpa o mesmo pode acontecer com afeto positivo (Diener, 1998) .

Nas perspectivas de (Diener, Suh, Lucas & Smith 1999) definem o bem estar pessoas, domínios de satisfação e os julgamentos globais da satisfação de vida. Para estes autores, existem basicamente três componentes do bem estar subjetivo: Satisfação, afeto prazerosos e baixos níveis de afeto desprazeroso. Portanto o bem estar subjetivo é estruturado em três componentes, cada um dos três componentes podem ser dividido em subdivisões, a satisfação global com a vida que esta também pode ser dividida em vários domínios da vida, como a amizade, amor e que esses domínios podem ser divididos em outros, afeto positivo e negativo e estes se dividem em emoções e humores específicos.

Segundo Diener, Suh, Lucas e Smith (1999), o BES é um fenômeno que engloba os aspetos emocionais, que dizem respeito a presença de afetos prazerosos como alegria, paixão, orgulho e empolgação e ausência de afetos desprazerosos como culpa, vergonha, preocupação, inveja e tristeza; e os aspetos cognitivos que incluem a satisfação com os domínios específicos da vida como trabalho, família, lazer e, conseqüentemente com a satisfação da vida como um todo que inclui a satisfação com o passado, presente e futuro.

Num esquema educativo (Diener, Suh, Lucas & Smith 1999) apresentam as principais divisões e subdivisões dos componentes do bem estar subjetivo.

Quadro 2 - Componentes do Bem-Estar Subjetivo

Afeto Prazeroso	Afeto Desprazeroso	Satisfação de Vida	Domínios de Satisfação
Alegria	Culpa e Vergonha	Desejo de mudar de 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
Afeição	Stress	Visão de pessoas importantes da vida da própria pessoa	Finanças
Felicidade	Depressão		Self
Êxtase	Inveja		Próprio grupo

Diener, Suh, Lucas & Smith (1999). Subjective well-being: Three decads of progress. *Psychological bulletin*, 125: 276-302.

Neste estudo optamos por desenvolver uma investigação que abrangesse a satisfação com a vida, suporte social, tonalidade emocional e saúde mental com medida do bem estar subjetivo

1.1.3. Satisfação com a vida

Nos anos de 1980 vários pesquisadores como (George e Bearon, 1980, Stones & Korzma, 1980, Stull, 1987 cit in Siqueira & Padovam, 2008) já reconheciam a satisfação com a vida como uma dimensão cognitiva do BES.

Assim, o termo “satisfação com a vida” refere-se a um processo de julgamento definida como uma avaliação global que a própria pessoa faz da sua vida (Pavot, Diener, Colvin e Sandvik, 1991 cit in Viana, 2005), uma avaliação geral da qualidade de vida da pessoa a partir dos seus próprios critérios escolhidos pela mesma. Essa avaliação é feita por meio de um julgamento que depende da comparação das circunstâncias reais da vida do

indivíduo com as circunstâncias que foram escolhidas como um padrão adequado ao indivíduo.

A satisfação com a vida refere-se à dimensão psicológica subjetiva da qualidade de vida que, por sua vez, inclui outras dimensões objetivas, como as condições de vida e as circunstâncias sociais, sendo por isso consideradas por muitos autores como conceitos diferenciados (Veenhoven, 1996).

Com isso, podemos dizer que, embora as experiências que geram sentimentos positivos possam também nos proporcionar satisfação de vida, não podemos confundi-las. A satisfação caracteriza-se, principalmente, por uma sensação de realização, ou seja, de ter alcançado uma meta, e experimentar frequentes doses de afetos positivos se relaciona com a felicidade. Dessa maneira, é correto afirmar que uma pessoa pode ser feliz e insatisfeita ou vice-versa,

Segundo (Lucas, Diener e Suh 1996, cit in Giacomoni, 2002), a pessoa ao avaliar sua satisfação de vida examina os aspectos reais da sua vida, isto é, ela pesa os aspectos bons e maus e chega a um julgamento de satisfação de vida geral. Este julgamento de natureza global possui como características, a estabilidade temporal e o fato de não ser completamente dependente do estado emocional da pessoa no momento da sua avaliação. É importante a avaliação como um todo da satisfação da vida uma vez que levam a crer que são domínios mais próximos e relevantes eleitos pelas pessoas que mais influenciam o BES segundo (Diener 1984).

A satisfação com a vida fornece um índice global de bem estar que se baseia em critérios determinados pelo indivíduo (Diener, 2000 e Frisch 1999, cit in Gilman & Huebner, 2005 para Lewinsohn 1991 cit in Gilman & Huebner, 2005) a SV não é apenas um subproduto das circunstâncias da vida mas pode influenciar e/ou moderar as emoções subsequentes, as cognições e os comportamentos.

Segundo(Keyes &Cols, 2002 cit un Siqueira & Padovam, 2008) a satisfação com a vida é um julgamento que o individuo faz sobre a sua vida, que o quanto o individuo se percebe distante ou próximo das suas aspirações. Segundo estes autores (Neugarten, Havighurst e Tobin, 1961 cit in Siqueira & Padovam, 2008) trata-se de um estado psicológico que guarda uma estreita relação com bem estar mais do que avaliações objetivas da qualidade de vida pessoal.

Satisfação com a vida foi determinada como uma avaliação cognitiva essa avaliação é feita por meio de um julgamento que depende da comparação de circunstancias que foram eleitas como um padrão apropriado, isto é, o julgamento em que a pessoa esta satisfeita com a sua vida atual é baseado na comparação a um padrão que cada pessoa determinou para si próprio e não a um externamente imposto (Diener, Emmons,Larsen &Griffin, 1985 cit in Neto,1999) sobre a qualidade de vida individual a partir de padrões escolhidos por cada um (Shin &Johnson,1978 cit in Neto,1999).

Para (Lucas, Diener e Suh, 1996 cit in Viana, 2005)), o processo de avaliação cognitiva da vida como um todo se dá quando a pessoa, ao avaliar a sua satisfação com a vida examina todos os aspetos reais da sua vida, ou seja avalia os aspetos bons e ruins e chega a um julgamento de satisfação de vida em global. Este julgamento de natureza faz parte caraterísticas da estabilidade temporal e de fato de não serem completamente dependente do estado da pessoa no momento da sua avaliação.

A satisfação com a vida tem sido definida como um conjunto de caraterísticas prevalentemente cognitivas do bem – estar subjetivo, tem a ver com avaliação e a valorização que cada individuo faz da sua vida (como por exemplo, família, escola, tempos livres e colegas) ou na escola a satisfação das notas (Lyubomirsky,2008).

Assim, a satisfação com a vida é um indicador- chave de bem estar, no geral ela baseia-se mais em critérios subjetivos do que em medidas objetivas e afetada por fatores situacionais, humor e padrões de comparação.

Diener (1984) diz que o julgamento cognitivo da satisfação com a vida, além da avaliação da vida como um todo, pode ser feita pela avaliação específica dos diferentes domínios da vida do indivíduo, como o trabalho, lazer e casamento.

Segundo, (Shin e Jonhson,1978, p,478 cit in Neto 1999) definem a satisfação com a vida com “uma avaliação global da qualidade de vida de uma pessoa segundo os seus critérios escolhidos”. A avaliação da satisfação da vida depende da comparação entre as circunstancias da vida de cada um e o padrão de vida que a pessoa escolheu para si mesma ou seja as expetativas de vida. Dai a área do BES se focalize nos próprios julgamentos da pessoa e não em critérios que o investigador considera importantes Diener (1984)

Segundo (Pavot, 1991,Diener 1984 cit in Simões, 1992) a satisfação com a vida refere-se ao grau de contentamento com a maneira como tem decorrido a própria vida, implicando uma avaliação global das varias facetas da vida do indivíduo, pressupondo atribuir ponderações positivas e negativas a diversas facetas com base num juízo de valor sobre a qualidade da sua própria existência.

A satisfação com a vida é menos depende de situações momentâneas, abarcando as expetativas a longo prazo de futuro.

1.1.4.Tonalidade emocional

Antes de tudo é importante que não esqueçamos que como seres humanos e que vivendo numa sociedade recebemos inevitavelmente a influência dos outros em nossos quadros mentais.

A tonalidade emocional é definida como um construto que envolve os afetos positivos e negativos vivenciados pelo ser humano (Lyubomirsky, 2008).

Segundo (Quevedo & Abella, 2010) do ponto de vista emocional o Bem estar tem haver com a presença de emoções positivas e a ausências de emoções negativas. Emoções positivas segundo Fredrickson sendo um componente essencial, porque fornece uma serie de cognições e ações que permitem que os indivíduos constroem recursos pessoais e psicológicos que não apenas melhorar o seu enfrentamento, mas novamente afetar a geração de emoções positivas e que promove o bem estar. Outro indicador importante do bem estar que integra os níveis cognitivos social e emocional, é o ajustamento psicológico do individuo. Assim, a tonalidade emocional é um padrão reativo que faz com que um reaja melhor a certas situações que ao outro desequilibra, vem da unicidade do ser humano considerando as áreas cerebrais associadas às emoções em suas funções. O ser humano na interação entre a razão e emoção é um campo fascinante nos estudos do comportamento humano, mostrando o quanto os sentimentos não são inatingíveis e nem ilusórios, assim, como as emoções.

Segundo (Chapman, 1988, Margalit e Zak, 1984 e Patten, 1983 citados em Martinez & Clikeman, 2004), o insucesso escolar está associada ao funcionamento emocional é uma marca de alunos com dificuldades de aprendizagem consequentemente, as crianças e adolescentes, podem ser particularmente vulneráveis a problemas emocionais e a um desajuste escolar.

1.1.5. Suporte social

Suporte social define-se numa perspetiva abrangente, como “ a existência ou disponibilidade de pessoas em que se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós”(Saronson, 1983,pag 127).

Segundo (Cramer, Henderson & Scott 1997, cit. in Dinis, 2011) distinguem suporte social percebido do suporte social recebido. O suporte social percebido refere-se ao que o indivíduo reconhece como disponível se precisar dele, e o recebido descreve o suporte social que foi recebido. Estes mesmos autores distinguem o suporte Social descrito e o suporte social avaliado, o descrito refere-se a um tipo particular de comportamento e o suporte Social avaliado constituindo a avaliação de que esse comportamento de suporte é percebido como sendo satisfatório ou que serviu de ajuda. Nas crianças e adolescentes o suporte social tem um papel muito importante na sua adaptação social e no seu desenvolvimento comportamental (Gaspar, 2009, cit in Dinis,2011).

Suporte social significa o envolvimento de pessoas ou grupo de pessoas e organizações que fornecem auxílio e assistência necessária a outras pessoas. Esse suporte pode ser uma informação útil, alguém para escutar, um encorajamento, dinheiro, equipamento e contribuição. O suporte social pode ajudar a pessoa a iniciar ou dar continuidade a comportamentos saudáveis, mantendo e promovendo sua saúde.

Segundo (Dunst e Trivette 1990 cit. in Pinto, 2009) dizem que as dimensões o suporte social são muito relevantes para o bem- estar e distinguem o suporte social informal e o formal. O Suporte Social informal estão lá incluídas as famílias, amigos, vizinhos e grupos sociais (Igrejas...) e fornecem apoio nas atividades do dia a dia, ou seja, fornecem apoio em resposta a acontecimentos da vida. O suporte social formal inclui organizações formais (hospitais, serviços de saúde) que prestam apoio, assistência ou ajuda às pessoas

necessitadas. Estes mesmo autores sugerem cinco componentes do suporte social interligados, são eles;

Figura 1: Componentes do Suporte Social

Componente constitucional - Inclui as necessidades e a congruência entre estas e o suporte existente
Componente relacional - Estatuto familiar, estatuto, profissional, tamanho da rede social, participação em organizações sociais.
Componente funcional - suporte disponível, tipo de suporte tais como emocional, informacional, instrumental, material, qualidade de suporte tal como o desejo de apoiar, e a quantidade de suporte.
Componente estrutural - proximidade física, frequência de contactos, proximidade psicológica, nível da relação, reciprocidade e consistência.
Componente satisfação - utilidade e ajuda fornecida.

Para (Brunstein,1993 cit in Pinto, 2009), o suporte social é como uma “chave” facilitadora do bem estar, aliviando efeitos negativos (Harlow e Cantor, 1996 cit. in Pinto, 2009). O suporte social inclui várias funções específicas ou benéficas como apoio material, emocional e o companheirismo (Argyle,1999 cit in Pinto) favorecendo as funções biológicas.

1.1.6 Saúde Mental

Em geral entende-se ter saúde mental como oposto da doença mental ou ausência de psicopatologia, ou seja, um estado de saúde normal. Assim, para ter saúde mental não basta a ausência de sintomas psiquiátricos, mas é necessário a presença de capacidade e recursos para enfrentar as dificuldades da vida. A saúde mental é uma questão fundamental pois afeta não só o funcionamento individual, como o funcionamento da sociedade ao incapacitar os seus cidadãos (Ravens-Sieberer, Erhart, Gosch, & Wille, 2008; Erhat et al., 2009; Keyes, 2006 cit in Dinis, 2011).

Na atualidade, a saúde é vista pelas pessoas como algo que lhes proporciona uma vida efetiva e permite a conservação do seu funcionamento, conduzindo ao bem-estar. Assim, os modelos tradicionais que conduzem a saúde como ausência de doença tornam-se inadequados.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), define a saúde como um campo de bem-estar, abrangendo diversas dimensões da vida do indivíduo, tais como o BE físico, mental e social completo (WHO, 1948 cit in Silva, Matos & Diniz, 2010).

Keyes (2006) defende que a saúde mental é um estado completo de BES e BEP e que os indivíduos com elevada saúde mental tem melhor desempenho no trabalho, são mais produtivos e apresentam menor risco de desenvolverem problemas de saúde como doenças cardiovasculares.

Embora haja diferenças existe concordância quanto à qualidade de vida tratar-se de um construto multidimensional, que inclui bem-estar físico, social, emocional e produtivo, além de satisfação pessoal em diferentes situações da vida. Informações quanto à qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) vêm despertando importante interesse da comunidade científica no campo da Epidemiologia e da Saúde Pública, com o propósito de complementar informações objetivas. Em segmentos da população aparentemente saudáveis, a QVRS

também pode auxiliar a discriminar diferentes níveis de bem-estar. Ainda, a preocupação em monitorar a QVRS em idades jovens destaca-se em razão de suas repercussões sobre a qualidade de vida e saúde em idades adultas.

Segundo uma pesquisa o que determina a qualidade de vida são a saúde mental o funcionamento físico e outros domínios como o aspeto social e função cognitiva, pois são muito relevantes para avaliação da qualidade global da vida na medida em que afetam a saúde mental e física.

De acordo com Mendes, Balsimelli, Stangehaus, e Tilbery (2004), a qualidade de vida está associada à percepção do indivíduo quanto a sua situação no contexto da sua cultura e dos valores da sociedade onde ele vive. Estes autores também dizem que a qualidade de vida está totalmente relacionada com os objetivos, expectativas, e interesses do indivíduo. Por esta definição, fica claro que o conceito de qualidade de vida é um conceito multidimensional e que incorpora a percepção do sujeito sobre os diversos aspetos de suas vidas.

De acordo com (Galinha &Ribeiro,2005) a saúde mental tem tido muito interesse na psicologia, focalizando-se nos fatores positivos, ao vez de interessar pelas perturbações. Este conceito de saúde mental não deve ser entendido apenas a nível dos sintomas somáticos, mas abrange também percepções individuais do bem-estar psicológico e físico, ou seja tem a ver como as pessoas gerem as suas relações com outras pessoa suas várias funções do seu quotidiano.

Segundo (Huebner,1994) a avaliação das percepções de bem- estar subjetivo positivo de uma pessoa é considerada elementar para uma abordagem positiva e preventiva da saúde mental.

1.2. Organização e funcionamento do bem-estar subjetivo

Modelos do BES

Autores

- Modelo de Lent

Lent, 2004

- Modelo Hedonic Treadmill - Bottom - Up e Top Down

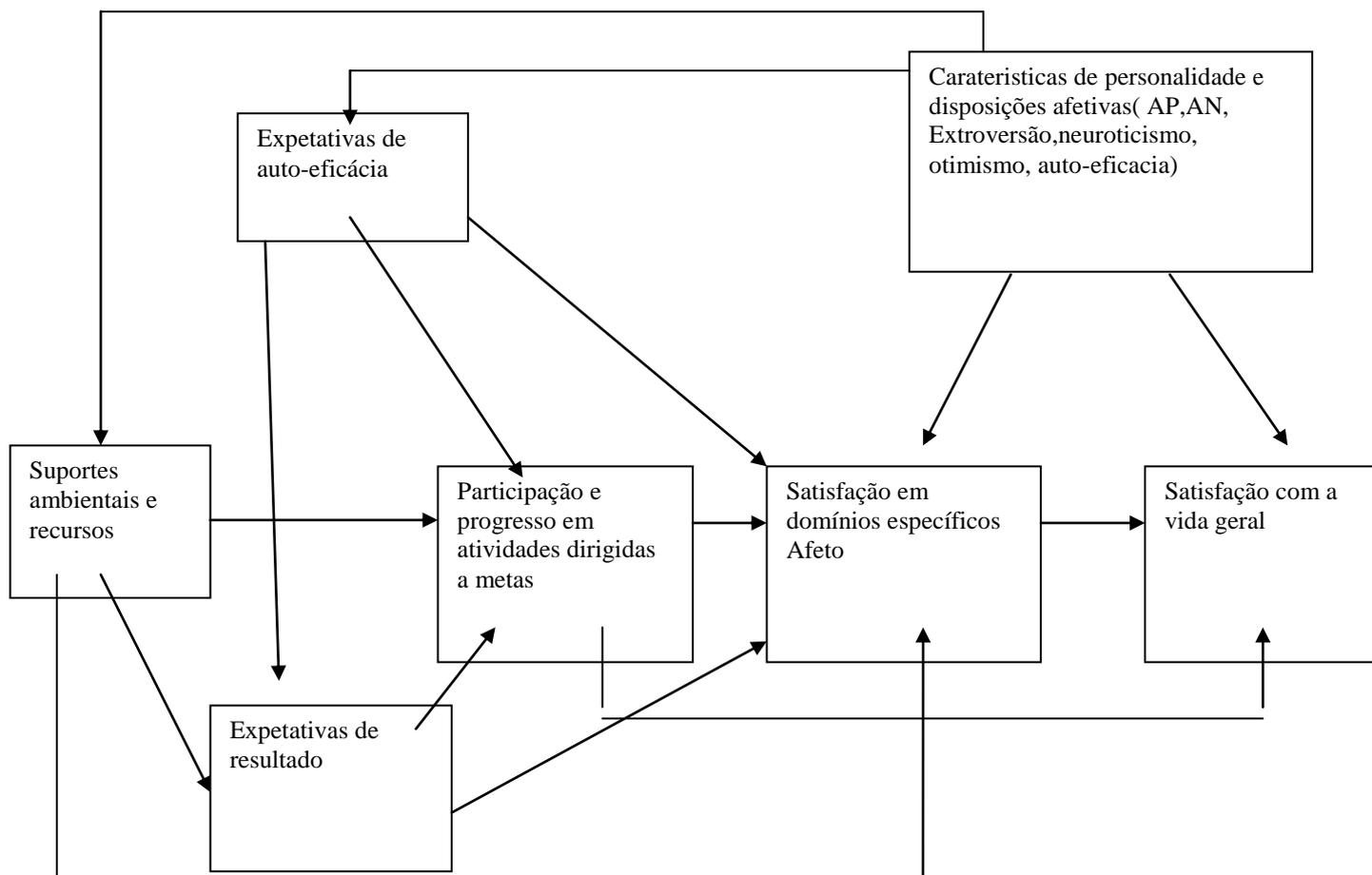
Wilson, 1967

1.2. Organização e funcionamento do bem-estar subjetivo

1.2.2 Modelo de Bem –Estar de Lent

Segundo (Lent 2004, cit. in Pinto, 2009) BES e BEP, existe uma distinção como esta referido no ponto anterior de uma perspetiva hedónica e eudaimónica que são as duas definições mais específicas do bem – estar. Apesar de existirem um vasto leque de investigações sobre as variáveis que promovem o bem-estar Lent (2004) concentra-se mais nas variáveis demográficas, de personalidade, cognitivas, comportamentais e sociais. Então as variáveis demográficas inclui o género, idade e a raça e são classificados como indicadores de recursos e circunstâncias do objetivo de vida. As variáveis de personalidade e disposições afetivas, como o afeto positivo, afeto negativo, a extroversão e o neuroticismo, o otimismo e a auto-eficácia (Marte, Nigg & Eye, 1989). As variáveis cognitivas, são as crenças de controlo pessoal, as expectativas/resultados futuros e os mecanismos para atingir metas. Por fim as variáveis comportamentais e sociais estas estão ligadas as variáveis cognitivas no seio de modelos de participação no processo do bem-estar que estão direcionadas para alcançar algumas metas de valorização pessoal como sentido de identidade pessoal. Nas variáveis sociais incluem-se as relações positivas com os outros, na necessidade que o individuo tem na de relação parentesco e a ligação social e o afeto.

Figura 2 –Modelo de Bem-Estar de Lent



Fonte: De Lent (2004)

Nota: AP – Afetividade positiva; NA – Afetividade negativa

Relativamente a este modelo, verifica-se que a satisfação num determinado domínio da vida, acontece quando as pessoas estão ativamente envolvidas em alcançar e fazer progressos para atingir as suas metas pessoais, quando sentem competência para o desenvolvimento das tarefas necessárias para as alcançar, quando acreditam que tal realização irá ter os resultados favoráveis e quando verificam que o seu meio ambiente como suporte e oferta de recursos estão disponíveis para os atingirem.

Pela análise do modelo de Lent é possível observar a importância atribuída aos suportes ambientais e à participação em metas sociais no mecanismos de criação e

manutenção de satisfação com a vida. Neste modelo verifica-se que não são apenas os traços de personalidade, os níveis das expectativas de auto-eficácia e de resultados que definem o nível de satisfação do indivíduo, sendo atribuída grande relevância aos recursos disponibilizados pelo contexto, através do suporte emocional, contato com os outros e da ajuda material, promovendo assim um alívio direto do efeito adverso dos acontecimentos problemáticos, o reforço das disposições afetivas positivas e das características de personalidade.

1.2.2.1. Modelo Hedonic Treadmill

Este modelo *Hedonic Treadmill* ou Modelo Homeostático do BES foi desenvolvido por Brickman e Campbell em 1971 (cit in Diener Lucas & Scollon 2006) valoriza e descreve que a adaptação sensorial ocorre quando as pessoas experimentam reações emocionais boas e ruins. Assim, os recursos permanecerão disponíveis para lidar com estímulos, que têm probabilidade de requererem atenção imediata (Fredrick & Loewenstein, 1999 cit in Diener Lucas & Scollon 2006)

Este modelo diz que possuímos um ponto de neutralidade hedónica ao qual regressamos sempre, ou seja, os indivíduos debatem-se constantemente contra os efeitos da adaptação ao procurarem alcançar diferentes níveis de felicidade.

A ideia defendida por (Brickman e Campbell, cit in Diener Lucas & Scollon 2006) a pessoa que tente nada pode fazer mudar o seu nível de felicidade. Estudos demonstram que o BES varia de país para país de estados para estados mesmo estando nas mesmas condições culturais e económicas o BES altera-se nos cidadãos. Então conclui-se que é possível alcançar a felicidade se fizer esforço para alterar as circunstâncias do que estão mal.

Em 2006 foi realizada uma revisão ao modelo por Diener e colaboradores que, embora mantenha certas características essenciais do modelo de adaptação intactas revela que o modelo necessita de haver atualizações. Assim, no que diz respeito à existência de um ponto de regresso, este varia de pessoa para pessoa (pontos de regresso individuais). Mesmo em cada Dize ainda que, uma vez que recentes estudos demonstram que as pessoas tendem a ser felizes, o ponto de regresso seria positivo e não neutro contrariamente ao defendido na teoria de *Hedonic Treadmill*.

As principais teorias e modelos explicativos do bem-estar subjetivo vêm sendo apresentados, historicamente, em dois grandes blocos opostos denominados *bottom-up* versus *top-down*. As principais teorias iniciais de bem-estar subjetivo estavam preocupadas em identificar como os fatores externos, as situações e as variáveis sócio-demográficas afetavam a felicidade.

1.2.2.2. Modelo Bottom – Up Top – Down

As principais teorias e modelos explicativos do BES vêm sendo apresentadas, historicamente, em dois grandes blocos opostos e designados por (Bottom- Up e Top- Down). Foi em 1967 com os estudos desenvolvidos por Wilson sobre satisfação e felicidade que o BES passa a ser visto à luz das perspectivas Base – topo e Topo base (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Segundo (Diener, 1984 cit in Galinha.I & Ribeiro, 2005) este apresenta algumas diferenças dos modelos teóricos do BES, dividindo-os em dois blocos de concepções distintos as: Top – Down e Bottom –Up.

1.2.2.2.1. Teoria Bottom – up

Relativamente ao modelo Bottom-up (Base- Topo) o foco é colocado na identificação dos fatores externos, situacionais, que afetam a felicidade, ou seja, a satisfação

imediate que o individuo tem de necessidades produz felicidade, enquanto a persistência de necessidades que o individuo tem por satisfazer causa Infelicidade. Estas abordagens mantem como base o pressuposto que existe uma serie de necessidades humanas universais e básicas.

O modelo de *Bottom-Up* refere que a vivência de momentos positivos e negativos irá influenciar a percepção do bem-estar subjetivo. Nesta perspectiva, um momento positivo irá fazer com que a pessoa experiencie um maior bem-estar (Diener & Ryan, 2009).

A satisfação e a felicidade resultam do acumulo destes momentos específicos, dessas experiencias (Diener, Sandvik & Pavot, 1991 cit in Giacomoni,2002) Estas abordagens, conhecidas como *bottom-up*, mantêm como base o pressuposto de que existe uma série de necessidades humanas universais e básicas, e que a satisfação, ou não, destas viabiliza a felicidade. Outros fatores associados por essas teorias são as experiências de eventos prazerosos diários estando relacionados ao afeto positivo, assim como o seu oposto, eventos desprazerosos associados a afetos negativos. Mais ainda, a satisfação e a felicidade resultariam do acúmulo desses momentos específicos, dessas experiências felizes (Diener, Sandvik e Pavot, 1991, cit in Giacomoni,2002)

1.2.2.2. Teoria Top Down

O modelo do Top- Down (Topo – Base) dos Bes, está relacionada com fatores intrínsecos do individuo, assumem que existe uma predisposição global para interpretar situações, experiencias de vida do individuo de modo positivo que influencia as interações que o individuo tem com o seu mundo. Dizendo de outra forma o individuo aproveita os prazeres porque se sente feliz. Assim, numa abordagem Top-Down da felicidade a interpretação subjetiva que o individuo faz é que influencia o seu bem estar subjetivo.

Segundo (Barrera e Cruz,2007) o tema do bem-estar tem sido conceituada de duas maneiras. Uma delas através de condições materiais que produzem bem em membros de uma sociedade, isto é o que tem sido chamado de objetivo e tem sido proposto pelas teorias chamadas bottom-up. Outra maneira de pensar são as condições de vida interpretadas pelo próprio individuo e que essa interpretação é os resultados do bem estar.

Este duplo processo pode ser em relação aos traços de temperamento ou de personalidade do individuo e pode esclarecer como características se relacionam com PHDA (Marter,Nigg e Eye, 2008)

Este modelo vem referir que a propensão interna para experienciar o mundo de uma forma irá afetar a forma como o indivíduo interage e percebe o mundo, ou seja se uma pessoa tiver uma perspectiva positiva, mais facilmente poderá experienciar ou interpretar um determinado evento como positivo, do que uma pessoa com uma perspectiva mais negativa, concluindo-se assim que a atitude positiva perante objetivos e eventos seja um fator causal do bem-estar (Diener & Ryan, 2009).

De acordo com Lyubomirsky (2001), grande parte das pesquisas sobre felicidade tem investigado determinantes objetivos da felicidade, ou seja, o quanto a felicidade está relacionada a questões ambientais, culturais ou relativas ao sexo, idade etc.

Neste modelo são englobadas as dimensões globais da personalidade que vão influenciar a forma como as pessoas vão reagir aos problemas.

As abordagens *top-down* partem do princípio de que a pessoa já possui um alto índice de BES e, em consequência disso, terá mais afetos positivos, menos afetos negativos, se sentirá melhor em relação ao trabalho, ao casamento etc. Os pesquisadores das abordagens *top-down* defendem que a pessoa já nasce com uma predisposição para ser feliz e para ver o lado positivo das coisas.

As diretrizes *top-down* do bem-estar subjetivo assumem que as pessoas possuem

uma predisposição para interpretar as situações, as experiências de vida, de forma tanto positiva quanto negativa, e essa propensão influenciaria a avaliação da vida. Em outras palavras, a pessoa aproveitaria os prazeres porque é feliz e não vice-versa. Para a perspectiva *top-down*, a interpretação subjetiva dos eventos é que primariamente influencia o bem-estar subjetivo, ao invés das próprias circunstâncias objetivas sugeridas pela abordagem anterior (*bottom-up*).

De forma resumida, pode-se concluir que na perspectiva *Top-Down*, do bem-estar subjetivo é uma causa, enquanto na perspectiva *Bottom-Up* é um efeito (Galinha,2008). Apesar de durante muito tempo, estas teorias se apresentarem de forma separada, o desafio atual é integrar ambas num modelo que explique a dinâmica do bem-estar. Este modelo integrativo considera que tanto as dimensões gerais da personalidade como a Natureza das Circunstâncias de Vida influenciam a forma como a pessoa interpreta os eventos da sua vida e é esta interpretação que vai influenciar o bem-estar do sujeito (Brief, Butcher, George, & Link, 1993).

1.3. Definição de Hiperatividade

Quando se fala de hiperatividade, segundo vários especialistas fala-se de múltiplos termos que existem para descrever um problema, que tem provavelmente, uma origem biológica ligada a alterações do cérebro, causada por fatores hereditários ou resultantes de uma lesão, enquanto para outros constitui um modelo de conduta persistente em situações específicas (Garcia, 2001).

Segundo (Falardeau 1999,p.21) “ *a hiperatividade define-se por uma diminuição ou ausência de controlo no indivíduo que dela sofre. Insisto na palavra controlo pois este encontra-se na própria base do problema. O hiperativo é incapaz de controlar a sua*

atenção, a sua impulsividade e a necessidade de movimento. Não se trata de uma ausência de vontade, mas de uma ausência de controle”

De acordo com DSM-IV-TR da Associação Americana de Psiquiatria a PHDA “é um padrão persistente de falta de atenção e/ou impulsividade - hiperatividade, com uma intensidade que é mais frequente e grave que o observado habitualmente nos sujeitos com nível semelhante de desenvolvimento.”

Para (Parker, 2003) é “a desordem por déficit de atenção é um distúrbio neurobiológico hereditário”

Já para (Silva,2005) este dá definição de que “ *quando pensamos em desordem déficit de atenção, não devemos relacionar como se estivéssemos diante de um cérebro «defeituoso». Devemos sim, olhar sobre um prisma diferenciado, pois, na verdade, o cérebro apresenta um funcionamento bastante peculiar, que acaba por lhe trazer um comportamento típico, que pode ser responsável tanto pelas suas melhores características, como pelas suas maiores angústias e desacertos vitais.*”

Segundo(Barkley,2002 a PHDA, cit in Sena & Souza 2010) pode ser como uma perturbação do desenvolvimento do autocontrole, da capacidade de persistência da atenção em tarefas de baixa motivação, do controle de impulsos e inibição do comportamento e o nível de atividade.

Atualmente o PHDA é definido por características comportamentais observáveis que incluem uma duração curta da atenção, distração fácil, impulsividade e hiperatividade. As pesquisas sugerem que essas características ocorrem dentro de um espectro na população; assim, o diagnóstico requer a consideração do nível de intensidade dos sintomas e do grau associado de comprometimento funcional. Ocorre em todos os locais e o comprometimento mais importante se refere ao rendimento acadêmico e comportamental. Começa na infância, e embora os sintomas observáveis mudem em quantidade e qualidade

ao longo do desenvolvimento, a maioria dos indivíduos com PHDA continua a apresentar algum sintoma na idade adulta.

A PHDA é caracterizada por dificuldades em manter a atenção (distração, dificuldades em completar tarefas), atividade excessiva (agitação motora) e impulsividade (interromper os outros) em níveis que são inconsistentes com a fase de desenvolvimento da criança (Anatopulos, 1996, cit in DuPaul, Jonod & Flammer 2006)

Como podemos verificar não existe uma definição rigorosa, cujo existem enumeras manifestações e permite de forma clara e eficaz utilizar com propriedade, para caracterizar alguém. Em suma, a maioria dos autores estão de acordo que a PHDA é atividade excessiva, falta de atenção e a falta de auto controlo, como sendo características essenciais da PHDA.

1.3.1. Conceito de Atenção e de Impulsividade

A atenção é um processo cognitivo pelo qual a pessoa focaliza e seleciona estímulos, estabelecendo relações entre eles. A todos os instantes recebemos estímulos, provenientes das mais diversas fontes, porem só atendemos a alguns deles. Para uma criança com Défice de Atenção, tudo parece ter igual sentido, quer a palavra do professor é tão importante quanto o cochichar da colega três cadeiras atrás. Neste sentido, o défice de atenção poderá ser considerado como um excesso de atenção a todos os estímulos, úteis ou não na criança.

Assim segundo (Hale,&Lewis, 1979, cit in Lopes,1998)a “atenção constitui um construto multidimensional que se pode referir a problemas relacionados com o alerta, a ativação, a seletividade, a manutenção da atenção, a distratibilidade ou com nível de apreensão, ente os outros”.

Geralmente, uma criança com PDAH é descrita como tendo falta de atenção ou se distrair com facilidade. Na realidade, falta de atenção e distração não são **sinónimos**, ou seja a distração refere-se ao facto de um aluno passar, com demasiada facilidade, de uma atividade para outra, geralmente mais interessante que a primeira.

Atenção é a capacidade de focar e concentrar a mente em algum aspeto interno ou externo a ela, bem como responder seletivamente a determinados estímulos.

Essa capacidade é composta pelas habilidades de:

- Seletividade: ser capaz de selecionar prioritariamente determinado estímulo ou fonte de informação. É função do Hemisfério Esquerdo, região parietal com conexões temporais, frontais e límbicos-estriadas.
- Concentração: ser capaz de manter ou sustentar a atenção, função do Lobo Parietal direito.
- Facilidade para alterar o foco: ser capaz de registrar novas informações, cuja importância sobrepõe uma atual. Está mais relacionada com a flexibilidade mental do que com o estado de alerta propriamente dito. É responsabilidade do Lobo Frontal Direito.
- Limite: ser capaz de manejar número limitado de estímulos. Provavelmente é atividade do Lobo Esquerdo.
- Baixa concentração: incapacidade de sustentar a atenção através do tempo. Lesão Parietal Direita. Apresenta-se geralmente em delírios, demências e psicoses.
- Distraibilidade: tendência a se distrair constantemente por incapacidade de concentração ou por problemas na seletividade. Comum em delírios e em mania.
- Lapso de atenção ampliado: nas intoxicações por alucinógenos.

- Negligências: inobservância de metade do campo visual, quando há busca ativa de um objetivo.
- Perseveração: persistência em atividade inapropriada. Geralmente por lesões frontais.
- Focagem - escolhemos algo que necessite da nossa atenção.
- Seleção - Escolhemos algo que necessite da nossa atenção em detrimento de outra coisa.
- Sustentação - Mantemos a atenção durante o tempo necessário e útil (quando o tempo útil é ultrapassado com frequência, estamos a ter ou a induzir os alunos um comportamento demasiado obsessivo; quando não facultamos o tempo necessário, estamos a induzir os alunos a um comportamento de instabilidade).
- Resistência - Desviamos da atenção aquelas coisas que nos afastam das que são importantes num determinado momento.

Sempre que relatamos alguém que se distrai com facilidade, estamos a querer dizer que uma parte do processo da atenção da pessoa está temporariamente perturbada.

As crianças com **PDAH** podem ter dificuldade em concentrar-se nas tarefas (particularmente nas rotineiras e maçadoras).

Outras podem ter dificuldade em saber por onde começar uma tarefa, enquanto outras podem perder-se enquanto se preocupam em respeitar as instruções que lhe foram dadas.

Um observador cuidadoso pode detetar em que ponto do processo a criança perde a atenção. Esta observação cuidadosa é indispensável para que os pais e os educadores não entrem num processo de desalento que agrava ainda mais as dificuldades da criança.

Sempre que ouvimos falar em impulsividade, a primeira situação que pensamos é a impulsividade cognitiva, ou seja agir sem pensar. Contudo na criança PDAH a impulsividade é um pouco diferente. Estas crianças agem sem pensar porque têm dificuldade em esperar, pois a impulsividade leva a que estas crianças falem sem ser a sua vez, respondam antes da perguntar ter sido feita, interromper os outros e a participar no que parece ser um comportamento de risco. A criança pode atravessar a rua sem olhar para os lados, ou subir uma árvore demasiado alta. Ainda que este comportamento seja arriscado, na realidade a criança não deseja correr riscos, só tem dificuldade em controlar os seus impulsos. Assim segundo (Cruz, 1987, cit in Lopes, 2003) define impulsividade como um oposto da "reflexividade" ou seja uma forma específica de processamento da informação e de realização cognitiva, determinando como o indivíduo apreende, armazena e utiliza a informação no seu meio, independentemente do conteúdo específico da informação.

Muito frequentemente a criança surpreende-se ao descobrir que se encontra numa situação perigosa e não tem menor ideia como sair dela.

A hiperatividade e a impulsividade já não são consideradas como características à parte uma da outra. A hiperatividade – impulsividade é um padrão originado numa dificuldade geral para inibir o comportamento.

Além dos problemas resultantes do défice de atenção e da hiperatividade impulsividade, a perturbação é muitas vezes associada a outras características. Dependendo da idade e do nível de desenvolvimento, os pais e professores podem detetar pouca tolerância ao desapontamento, demonstrações usuais de indignação, atitudes autoritárias, dificuldade em cumprir regras, recusa social, baixa auto-estima, e dificuldades no rendimento escolar.

1.3.2.Caraterísticas de diagnósticos das Perturbações Hiperatividade e Défice de Atenção (DSM-IV-TR)

Existem sintomas de falta atenção, impulsividade e hiperatividade, que se apresentam no meio familiar e /ou escolar e que só os pais podem ajudar a diagnosticar junto com médico são eles:

Falta de Atenção, seis ou mais sintomas devem persistir pelo menos durante 6 meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsciente em relação com o nível de desenvolvimento:

- a) Com frequência não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras atividades;
- b) Com frequência tem dificuldades em manter a atenção em tarefas ou atividades;
- c) Com frequência parece não ouvir quando se lhe fala diretamente;
- d) Com frequência não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos ou deveres no local de trabalho (sem ser por comportamentos de oposição ou por incompreensão das instruções);
- e) Com frequência tem dificuldades em organizar tarefas e atividades;
- f) Com frequência evita, sente repugnância ou esta relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido (trabalhos escolares...)
- g) Com frequência perde objetos necessários a tarefas ou atividades (brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas);
- h) Com frequência distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes;
- i) Esquece-se com frequência das atividades quotidianas.

Dentro da Hiperatividade - Impulsividade, seis ou mais sintomas devem persistir pelo menos durante 6 meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsciente em relação com o nível de desenvolvimento:

Hiperatividade – a) com frequência movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando esta sentado;

b) com frequência levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado;

c) com frequência corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo (em adolescentes ou adultos pode limitar-se a sentimentos subjetivos de impaciência);

d) com frequência tem dificuldade em jogar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de ócio;

e) com frequência «anda» ou só atua como se estivesse «ligado a um motor»; **f)** com frequência fala em excesso;

Impulsividade g) com frequência precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado;

h) com frequência tem dificuldade em esperar pela sua vez;

i) com frequência interrompe ou interfere nas atividades dos outros (intromete-se nas conversas ou jogos)

1.3.3.Problemas Associados

A denominação “problemas associados” significa que embora sejam frequentes em todas as crianças os revelam, pelo que não são fundamentais para a realização do diagnóstico.

Segundo (Baldwin, Brown e Milan,2010) a PHDA nos Estados Unidos é geralmente diagnosticada de acordo com o (Manual Diagnostico e Estatístico, Quarta Edição) nos critérios que exigem seis ou mais itens de um dos dois grupos de sintomas (défice de atenção, hiperatividade ou impulsividade). Além disso, de acordo com estes critérios, o comprometimento deve estar presente em pelo menos dois domínios da vida.

Como resultado, as taxas de prevalência pode ser maior nos Estados Unidos do que na Europa, onde PHDA é mais vezes diagnosticada de acordo com a CID.

Crianças com défice de atenção e hiperatividade (PHDA) apresentam inúmeros problemas associados com défices no controle da atenção e de comportamento.

Infelizmente, muitas dessas crianças também sofrem gravemente e ficam perturbadas no relacionamento com os colegas alguns pesquisadores argumentam que o fenómeno do relacionamento com os colegas perturbados em si deve servir como um característica definidora da doença (Landau & Moore, 1991; Whalen & Henker 1991 cit in Landau, Milich & Diener, 1998)

Segundo (Johnston & Mash 2001) evidencia que a presença da PHDA está associada a vários distúrbios no funcionamento familiar (relações pais e filhos) e conjugal. Mas ainda pouco se sabe sobre o desenvolvimento e mecanismos que estão por trás dessas associações.

O facto de alguns destes problemas associados apresentarem uma elevada incidência com PHDA em contexto sala de aula, coloca mais problemas complexos quanto à própria natureza e a caracterização do PHDA. Um exemplo é de se saber se a PHDA deve ser considerado primariamente um problema de comportamento ou um problema de aprendizagem (Lopes, 2003)

Assim, a PHDA pode ocorrer só ou associada a outras perturbações:- Perturbações cognitivas e de processamento;- Atraso mental/défice cognitivo,- Dificuldades específicas de aprendizagem, Perturbação da linguagem e Baixo funcionamento intelectual.

-Perturbações neurológicas; Epilepsia, Efeito secundários de anti-epilépticos, infeções SNC (Sistema Nervoso Central) e Doenças degenerativas.

-Perturbações emocionais e psiquiátricas; Ansiedade, Depressão, Autismo,

-Perturbação de conduta,

-Perturbação de oposição Perturbação de comportamento e anti-social e perturbações afetivas/humor.

- Perturbações ambientais; Psicopatologia familiar e colocação escolar inadequada.

Outros; Doenças metabólicas e endócrinas, toxinas, Défice sensorial e Causas médicas de desatenção (défices de visão/audição).

Relativamente à Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA)

A PHDA é caracterizada por dificuldades em manter a atenção (distração, dificuldades em completar tarefas), atividade excessiva (agitação e motora) e impulsividade (interromper os outros) em níveis que são inconsistentes com a fase de desenvolvimento da criança (Anastopoulos, 1996; Barkley, 2004; DuPaul, Junod & Flammer, 2004 cit in, Malaca, 2007).

Segundo o DSM-IV-TR estão referidos três sub-tipos de PHDA - o tipo Misto, o Tipo predominantemente desatento e o tipo predominantemente Hiperativo - Impulsivo - consoante a predominância dos sintomas comportamentais manifestados pela criança. Para que seja feito um bom diagnóstico desta perturbação, devem persistir pelo menos durante seis meses, seis ou mais sintomas de falta de atenção e seis ou mais sintomas de hiperatividade presentes no DSM-IV-TR; seis ou mais sintomas de falta de atenção, mas menos do que seis sintomas de hiperatividade - impulsividade existentes no DSM-IV-TR; ou seis ou mais sintomas de hiperatividade - impulsividade mas menos de seis sintomas de falta de atenção apresentados no DSM-IV-TR, respetivamente. Se estes critérios não forem preenchidos deverá ser diagnosticada PHDA sem outra especificação.

Os atuais dados da investigação ainda não identificaram com clareza a origem exata. Contudo, apontam para que fatores de ordem biológica, como complicações intra-uterinas e peri-natais, exposição pré-natal ao álcool e a fumo de tabaco, nascimento prematuro e baixo peso do recém-nascido, lesões pós-natais em regiões pré-frontais do cérebro, ou exposição a neurotoxinas (chumbo) contribuam para a sua ocorrência (Barkley, 2004 cit in Malaca, 2007).

A PHDA é considerada uma perturbação crónica, cujos sintomas se começam a notar na infância e se estendem até à idade adulta (Barkley, 2004; Fisher, Smallish & Fletcher, 2002, cit in Malaca,2007), influenciando a relação entre pais e filhos (Chronis et al., 2006), bem como o desempenho escolar e as relações com os pares (Barkley, 1990, cit. por Anastopoulos, 1996, cit in Malaca, 2007).

Raramente ocorre de forma isolada, estando associada a comportamentais, como a perturbação de oposição e comportamentos de agressividade, perturbações emocionais e desmotivação escolar (Anstopoulos, 1996; Barkley, 2004, cit in Malaca, 2007).

A PHDA apresenta a ocorrência dos sintomas, dependendo dos contextos em que a criança está inserida, podendo existir situações em que estes parecem diminuir. Os fatores mais importantes são o grau de interesse que uma criança com esse diagnóstico tem numa determinada atividade, e o nível de estruturação de um ambiente e tarefa que tem a sua frente. Parece que os comportamentos característicos de PHDA são passíveis de ser mais exacerbados quando as situações são altamente repetitivas, aborrecidas, e familiares, quando comparadas com as que são novidade e estimulantes (Barkley, 1977 & Anastopoulos, 1996 cit in Malaca, 2007).

1.3.4. Prevalências da PHDA

- Segundo (Baldwin, Brown e Milan, 2010) a PHDA é uma desordem caracterizada por desatenção, impulsividade e hiperatividade que afeta cerca de 3% -7% das crianças em idade escolar

Os meninos são de duas vezes mais afetados que as meninas

- Queixas escolares de desatenção e “agitação” atingem 20 a 25% das crianças.
- Até 60% dos pacientes diagnosticados na infância continuam apresentando sintomas na idade adulta (Garcia,2001).

1.3.4.1.Etiologia

As causas da PHDA são variadas e pode ser considerada multifatorial e muito provavelmente estarão dependentes de vários fatores diversificados. Por esse mesmo motivo, na maioria dos casos torna-se difícil determinar a sua causa específica.

Segundo (Rohde & Halpern, 2004) Apesar do grande número de estudos já realizados, as causas precisas do PDAH ainda não são conhecidas. Entretanto a influência de fatores genéticos e ambientais no seu desenvolvimento é amplamente aceita na literatura.

A contribuição genética é substancial; assim como ocorre na maioria dos transtornos psiquiátricos, acredita-se que vários genes de pequeno efeito sejam responsáveis por uma vulnerabilidade (ou suscetibilidade) genética ao a PHDA ,à qual somam-se diferentes agentes ambientais. Desta forma, o surgimento e a evolução do PHDA em um indivíduo parece depender de quais genes de suscetibilidade estão agindo, de quanto cada um deles contribui para a doença (ou seja, qual o tamanho do efeito de cada um) e dai a interação desses genes entre si e com o ambiente. Embora caracterizado por sintomas de desatenção,

hiperatividade e impulsividade, o PHDA é uma patologia bastante heterogênea, pelo menos no nível fenotípico.

1.3.4.2.Fatores ambientais

Agentes psicossociais que atuam no funcionamento adaptativo e na saúde emocional geral da criança, como desentendimentos familiares e presença de Perturbações mentais nos pais, parecem ter participação importante no surgimento e manutenção da doença, pelo menos em alguns casos. Segundo (Biederman cit in Rohde & Halpern,2004) encontraram uma associação entre PHDA e complicações na gestação ou no parto tem resultado em conclusões divergentes, mas tende a suportar a ideia de que tais complicações (toxemia, eclâmpsia, pós-maturidade fetal, duração do parto, estresse fetal, baixo peso ao nascer, hemorragia pré-parto, má saúde materna).

Outros fatores, como danos cerebrais perinatais no lobo frontal, podem afetar processos de atenção e motivação, relacionando-se indiretamente com a doença.

Uma contribuição genética substancial na PHDA é sugerida pelos estudos genéticos clássicos. Numerosos estudos de famílias com PHDA foram realizados, os quais mostraram consistentemente uma recorrência familiar significativa para esta PHDA . O risco para a PHDA parece ser de duas a oito vezes maior nos pais das crianças afetadas do que na população em geral.

Todas as evidências obtidas nos estudos com famílias não excluem, porém, a possibilidade de que a transmissão familiar do PHDA tenha origem ambiental. Nesse sentido, os estudos com gêmeos e adotados são fundamentais para determinar se uma característica é de fato influenciada por fatores genéticos. A concordância obtida

entre os pares de gêmeos nada mais é do que uma medida da herdabilidade, que, por sua vez, representa uma estimativa de qual porção do fenótipo é influenciada por fatores genéticos.

A maioria dessas investigações encontrou grande concordância para esta patologia, significativamente maior entre gêmeos monozigóticos do que entre dizigóticos.

1.3.4.3. Neurobiologia

Os dados sobre o substrato neurobiológico do PHDA são derivados dos estudos neuropsicológicos, de neuroimagem e de neurotransmissores. Embora pareça consenso que nenhuma alteração em um único sistema de neurotransmissores possa ser responsável por uma síndrome tão heterogênea quanto o PHDA, os estudos indicam principalmente o envolvimento das catecolaminas, em especial da dopamina e noradrenalina. Uma revisão mais ampla sobre o assunto pode ser encontrada em Rohde & Riesgo, cit in Rohde & Halpern,2004).

É sabido que o processo neuromaturacional do encéfalo tem uma progressão pósterio-anterior, ou seja, primeiro, mieliniza-se a região da visão, cuja janela maturacional se abre próximo do nascimento e se fecha em torno dos 2 anos de idade. Por último, mielinizam-se as áreas anteriores. Por isso, do ponto de vista neuro evolutivo, é aceitável certo nível de hiperatividade pura em crianças sem lesão até aproximadamente os 4 a 5 anos de idade, visto que a região pré-frontal, onde está o freio motor., só completa seu ciclo mielinogênico nesta faixa etária.

Assim, um estudo recente de neuroimagem estrutural evidenciou que a trajetória neuroevolutiva de aumento dos volumes intracerebrais das crianças com PHDA , porém sempre com volumes significativamente menores, o que sugere que os eventos que

originaram o quadro (influências genéticas ou ambientais) foram precoces e não-progressivos.

Portanto, no princípio, só havia um sistema atencional, e de PHDA era entendido como um fraco controle inibitório frontal sobre as estruturas límbicas. No entanto, a teoria de um único centro atencional . apesar de bem comprovada por estudos neuropsicológicos, de neuroimagem funcional e de neurotransmissores, pode explicar alguns casos de PHDA , mas não todos. A visão mais abrangente e completa deve incluir uma circuitaria neural com dois sistemas atencionais: um anterior, que parece ser dopaminérgico e envolve a região pré-frontal e suas conexões subcorticais (responsável pelo controle inibitório e funções executivas, como a memória de trabalho), apesar da importância das funções dos dois sistemas atencionais na neurobiologia da PHDA ainda são muito escassas as demonstrações diretas das suas relações recíprocas na Perturbação.

1.3.4.4.Fatores Pré e Peri-Natais

Há a considerar os fatores pré e peri-natais que podem interferir com as estruturas e funcionalidade do cérebro. O consumo de álcool e/ou de drogas durante a gravidez, a ocorrência de traumatismos crânio encefálicos ou a anoxia são fatores que podem ter ocasionado mudanças estruturais e funcionais do cérebro.

Os Fatores pré – natais o seu meio ambiente e as complicações surgidas durante a gravidez tem sido apontadas como causas relacionadas com os distúrbios da conduta infantil. Segundo alguns especialistas, as crianças prematuras com baixo peso à nascença, que sofram de anoximia durante o parto ou de infecções neonatais tem elevadas probabilidades de desenvolver problemas comportamento e hiperatividade.

1.4. Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção integrada nas Necessidades Educativas Especiais

As necessidades educativas especiais, surgiram diversos documentos legislativos, destacando o decreto-lei n.º 3/2008, publicado no dia 7 de janeiro, pelo ministério da educação, dado que se trata da atual legislação relativa à educação especial no nosso país.

A educação especial assim como o processo de referenciação, de avaliação e a elegibilidade e a tipologia dos alunos a beneficiarem de educação especial, na educação pré-escolar e nos ensinos básicos e secundário dos setores público, particular e cooperativo (Medeiros, 2009).

Para (Miranda Correia,2004) as Necessidades Educativas Especiais (NEE) podem ter várias origens, nomeadamente físicas, sensoriais, intelectuais e emocionais. Nelas se incluem também as Dificuldades de Aprendizagem (DE), derivadas de fatores orgânicos ou ambientais, sendo necessário recorrer a Adaptações Curriculares, a fim de colmatar tais dificuldades ou necessidades educativas. As NEE podem subdividir-se em permanentes ou temporárias, sendo as primeiras aquelas cuja adaptação do currículo é generalizada e objeto de avaliação sistemática, dinâmica e sequencial de acordo com os progressos do aluno no seu percurso escolar, por exemplo quando se trata de crianças que tenham sofrido de traumatismo craniano ou as crianças portadoras de autismo. Abrangem portanto, problemas do foro sensorial, intelectual, físico, emocional, ou quaisquer outros problemas ligados à saúde do indivíduo.

As NEE Temporárias são aquelas cuja adaptação do currículo escolar é parcial e se realiza de acordo com as características do aluno num determinado momento do seu percurso escolar. Refere-se a alunos com problemas ligeiros a nível do desenvolvimento das funções superiores: desenvolvimento motor, perceptivo, linguístico e sócio-emocional. Por exemplo problemas ligeiros relacionados com a aprendizagem da leitura e da escrita.

Uma das definições de NEE que (Correia,1997), comumente usada no nosso país,diz-nos o seguinte: «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 socio emocional».

Para (Clikeman, 2005) as dificuldades de aprendizagem foram definidos de varias maneiras ao longo do tempo. Uma definição proposta pela Comissão Nacional Conjunta, 1981 “ esses transtornos são intrínsecos ao individuo e presume ser devido à disfunção do sistema nervoso central”. As dificuldades de aprendizagem são idênticas com outros diagnósticos, incluindo atenção e hiperatividade (PHDA) ansiedade e depressão.

Segundo (Lyon, 1996) no geral o conceito de dificuldades de aprendizagem centra-se na noção de uma discrepância entre rendimento escolar de uma criança e sua aparente capacidade de aprender. Segundo este autor as dificuldades de aprendizagem não é uma doença única, mas inclui deficiência em qualquer uma das sete áreas relacionadas à leitura, linguagem e matemática. Estas dificuldades de aprendizagem frequentemente ocorrem com outro e com défices de habilidades sociais e emocionais ou distúrbios comportamentais. Estes autores (Walmsley,2001,Chapeeell, 2000) dizem que a investigação no domínio das dificuldades de aprendizagem devem ser inclusivas e participativas com todos os membros envolventes.

Assim este princípio diz que todas as pessoas portadoras de deficiências têm o direito de usufruir de condições de vida o mais comum ou “normal” possível, na sociedade em que vivem. Dito de outra forma, normalizar não quer dizer tornar normal, significa dar à pessoa oportunidades, garantindo seu direito de ser diferente e de ter as suas necessidades reconhecidas e atendidas pela sociedade.

O conceito de integração é um fenômeno complexo que vai muito além de colocar ou manter excepcionais em classes regulares” (Pereira, 1990 cit in Batista & Enumo 2004). É, portanto, parte fundamental de todo o processo educacional.

Essas noções de normalização e integração se difundiram rapidamente nos Estados Unidos da América, Canadá e por diversos países da Europa, fortalecendo-se, no final dos anos 60 e início dos anos 70 do século XX, junto com os movimentos de direitos civis, quando diversas minorias e grupos marginalizados começaram a lutar para conquistar seu espaço na sociedade (Glat, 1998; Saint-Laurent, 1997 cit in Batista & Enumo, 2004).

De um lado, havia um modelo de educação especial que adotava as *classes especiais* para alunos com necessidades educativas especiais, propondo-se a um atendimento mais específico (Mazzota, 1982 cit in Batista & Enumo 2004). Na medida em que esse modelo contribuía para segregação dessas crianças, a inclusão escolar ganhou força, refletindo os esforços atuais das sociedades pela sua integração em salas regulares de ensino, de forma a aceitar e respeitar suas diferenças (Bueno, 1991; Glat, 1989 cit in Batista & Enumo, 2004). A partir do final dos anos 80 do século XX, o termo integração começou a perder força, sendo substituído pela ideia de inclusão, uma vez que o objetivo é incluir, sem distinção, todas as crianças, independentemente de suas habilidades. Cabe aqui uma maior especificação das palavras *integração* e *inclusão* na área escolar, uma vez que ambas priorizam a inserção da pessoa com necessidades educacionais especiais na escola regular (Thomas, Walker & Webb, 1998). A palavra inclusão remete-nos a uma definição mais ampla, indicando uma inserção total e incondicional.

Integração, por sua vez, dá a ideia de inserção parcial e condicionada às possibilidades de cada pessoa, já que o pressuposto básico é de que a dificuldade está nas pessoas portadora de deficiência, e que estas podem ser incorporadas no ensino regular sempre que suas características permitirem.

Dito de outra forma, a inclusão exige a transformação da escola, pois defende a inserção no ensino regular de alunos com quaisquer deficits e necessidades, cabendo às escolas se adaptarem às necessidades dos alunos, (Werneck, 1997) A noção de inclusão, por essa razão, não estabelece parâmetros (como faz o conceito de integração) em relação a tipos particulares de deficiências.

Segundo (Sasaki, 1998 cit in Batista &Enumo,2004) faz uma outra distinção, conceituando a integração enquanto inserção do deficiente preparado para conviver na sociedade, e a inclusão como um todo.

A razão da PHDA é caracterizada pela presença de torpeza motora e dificuldades na noção de esquema corporal, que juntos com a desatenção, impulsividade e a hiperatividade acabam promovendo défices na aprendizagem bastante significativos, soma-se a estes aspetos o baixo autoconceito e a baixa auto-estima que fazem com que a criança fique fechada em si mesma, recusando-se a realizar atividades propostas.

Segundo (Guardiola,2006 cit in Sena & Souza 2010) o relacionamento interpessoal tem um papel significativo no crescimento humano, agindo como promotor ou inibidor do desenvolvimento do individuo. Então as interações nas relações interpessoais, sejam em família, na escola ou entre pares, podem influenciar o grau de comportamento e a comorbidade associada ao quadro da PHDA (APA, 2002). Segundo (Hoza,2005,Pelham e Bender,1982, Tonelotto,2002, Unnever e Cornell, 2003 cit in Sena &Souza 2010) dizem estes autores que a relação de crianças com PHDA e seus pares é repetidamente descrita na literatura como insatisfatória e deteriorada, estando essas crianças em constantes “situações de rejeição e vitimização por seus pares.

Uma revisão da literatura a PHDA é um diagnóstico psiquiátrico aplicada a crianças e adolescentes que apresentam níveis inadequados de desatenção ou impulsividade - hiperatividade (American Psychiatric Association, 1994, segundo Bandura (2004) muitos

dos comportamentos desajustados são adquiridos durante a infância e adolescência amplificando a importância de compreender como é que variáveis humanas se relacionam durante estas fases.

Segundo (Shapiro, DuPaul & Bailey, 1996) ao nível da escola, os alunos com PHDA podem apresentar uma aprendizagem inferior, aumentando assim o risco de desempenho escolar pobre. Por exemplo, os alunos com esta Perturbação podem ter dificuldade em atender a sala de aula e fazer anotações organizadas para análise posterior. É possível melhorar as estratégias ao trabalhar com os adolescentes PHDA podem aumentar a seu desempenho académico e comportamentais em sala de aula. (Spires & Stone, 1989).

Resumindo, a integração privilegia o aluno portador de necessidades educativas especiais, dividindo com ele a responsabilidade da inserção, enquanto a inclusão tenta avançar, exigindo também da sociedade, em geral, condições para essa inserção. Em outros termos, a integração é um tanto mais “individualizada” e a inclusão um tanto mais “coletiva”. (Gresham, 1982; Siperstein, Leffert, & Widaman, 1996 cit in Batista & Enumo, 2004).

Em conclusão para que seja conseguido um bom desenvolvimento das suas capacidades, é fundamental fornecer a estas crianças uma intervenção educativa especializada, assim, como meios e cuidados especiais que varia consoante as necessidades específicas de cada uma (Fonseca, 1984).

1.5. Bem-estar subjetivo em alunos com Perturbação de hiperatividade e déficit de atenção

O bem-estar subjetivo é uma atitude e como tal possui pelo menos dois componentes básicos: afeto e cognição (Ostrom, 1969 cit in Giacomoni, 2002). A felicidade ou bem-estar subjetivo, termo utilizado ao longo deste trabalho, é um componente considerado primordial para se ter uma vida saudável (Diener, Scollon, & Lucas, 2003 cit. in Siqueira & Padovam, 2008).

O BES focaliza estados afetivos numa perspectiva a longo prazo, então o BES é uma avaliação tanto cognitiva como emocional da própria existência. A aplicação das medidas de bem-estar subjetivo é muito indicada na área que investiga o desenvolvimento das crianças com necessidades educativas especiais e com sérios distúrbios emocionais (Giacomoni, 2002). Investigadores de diversos países procuram descobrir o quanto as pessoas se consideram felizes ou em que medida são capazes de realizar plenamente suas potencialidades (Siqueira & Padovam, 2008).

Casulo (2002) cita dois estudos : um realizado por Avia e Vásques, em 1998 e, outro realizado por Veenhoven, ambos os estudos revelam que, uma vez satisfeitas as necessidades básicas das pessoas, não existem grandes diferenças de satisfação de vida entre as nações. Assim, um número crescente de pesquisadores tem observado, após quase um século de investigação, que os fatores objetivos não se correlacionam fortemente com a felicidade, ou seja, possuir uma casa com vários cômodos, dispor de vários carros e telefones celulares de última geração, não é uma garantia de felicidade, o que pode ser observado facilmente na nossa experiência do dia-dia. Segundo Lyubomirsky (2001), os objetivos influenciam apenas entre 8 e 15% na variância da felicidade.

A utilização das medidas de bem-estar subjetivo é muito anunciada na área que investiga o desenvolvimento das crianças com necessidades educacionais especiais e em crianças com distúrbios emocionais (Giacomoni,2002).

Na adolescência a função da amizade é reconhecida na literatura científica como promotora do bem-estar subjetivo (Hartup e Stevens, 1997; Newcomb e Bagwell, 1996 cit in Sena &Souza,2010), do desenvolvimento cognitivo (Hartup, 1996 cit in Sena &Souza,2010) e do apoio social em crianças com PHDA sujeitas à vitimização e rejeição por seus pares (Garcia, 2005, cit in Sena & Souza,2010).

Os termos de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), o estado de saúde e estado funcional são usados muitas vezes como sinónimos, (Smith, 1999 cit in Bilhar,2010) realizaram um estudo em que os resultados indicaram que a qualidade de vida e o estado de saúde são construtos distintos e não devem ser usados alternadamente, observaram que o paciente enfatiza mais a saúde mental do que funcionamento físico quando qualidade de vida é avaliada. Já quando o estado de saúde é analisado, o padrão demonstrado anteriormente é revertido, indicando que a capacidade física é mais importante do que saúde mental. Assim a qualidade de vida é em parte um reflexo do estado funcional da capacidade de executar atividades diárias e do estado de saúde todos estes aspetos relacionam-se à qualidade de vida global (Eiser, Morse, 2001).

Griffin e Huebner em 2000 realizaram um estudo que pretendiam comparar o nível de satisfação com a vida entre grupo de adolescentes com sérios distúrbios emocionais com grupo de controle e encontraram diferenças. Os adolescentes com distúrbios relataram menor nível de satisfação relacionada com domínio dos amigos e um nível superior quando a relação era com família.

As medidas de bem-estar subjetivo e muito indicada na área que investiga o desenvolvimento das crianças com necessidades educacionais especiais (Giacomoni,2002).

Alguns estudos dizem que as crianças com PHDA não sofrem apenas de desatenção, hiperatividade e impulsividade, mas apresentam muitas perdas em vários contextos das suas vidas, como o desempenho acadêmico, comportamento escolar, relações entre colegas e o funcionamento familiar. Segundo (Johnston, 1996, cit in Bilhar 2010) fez um estudo e analisou a auto estima de pais de crianças com PHDA e obteve pior pontuação quando comparado com os pais de crianças de controle.

Ter amigos traz, um avanço nas habilidades sociais e no sentimento de bem-estar, aumentando a probabilidade de fazer e manter amigos (Hartup e Stevens, 1997). As relações de pares entre crianças/adolescentes são apontadas como importantes influências no sucesso acadêmico.

A escola inclusiva estão todos e tem que lidam diretamente e no dia a dia com crianças e adolescentes com NEE tem um papel fundamental no bem estar subjetivo dos alunos com limitações/deficiência dado que tem como dever, promover o potencial de funcionamento biopsicossocial (DGIDC, 2008).

A família, a escola é um dos contextos onde as relações afetivas se manifestam das mais diversas formas. Os elementos da comunidade educativa se tratarem bem a criança, o adolescente com carinho, reconhecerem os seus direitos como cidadãos iguais ao outros a criança e adolescente com deficiência ou não, experimentam um bem – estar subjetivo positivo, (Giacomoni,2002.)

Giacomoni (2002), na investigação sobre os domínios de vida que satisfazem melhor a criança/adolescente, obteve resultados consistentes de que a família, o lazer, a amizade, o self, a satisfação de necessidades básicas materiais, a satisfação de desejos, a escola e um ambiente harmónico são domínios imprescindíveis para que sinta satisfação com a vida positiva e vivencie emoções positivas.

Assim, o relacionamento interpessoal e o BES tem papel significativo no crescimento humano, e na adolescência agindo como promotor ou inibidor do desenvolvimento do indivíduo. Nas relações interpessoais, sejam em família, na escola ou entre pares, podem influenciar o grau de comprometimento e a comorbidade associada ao quadro de PHDA. As relações familiares, com colegas e amigos podem oferecer o apoio afetivo e social necessário para o enfrentamento de adversidades vitais comuns na realidade humana, sendo, provavelmente, os problemas de relacionamento com amigos os mais angustiantes com que crianças com PHDA terão que lidar (Barkley, 2002).

A amizade nas crianças com PHDA tem um contexto privilegiado para o desenvolvimento social, pois nessa relação a criança exercita habilidades interpessoais e adquire competências importantes, como a lealdade. Além disso, há maior intimidade na comparação com vínculos com pares em geral. Isso possibilita maior expressão das emoções, o que faz das relações de amizade um ambiente favorável para o desenvolvimento afetivo e emocional (Newcomb e Bagwell, 1995 cit in Sena &Souza, 2010).

Entretanto, é consensual entre diversos autores a noção de atratividade recíproca e sensação de bem-estar quando na companhia de amigos (Bukowski,1996 cit in Sena Souza,2010), além do sentimento de igualdade e escolha mútua e voluntária (Howes, 1983; Rubin e Coplan,1992 cit in Sena &Souza,2010).

O BES e a relação de crianças com PHDA e seus pares é repetidamente descrita na literatura como insatisfatória e deteriorada, estando essas crianças em constantes situações de rejeição e vitimização por seus pares.

2. Objetivo e Hipóteses do Estudo

O objetivo deste estudo foi avaliar o Bem – Estar Subjetivo em alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção. Neste estudo testaram-se as seguintes hipóteses:

H0: Alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção não se distinguem ao nível do Bem-estar Subjetivo dos alunos sem Necessidades Educativas Especiais;

H1: Alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção apresentam níveis mais baixos de Bem-estar subjetivo compósito.

H2: Alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção apresentam níveis mais baixos da Satisfação da vida.

H3: Alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção apresentam níveis mais baixos da Tonalidade Emocional positiva.

H4: Alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção apresentam níveis mais baixos da Satisfação com Suporte Social.

H5: Alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção apresentam níveis mais baixos ao nível da Qualidade da vida.

3. Metodologia

Este é um estudo ex post facto, do tipo prospetivo, de acordo com a tipologia de Montero & León (2007).

3.1. Participantes

Participaram neste estudo 496 alunos_ provenientes de escolas dos concelhos de Alijó, Braga, Esposende, Barcelos, Viana do Castelo, Paredes, Vila Nova de Gaia, Oliveira de Azeméis, Famalicão, Santo Tirso, Porto e Chaves. O grupo de alunos com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção foi constituído por 16 alunos (n=16) e o grupo de alunos sem necessidades educativas especiais foi constituído por 355 alunos (n=355).

De entre o grupo de alunos com Hiperatividade e défice de atenção, 11 alunos eram do género masculino (n=11) e 5 do género feminino (n=5), com idades compreendidas entre os 7 e os 17 anos (M: 12,06; DP:3,15.)

De entre os alunos sem Necessidades educativas especiais, 185 alunos eram do género masculino (n=185) e 167 do género feminino (n=167) com idades compreendidas entre os 4 e os 20 anos (M: 13,12; DP:3,13). Trata-se de uma amostra por “conveniência”, dado que estes dois grupos foram seleccionados de forma não aleatória.

Tabela1

Distribuição da amostra por género

	Com Hiperatividade (n=16)		Sem Necessidade Educativas Especiais (n=355)	
	masculino	feminino	masculino	feminino
Frequência(n)	11	5	185	167
Percentagem(%)	68,8	31,3	52,1	47,0

Tabela 2

Média e desvio padrão da idade no grupo total e por género(masculino e feminino)de alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

	Total (n=16)				Masculino (n=11)				Feminino (n=5)			
	Mínimo	Máximo	M	DP	Mínimo	Máximo	M	DP	Mínimo	Máximo	M	DP
Idade	7	17	12,06	3,1511	7	17	11,82	3,371	8	15	12,6	2,88

Tabela 3

Média e desvio padrão da idade no grupo total e por género (masculino e feminino) de alunos com necessidade educativas especiais.

	Total (n=48)				Masculino (n=18)				Feminino (n=30)			
	Mínim o	Máxim o	M	DP	Mínim o	Máxim o	M	DP	Mínim o	Máxim o	M	DP
Idad e	4	20	13,12	3,133	4	20	13,3	3,24	5	19	12,9	3,02
			4	8			0	3			0	4

3.2. Instrumentos

Dado que o que se pretendeu com este estudo foi avaliar o bem-estar subjetivo de alunos com Hiperatividade e défice de atenção, na recolha dos dados foram utilizadas quatro escalas : escala breve de satisfação com a vida (EBSV) (Huebner,1997), escala breve de satisfação com o suporte social (ESSS) (Gaspar, Ribeiro, Leal, Matos & Ferreira, 2009), escala de tonalidade emocional (ETE) (Rocha & Moreira, 2010) e escala breve de saúde mental (KIDSCREEN 10) (Ravens-Sieberer & European KIDSCREEN Group, 2005).

Escala Breve de Satisfação com a Vida (EBVS)

A EBSV é uma escala que avalia a satisfação com a vida. Foi desenvolvida por Huebner, em 1997. É constituída por seis itens e cada um avalia uma dimensão diferente: família, amigos, escola, *self*, ambiente onde vive, vida em geral. Para cada um dos itens, o sujeito deve assinalar a possibilidade de resposta, numa escala de Likert com seis graus de intensidades, “Terrível”, “Infeliz”, “Insatisfatória”, “Em parte satisfatória e em parte insatisfatória”, “Satisfatória”, “Agradável”, “Fantástica” - apresentadas numa escala tipo Likert de 0 a 6, em que 0 corresponde a *Terrível* e 6 a *Fantástica*.

Escala de Tonalidade Emocional (ETE)

A ETE é uma escala que avalia a tonalidade emocional da pessoa, ou seja, a sua afetividade positiva e negativa. Foi desenvolvida por Rocha e Moreira, em 2010, baseada na escala de Watson, Clark e Tellegen (1988) cujo nome é *Positive and Negative Affect*

Schedule. Verifica-se na frase introdutória ao autopreenchimento da mesma que se lê “Em que medida sentiu as seguintes emoções durante as últimas semanas”,

Tal como a original, esta escala, constituída por itens que descrevem uma emoção ou um sentimento, avalia duas dimensões: os afetos positivos englobando um total de 12 itens (como por exemplo, “Entusiasmado”) e os afetos negativos, num total de 15 itens (“Triste”). A escala é, então, formada por 27 itens.

O respondente deve assinalar a opção que mais se aplica a si próprio numa escala tipo Likert de cinco pontos, variando entre “Nada ou muito ligeiramente” (1) e “Extremamente” (5).

Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

A ESSS avalia a satisfação sentida pela pessoa relativamente ao suporte social percebido . Foi adaptada por Gaspar e colaboradores, em 2009 (Gaspar et al, 2009).

Esta escala é constituída por 12 afirmações que são apresentadas para autopreenchimento. O sujeito deve assinalar o grau em que concorda com a afirmação, numa escala de Likert com cinco graus de intensidades, “concordo totalmente”, “concordo na maior parte”, “não concordo nem discordo”, “discordo a maior parte” e “discordo totalmente”. A pontuação de cada afirmação/item varia entre 1 e 5, em que 5 corresponde a *concordo totalmente* e 1 a *discordo totalmente*.

A análise desta escala revela que esta apresenta boa consistência interna – o alpha de Cronbach para a escala total é de 0.70 (Gaspar et al., 2009).

Escala Breve de Saúde Mental (KIDSCREEN 10)

A KIDSCREEN 10 avalia a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde mental e

bem-estar das crianças e adolescentes (Gaspar et al., 2009). Esta medida unidimensional representa um resultado global de todas as dimensões das versões maiores, KIDSCREEN 52 e do KIDSCREEN 27, criados durante o desenvolvimento de um projeto da Comunidade Europeia levado a cabo por Ravens-Sieberer e colaboradores para a avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde (Ravens-Sieberer et al., 2008 cit. in Dinis, 2011).

Nos diversos países Europeus, a escala apresenta boas qualidades métricas (Gaspar et al., 2009). Os criadores dos instrumentos KIDSCREEN também produziram a versão Proxy, para pais e/ou cuidadores das crianças e adolescentes.

É composta por 10 itens, cada um avaliando uma das 10 dimensões que descrevem (QVRS): saúde e atividade física; sentimentos; estado de humor geral; auto-perceção; tempo livre; família e ambiente familiar; questões económicas; amigos; ambiente escolar e aprendizagem; e provocação. Para cada um, existe uma possibilidade de respostas, tipo Likert, que vai desde 1 para “nunca” até 5 para “sempre”. Um valor baixo neste instrumento reflete sentimento de infelicidade, insatisfação e desadequação face aos diversos contextos da vida das crianças e adolescente ao contrário de uma cotação elevada que indicia uma sensação de felicidade, perceção de adequação e satisfação com os seus contextos (Gaspar et al., 2009).

A versão portuguesa apresenta características adequadas para uma avaliação válida e de confiança no que se refere à QVRS em crianças e adolescentes portugueses (Gaspar et al., 2009).

3.3 Procedimentos

3.3.1 Recolha de dados.

Os procedimentos iniciais centraram-se na autorização dos órgãos diretivos das escolas a aplicar os questionários. Deferida e homologada em conselho pedagógico, procedeu-se ao

pedido do consentimento informado aos responsáveis legais dos alunos, com a garantia de confidencialidade dos resultados, pela atribuição de um código a cada participante. Selecionados os modo de aplicação dos questionários, em termos de logística de horários e espaços, decidiu-se pela aplicação dos mesmos e recolha dos dados pelos professores de educação especial e, em último recurso, pelos professores titulares de turma e diretores de turma.

O anonimato foi conseguido através da atribuição de um código a cada participante.

3.3.2. Análise de dados.

Os dados foram processados numa base de dados e as análises descritivas e inferenciais foram efetuadas pelo *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 18.0 para Windows.

Foi o usado o teste não-paramétrico de Mann-Whitney, para a diferença de médias entre grupos.

4. Resultados

Os alunos com hiperatividade, apresentam níveis mais baixos em todos os indicadores positivos de Bem-estar com a exceção da satisfação com o suporte social.

A hipótese 4 não se confirma porque o grupo com PHDA está mais satisfeito com o Suporte Social do que o outro grupo sem NEE, ao contrario da hipótese formulada.

Tabela 4

Mé dia e desvio padrão das dimensões do bem-estar subjetivo de alunos com Hiperatividade e déficit de atenção e de alunos sem necessidades educativas especiais (sem NEE).

	Com Hiperatividade			Sem necessidades educativas especiais (sem NEE)		
	N	M	DP	N	M	DP
BES total	16	197,8935	19,46547	355	208,4585	18,59339
ESSS_negativo	16	14,0625	5,09207	355	15,3152	4,54103
ESSS_positivo	16	16,6111	6,24361	355	13,0462	5,65249
ESSS_Total	16	32,5486	8,31068	355	27,7310	7,95027
ETE negativa	16	29,4930	9,84368	355	24,8854	9,21941
ETE positiva	16	42,3316	6,74321	355	46,3349	8,28618
ETE total	16	102,8386	12,88392	355	111,4762	14,08709
EBSV	16	27,0625	4,71125	355	29,7978	4,77967
KIDS	16	35,4438	6,40839	355	39,4535	5,56688

Nota. BES: bem-estar subjetivo; ESSS: suporte social; ETE: tonalidade emocional; EBSV: satisfação com a vida; KIDS: saúde mental

Tabela 5

Teste de Mann-Whitney para diferença de médias entre alunos com Hiperatividade e sem necessidades educativas especiais.

	Com Hiperatividade		Sem necessidades educativas		U	Z	P
	Mean	Sum of	Mean	Sum of			
	Rank	Ranks	Rank	Ranks			
BES total	125,53	2008,50	188,73	66997,50	1872,500	-2,306	0,021*
ESSS_negativo	157,09	2513,50	187,30	66492,50	2377,500	-1,105	0,269
ESSS_positivo	248,16	3970,50	183,20	65032,50	1845,500	-2,377	0,017*
ESSS_Total	251,50	4024,00	183,05	64982,00	1792,000	-2,499	0,012*
ETE negativa	242,66	3882,50	183,45	65123,50	1933,500	-2,163	0,031*
ETE positiva	131,75	2108,00	188,45	66898,00	1972,000	-2,070	0,038*
ETE total	120,78	1932,50	188,94	67073,50	1796,500	-2,487	0,013*
EBSV	124,00	1984,00	188,79	67022,00	1848,000	-2,371	0,018*
KIDS	122,38	1958,00	188,87	67048,00	1822,000	-2,429	0,015*

Nota (*) $P \leq 0.05$. BES: bem-estar subjetivo; ESSS: suporte social; ETE: tonalidade emocional; EBSV: satisfação com a vida; KIDS: saúde mental

Os resultados descritos nas tabelas serão descritos de seguida pelas hipóteses formuladas

H1: Alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção apresentam níveis mais baixos de Bem-estar subjetivo compósito.

Como se pode confirmar nas Tabela 4 e 5, os dois grupos distinguem-se ao nível do BES total ($U=1872.500$; $p=0,021$). Os alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção ($MR=125.53$; $SR=2008.50$) ($M= 197,8935$; $DP=19,46547$) apresentam níveis mais baixos de BES do que os alunos sem NEE ($MR=188,73$; $SR=66997.50$) ($M=208.45$; $DP=18,59$).

H2: Alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção apresentam níveis mais baixos da Satisfação da vida.

Confirma-se que os dois grupos distinguem-se ao nível da satisfação com a vida ($U=1848.00$; $p=0,018$). Os alunos com PHDA ($MR=124.00$; $SR=1984,00$) ($M=27,0625$; $DP=4,71125$) apresentam níveis mais baixos de satisfação com a vida dos alunos sem NEE ($MR=188.79$; $SR=67022,00$) ($M= 208,4585$; $DP= 18,59339$).

H3: Alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção apresentam níveis mais baixos da Tonalidade Emocional

Os resultados demonstram diferenças significativas ao nível do Tonalidade Emocional Total ($U=1796,500$; $P=0,013$). Os alunos com PHDA ($MR=120,78$; $SR=1932,50$) ($M=102,8386$; $DP=12,88392$) apresentam níveis mais baixos de tonalidade emocional do alunos sem NEE ($MR=188,94$; $SR=67073,50$) ($M=111,4762$; $DP=14,08709$).

Verificam-se, igualmente diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ao nível da ETE Positiva ($U=1972.000$; $p=0,038$), em que os alunos com PHDA ($MR= 131.75$; $SR=2108,00$) ($M=42,3316$; $DP=6,74321$) apresentam níveis mais baixos do que os alunos sem NEE ($MR= 188.45$; $SR=66898,00$) ($M=46,3349$; $DP=8,28618$). O grupo de alunos com

PHDA regista uma media superior (MR=242,66; SR=3882,50) (M= 29,4930; DP= 9,84368) comparativamente ao grupo sem NEE (MR= 183,45; SR= 65123,50) (M=24,8854; DP= 9,21941).

H4: Alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção apresentam níveis mais baixos da Satisfação com Suporte Social.

Os resultados demonstram a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível da satisfação com o suporte social (U=1792.000; p=0,012), com os alunos com PHDA (MR=251,50; SR=4024,00) (M=32,5486; DP=8,31068) a apresentarem níveis superiores de satisfação com o suporte social aos dos alunos sem NEE (MR=183,05; SR=64982,00) (M=27,7310; DP=4,54103)

O mesmo se verifica na dimensão da ESSS Positivo (U= 1845.500; p=0,017). Os alunos com PHDA (MR=248,16; SR=3970,50) (M=16,6111; DP=6,24361) apresentam níveis superiores de suporte social dos alunos sem NEE (MR=188,20; SR=65032,50) (M=13,0462; DP=5,65249).

Na ESSS Negativa não se verifica diferença significativa (U= 2377.500; p=0,269) entre os alunos com PHDA (MR= 157,09; SR=251,50) (M=14,0625; DP=5,09207) dos alunos sem NEE (MR=187,30;SR=66492,50) (M=15,3152;DP=4,54103)

H5: Alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção apresentam níveis mais baixos ao nível da Qualidade de vida.

Os resultados revelam diferenças estatisticamente significativas ao nível da qualidade com a vida (KIDSREEN) (U=1822,000; P=0,015). Os alunos com PHDA (MR=122.38;

SR=2108,00) (M=35,4438; DP=6,40839) apresentam níveis mais baixos de qualidade de vida do que os alunos sem NEE (MR=188,87; SR=67048,00) (M=39,4535; DP=5,56688).

5. Discussão dos resultados

Este estudo teve como objetivo avaliar o bem-estar subjetivo, numa perspetiva compósita, em alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA).

Os resultados revelaram que adolescentes com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção registam níveis mais baixos de bem-estar subjetivo do que alunos sem necessidades educativas especiais.

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

(H₁) - Alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção apresentam níveis mais baixos de Bem-estar subjetivo compósito.

Quando dizemos que uma pessoa possui alto BES (numa perspetiva compósita) estamos a referir de que ela está experienciando satisfação de vida e frequentes emoções de contentamento, alegria e frequentes emoções como tristeza e raiva. Assim, uma pessoa possui baixo BES quando não está satisfeita com a vida e frequentemente sente emoções negativas como a raiva ou ansiedade (Diener, 1984, Suh e Oishi, 1997, Lucas & Smith, 1999, cit in Giacomoni, 2002). O facto de os alunos com PHDA evidenciarem níveis mais baixos de BES, pode estar relacionado com vários fatores, incluindo componentes afetivo / emocionais e como estes alunos se sentem em relação a vários domínios, incluindo a escola (Klassen, 2004, Pelham 2007, Grenwald-Mayes, 2001, Mattos 2006, cit in Bilhar, 2010). Uma criança que apresente comprometimento de fatores emocionais e psicossociais tende a

apresentar níveis mais baixos de bem-estar, nomeadamente de qualidade de vida (Grenwald-Mayes,2001, cit in Bilhar,2010).

Também a família tem papel muito importante nestas crianças (Grenwald-Mayes,2001 cit in Bilhar,2010). A PHDA tem um impacto negativo também nos outros membros da família, com depressão, perturbações nas relações pai-filho, discórdia conjugal e stresse parental (Martènyi, 2009 cit in Bilhar, 2010). Estes alunos não sofrem só de PHDA, mas também apresentam prejuízos em vários contextos, incluindo o desempenho académico, comportamento escolar, relações com os colegas e o funcionamento familiar (Wender,2001, Escobar,2005, Pelham, 2007, Klein,2000, Saboya et al ,2007, cit in Bilhar,2010)

O BES inclui a avaliação subjetiva da qualidade da própria vida. Contudo, para muitas pessoas qualidade de vida é sinónimo de felicidade para outro é enriquecimento material e ainda para outros é o sucesso no relacionamentos com família e amigos (Eiser, Morse 2001) e procura compreender e avaliar o que as pessoas fazem de suas vidas (Albuquerque & Troccoli, 2004). Ou seja, o BES requer uma auto-avaliação que só pode ser observado pelo próprio individuo e não por indicadores externos e definidos por terceiros (Diener e Lucas,2000, cit in Siqueira & Padovam, 2008). O BES insere-se dentro de um marco fundamentalmente emocional tomando diversas denominações: felicidade (Argyle,1992 & Fierro 2000) satisfação com a vida (Veenhoven,1994) e afetos positivos e negativos (Bradburn, 1969 cit in Blanco e Díaz, 2005).

Estudos (Klassen 2004, Varni 2001, Varni Burwinkle 2006, Escobar et al, 2005 cit in Bilhar 2010) indicam que as crianças com PHDA registam níveis mais baixos de qualidade de vida, o que interfere diretamente no seu bem estar, socialização, auto estima e aprendizagem.

(H₂) - Alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção apresentam níveis mais baixos da Satisfação da vida.

Os resultados deste estudo demonstraram que os alunos com Perturbação de Hiperatividade e défice de Atenção apresentam níveis mais baixos de Satisfação com a vida. A satisfação refere-se à avaliação e valorização que a pessoa faz em relação a vários domínios da vida (Gonçalves, 2006), incluindo a avaliação cognitiva sobre a qualidade de vida individual (Shin & Johnson, 1978 cit. in Neto, 1999). As avaliações de satisfação com a vida estão relacionadas com a afetividade (positiva e negativa) e com a perceção acerca da capacidade para enfrentar os desafios da vida. A avaliação que o indivíduo faz da sua vida é uma componente essencial para o ser humano porque fornece uma serie de cognições e ações que permitem que os indivíduos constroem recursos pessoais e psicológicos que favorecem níveis mais elevados de bem estar (Giacomini,2002).

Devemos ter em atenção que a satisfação com a vida é um julgamento que o individuo faz sobre a sua vida se percebe distante ou próximo das suas aspirações (Keyes e Cols, 2002) dai talvez a diferença significativa da satisfação com vida dos alunos com PHDA e dos alunos sem NEE sendo a satisfação com a vida mais elevada dos alunos sem NEE do que os alunos com PHDA. Segundo (Weiss e Hechtman 1993, cit in Bilhar, 2010) relatam que jovens com PHDA tendem a ter menos amigos e apresentam intensa dificuldade em ter relacionamentos do sexo oposto tendo uma qualidade de vida precária que ira claramente prejudicar o futuro profissional, social e académico além de todas as interfaces da vida de qualquer individuo.

(H₃) - Alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção apresentam níveis mais baixos da Tonalidade Emocional positiva.

Os alunos com PHDA apresentaram níveis mais baixos de emocionalidade positiva. Tonalidade emocional refere-se aos afetos positivos e negativos vivenciados pelas pessoas (Lyubomirsky, 2008, cit in Silva e col. 2010) e a afetividade positiva tem a ver com a presença de emoções positivas e ausências de emoções negativas (Quevedo e Abella, 2010).

Neste estudo, verificam-se que os alunos com PHDA apresentam uma tonalidade emocional estatisticamente inferior á dos alunos do grupo de controlo. Conclui-se, então com este estudo que os adolescentes com ou sem limitações, vivenciam dois tipos de afetos, inclinando-se para experienciar os eventos diários de modo positivo (Giacomoni,2002), como defendem as teorias do bem estar subjetivo: teorias *top-down*, teorias de *hedonic treadmill*. As teorias de Top-down (Wilson,1967) este moledo Hedonin treadmill foi desenvolvido por (Brickman e Campberll, 1971) estes defendem que a afetividade positiva é importante para que a pessoa adote uma atitude positiva perante circunstâncias da vida, procure alcançar condições externas positivas, satisfação com a vida e bem-estar, e se adapte às condições vivenciadas nos diferentes domínios da vida.

Quando comparados as duas dimensões da tonalidade emocional e segundo (Cloninger e Zohar 2011, cit in Dinis, 2011) estes defendem que é graças ao bem estar psicológico que conseguimos avaliar a nossa vida positiva mesmo quando passamos por experiencias negativas e o bem estar subjetivo apresentam aspetos fundamentais como prazer a satisfação e a felicidade.

(H₄): Alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção apresentam níveis mais baixos da Satisfação com Suporte Social.

Apesar de se verificar, neste estudo, diferença estatisticamente significativa no construto “suporte social total”, os resultados também apontam para uma diferença não significativa no subconstruto “suporte social positivo”. Os alunos com PHDA demonstraram

estar mais satisfeitos com o suporte social do que os alunos sem necessidades educativas especiais.

O suporte social é entendido como a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós (Sarason, et al., 1993 cit in Ribeiro, 1999). Nas crianças e adolescentes o suporte social tem um papel muito importante na sua adaptação social e no seu desenvolvimento comportamental (Gaspar,2009).

De um modo geral, os resultados são consistentes no que concerne ao efeito protetor do suporte social, verificando-se que o grau de satisfação com o relacionamento interpessoal (Família, Amizades) parece ter um papel determinante em termos de resistência psicológica que se manifesta através da perceção subjetiva de bem-estar (Dunst e Trivette, 1990, cit in Pinto,2009) .

Estes elementos sugerem, como era previsto, a ideia de que o suporte social condiciona a reabilitação do sujeito, não só como estrutura protetora da saúde física e mental, mas também pelo seu efeito concomitante, isto é, pela ação facilitadora que pode desempenhar no confronto imediato, mobilizando os esforços adaptativos e incentivando formas mais adequadas de resolução dos problemas.

A família e os amigos são uma importante fonte de suporte emocional, ajudando a família a sentir mais confortada e protegida. Os alunos com PHDA demonstraram sentir que têm à sua disposição um conjunto de pessoas em quem eles podem confiar, que se preocupam e que gostam deles.

Nesta hipótese o grupo de PHDA está mais satisfeito, o suporte social é como uma “chave” facilitadora do bem estar (Brunstein,1993 cit in Pinto, 2009)), aliviando efeitos negativos (Harlow e Cantor,1996 cit in Pinto, 2009)). O suporte social inclui varias funções específicas ou benéficas como apoio material, emocional e companheirismo (Argyle,1999

cit in Pinto, 2009)) favorecendo as funções biológicas e é um indicador que mais importa em jovens com PHDA, tornando-os mais felizes, e conseqüentemente com mais qualidade de vida. Squassoni (2009 cit in Silva,2010) relacionou níveis de saúde mental com suporte social em crianças e adolescentes numa situação de risco e constatou que há correlações negativas entre estes dois fatores: ou seja quanto maiores os níveis de suporte social percebidos menores são as dificuldades que eles apresentam.

(H₅): Alunos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção apresentam níveis mais baixos ao nível da Qualidade de vida.

A Qualidade de vida refere-se a um construto que interfere positiva ou negativamente no bem estar das pessoas e por vezes condicionam o seu BES (Barkmann, 2003, Ravens-Sieberer et al., 2008, cit in Diniz,2010). Keyes (2006) defende que a saúde mental é um estado completo de BES e BEP e que os indivíduos com elevada saúde mental tem melhor desempenho no trabalho, são mais produtivos e apresentam menor risco de desenvolverem problemas de saúde como doenças cardiovasculares.

Sabe-se que as pessoas com perturbações mentais apresentam níveis de qualidade de vida inferiores. A PHDA está associada a um “prejuízo” a muitas dimensões de qualidade de vida, principalmente à saúde psicossocial, incluindo o desempenho académico, comportamento na escola e no relacionamento com os colegas, aspetos emocionais e funcionamento familiar (Klassen 2004 cit in Bilhar,2010).

Alguns estudos internacionais que têm avaliado a Qualidade de vida em crianças com PHDA revelam que tanto a criança como os pais percebem que os problemas interferem diretamente no quotidiano das crianças, pais e suas famílias (Klassen, 2004 ; Escobar,2005 cit in Bilhar 2010).

Adolescentes com necessidades educativas especiais apresentam maior tendência para desenvolver perturbações de ansiedade e depressão afetando o bem-estar em geral e desenvolvendo problemas interpessoais e de comportamento (Wilson, 2009).

Atualmente existe um maior interesse na temática da qualidade de vida, já que se sabe da importância que este transtorno reflete na sociedade (Klassen, 2004, Pelham et al 2007, Grenwald- Mayes et al, 2006, cit in Brilhar, 2010). No entanto o resultado da desordem da rotina diária e bem estar permanecem pouco explorados (Escobar, 2005 cit in Bilhar, 2010).

Alguns estudos também indicam que as crianças e adolescentes com PHDA demonstram quadros inferiores de qualidade de vida quando comparados com grupos de controlo. Os autores ressaltam a importância destas avaliações tanto para a mensuração da afetividade quanto para a observação do comportamento funcional que ocorre na perturbação (Mattos, Coutinho 2006, Klassen et al 2004, Escobar 2005 Topolski et al 2004, Marteny 2009, Varni, Burwinkle, 2006, cit in Bilhar, 2010).

Limitações do estudo

A interpretação dos resultados deve ser feita com algumas precauções, devido à limitações deste estudo. Uma das limitações encontradas foi a amostra, com o grupo experimental diminuto (16) e dispare do grupo de controlo (355). Quanto à avaliação do bem-estar subjetivo recomendamos mais estudos, com maior amostra e equiparada entre grupo com PHDA e sem necessidades educativas especiais.

Mais estudos devem ser realizados para uma avaliação das questões relacionadas com a qualidade de vida, bem-estar, auto estima e funcionamento psicossocial, ente outros.

Implicações para a prática

Ressaltamos a grande importância desta temática no cotidiano dos portadores da PHDA, tanto na idade escolar, na adolescência, na vida adulta, para que as estratégias interfiram positivamente na qualidade de vida destas pessoas.

6. Referências Bibliográficas

- Albuquerque, A. S., Tróccoli, B. (2004). Desenvolvimento de uma Escala de Bem-Estar Subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (2): 153-164.
- American Psychiatric Association (2000). Manual de Diagnóstico Estatísticas das Perturbações Mentais. 4ª ed. (DSM-IV-TR). Climepsi Editores.
- Andrewes, F.M. & Withey, S.B. (1976). Social indicators of Well-being: America's perception of quality of life. New York : Plenum Press.
- Baldwin, K., Brown, R., & Milan, M. (2010). Predictors of Stress in caregivers of Attention Deficit Hyperactivity Disordered Children. *Journal of Family Therapy*, vol 23.No.2
- Ballesteros, B., Medina, A., & Javeriana, P., (2006). El Bienestar Psicológico definido por asistentes a un servicio de consulta psicológica en Bogotá Colombia, *Universidad Psicológica Bogotá*, 5 (2): 239-258.
- Batista, M., Enumo, S., (2004). Inclusão escolar e deficiência mental: análise da interação social entre companheiros. *Universidade Federal do Espírito Santo, de Psicologia* 9(1), 101-111
- Bandura, A. (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education & Behavior* , 31 (2): 143 - 164.
- Barkley, R. (1990). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford.
- Barkley, R. (2002). *Transtorno do Déficit de Atenção/ Hiperatividade: Guia completo para pais, professores e profissionais de saúde*. Porto Alegre, Artmed, 328 p.
- Barrera, F., Cruz, J., Gomez, V., & Posada, C. (2007). Factores Predictores de Bienestar en una Muestra Colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol nº2 311-325.

- Bilhar, J. (2010). *Qualidade de vida de crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade*. Dissertação de mestrado não publicada. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Bordwine, V. & Huebner, S. (2010). The Role of Coping in Mediating the Relationship Between Positive Affect and School Satisfaction in Adolescents, University of Carolina, Columbia, 3:349–366
- Blanco, A., & Díaz, D. (2005) El bienestar social: Su concepto y medición *Universidad Autónoma de Madrid, Psicothema. Vol.17 n°4, pp.582-589*
- Bradbun, N.M. (1969). The Structure of psychological Well-being. Chicago: Aldine.
- Brief, A.P., Butcher, A. H., George, J. M., & Link, K. E. (1993). Integrating Bottom-up and Top-down theories of subjective well being: The case of health. *Journal of Personality and Social Psychology, 64* (4), 646-653.
- Casulo, M. M. (2002). Evaluación del bienestar psicológico. *Evaluación del bienestar psicológico en IberoAmerica, 1*, p.11-29.
- Correia, L.M. (1997). *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares*. Porto Editora: Porto.
- Correia, L. M. (2008). *Inclusão e Necessidades Educativas Especiais*, 2ª Edição, Porto Editora: Porto.
- Correia, L. M. (2004). Problematização das dificuldades de aprendizagem nas necessidades educativas especiais. *Análise Psicológica*, 2 (XXII): 369-376
- Chronis, A., Jones, H., & Raggi, V. (2006). Evidenced-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactive disorder. *Clinical Psychology Review, 26*, 486-502
- Chappell, A.L. (2000) Emergence of participatory methodology in learning difficulty research: understanding the context. *British Journal of Learning Disabilities, 28*,38-43.

- Clikeman, S., & Martínez, R. (2004). Emotional Adjustment and School Functioning of Young Adolescents with Multiple Versus Single Learning Disabilities. *Journal Learning Disabilities*, Vol 37, nº5. pp 411-420
- Clikeman, M., (2005). Neuropsychological Aspects for Evaluating Learning Disabilities: *Journal of Learning Disabilities*, Vol 38, 553-568
- Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de Janeiro de 2008. (2008). Diário da República, 1ª Série – n.º 4. Ministério da Educação.
- Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 95: 542-575.
- Diener, E. (1994). El bienestar subjetivo. *Intervención Psicosocial*, 3, 67-113.
- Diener, E., & Ryan, C. (2009). Subjective well-being: a general overview. *South African Journal of Psychology*, 39 (4), 391-406.
- Diener, E. & Suh, E. M. (2000). *Culture and subjective wellbeing*. Cambridge: MIT.
- Diener, E. e Lucas, R. F. (2000). Subjective emotional well being. Em M. Lewis e J. M. Haviland (Orgs.), *Handbook of Emotions* (pp. 325-337). New York: Guilford.
- Diener, E., Lucas, R., & Scollon, C. (2006). Beyond the Hedonic Treadmill: revising the Adaptation Theory of Well-Being. *American Psychologist*, 4: 305-314.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R. E., & Smith, H. (1999). Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, 125: 276-302.
- Diener, E. (1996) Traits can be powerful but are not enough: Lessons from subjective well-being. *Journal of Research in Personality*, 30, 389-399.
- Diener, E. & Suh, E. (1997). Measuring quality of life: economic, social, and subjective indicators. *Social Indicators Research*, 40, 189-216.
- Diener, E., & Diener, M.B. (1998). Happiness: Subjective Well-being. Em H.S. Friedman (ED) *Encyclopedia of Mental Health*, (Vol.2, pp311-321). San Diego: Academic Press.

- Dinis, L.(2011). *Bem-estar subjetivo e personalidade*. Dissertação de mestrado não publicada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade Lusíada do Porto, Porto.
- Dinis, J., Matos, M., Silva, A., (2010). Escola e Bem ESTAR Subjetivo nas crianças e Adolescentes. *Journal of and adolescent Psychology*, Revista de Psicologia da criança e do Adolescente, Lisboa.
- Direcção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, [DGIDC], (2008). *Educação Especial. Manual de Apoio à Prática*. Lisboa: Ministério da Educação.
- DuPaul, G., Junod, R., & Flammer, L. (2006). Attention-deficit/hyperactivity disorder. In R. Mennuti, A. Freeman, & R. Christner (Eds.), *Cognitive-behavioral interventions in educational settings : A handbook for practice* (pp. 139-161). New York : Routledge.
- Eiser, C, Morse, R (2001).Quality-of-life measures in Chronic diseases of Childhoo.*Health Technology*; 5(4).
- Falardeau, Guy (1999). *As crianças hiperactivas*, Edições CETOP, Mem Martins,pp21.
- Freire, S. A. (2001). Bem-estar subjetivo e metas de vida: um estudo transversal com homens e mulheres pertencentes a três faixas de idade. Tese de Doutorado Não-Publicada Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Estadual de, Campinas.
- Fonseca, V. (1984). *Uma introdução às dificuldades de aprendizagem*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Galinha, I. C. & Ribeiro, J.L.P. (2008). The structure and Stability of Subjective Well-Being: a Structure Equation Modelling Analysis. *Appllied research quaqlity Life*, 3: 293 – 314.

- Galinha, I.C. (2008). Bem-Estar Subjectivo – Factores Cognitivos, Afectivos e Contextuais. Colecção Psicologias: série Psicologia e Saúde. Lisboa: Quarteto.
- Galinha, I. C. & Ribeiro, J.L.P. (2005). História e Evolução do Conceito de Bem Estar Subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6 (2): 203 – 214.
- Garcia, (2001) Imaculada Moreno, *Hiperactividade*, McGraw-Hill, Amadora.
- Gaspar, T., Ribeiro, J. L., 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, L. (2002). *Bem estar subjetivo infantil*. Curso de Pós Graduação em Psicologia do Desenvolvimento. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Giacomoni, C. (2004). Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia*. 12 (1), 43-50.
- Gill, T. M., Feinstein, A. R. (1994). A critical appraisal of the quality of quality-of life measurements: *Jama*. 272(8):619-26.
- Gilman, R., Huebner, E. S., & Laughlin, J. (2000). A First Study of the Multidimensional Students Life Satisfaction Scale With Adolescents. *Social Indicators Research*, 52: 135-160.
- Gilman, R. & Huebner, E.S. (2006). Characteristics of adolescents who report very high life satisfaction. *Journal of Youth and Adolescence* (35),3: 311-319.
- Gonçalves, S.M. (2006). Mas, afinal, o que é a Felicidade? ou, quão importantes são as relações interpessoais na concepção da Felicidade entre Adolescentes. Tese de Doutorado apresentada à Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.
- Gonçalves, A (2008). *Bem –estar pessoal e satisfação profissional em profissionais de Saúde mental*. Dissertação de mestrado . Instituto de Psicologia Aplicada.

- Hartup, W., & Stevens, N. (1997). Friendships and adaptation in the life course. *Psychological Bulletin*, 121(3):355-370.
- Hernandez, P., (2006). Inteligencia Emocional, Y Moldes Mentales en la Explicación del Bienestar Subjetivo. Universidad de La Laguna Editores de Ansiedad y Estrés, 12(2-3), 439-462.
- Huebner, E. S. (1994). Preliminary Development and Validation of a Multidimensional Life Satisfaction Scale for Children. *Psychological Assessment*, 6 (2), 149-158.
- 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.
- Jensen, P. S., & Kenny, D. T. (2004). The effects of yoga on the attention and behavior of boys with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of Attention Disorders*, 7, 205–216.
- Johnston, Ch. Mash, E. (2001). Families of Children With Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: Review and Recommendations for Future Research *Clinical Child and Family Psychology Review*, vol. 4.
- Keyes, C. L. (2006). Subjective Well-Being in Mental Health and Human Development Research Worldwide: An Introduction. *Social Indicators Research*, 77:1 – 10.
- Landau, S., Milich, R., & Diener, M. (2006). Peer relations of children With Attention-Deficit Hiperactivity Disorder *University of Kentucky, Lexington, Kentucky, USA*.
- Lent, R. W. (2004). Toward a Unifying Theoretical and Practical Perspective on Well-Being and Psychosocial Adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 51 (4): 482-509.

- Lyon, G., (1996). Learning Disabilities. The Future of Children Special education for students with disabilities, vol., No1..
- Lyubomirsky, S. (2001). Why are some people happier than other: The role of cognitive andmotivacional processes in well-being. *American Psychologist*, 56, 239-249.
- Lopes, João A. L. (1998). *Distúrbio hiperactivo de défice de atenção em contexto de sala de aula*, Instituto de Educação e Psicologia - Centro de Estudos em Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Baga
- Lopes,J. (2003). A hiperatividade, Coleção Nova Era, Editota Quarteto, Coimbra.
- Lucas, R. E.; Diener, E. e Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 616-628.
- Malaca, I. (2008). Hiperactividade com Défice de Atenção: Que Soluções?
Proposta de Construção de um Programa de Formação de Pais. Dissertação de Mestrado integrada em Psicologia. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Martel, M. Nigg, J., & Eysel, A. (2008). How do Trait Dimensions Map onto ADHD Symptom Domains? *J Abnorm Child Psychol* Springer Science + Business Media, LLC, 37:337–348
- Medeiros, G. M. (2009). *A participação dos pais/encarregados de educação de alunos com necessidades educativas especiais no processo ensino- aprendizagem - um estudo de caso*. Dissertação apresentada à Universidade Portucalense Infante D. Henrique, Porto.
- Mendes, M. F., Balsimelli, S., Stangehaus, G. e Tilbery, C. P. (2004). Validação da Escala de Determinação Funcional da Qualidade de Vida na Esclerose Múltipla para a Língua Portuguesa. *Arquivos Neuropsiquiatria*, 62 (1), 108-113.
- Neto, F. (1999). Satisfação com a vida e caraterísticas de personalidade. Faculdade de Psicologia e de Ciencia da Educação, Universidade do Porto, 22,55-70.

- Novo, R. F. (2003). Para além da Eudaimonia: O Bem - Estar Psicológico em Mulheres na Idade Adulta Avançada. Fundação Calouste Gulbenkian/Fundação para a Ciência e a Tecnologia/ Ministério da Ciência e do Ensino Superior. Coimbra: Dinalivro.
- Organização Mundial de Saúde (1946). Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. Genebra: OMS
- Organização Mundial da Saúde (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde*. Direcção-Geral de Saúde, Lisboa.
- Padovam, V., & Siqueira., M. (2008) Bases Teóricas de Bem Estar Subjetivo, Bem Estar Psicológico e Bem Estar no Trabalho, Universidade Metodista de São Paulo, *Psicologia* vol.24 n.2, pp. 201-209.
- Parker, H.C. (2003) Desordem por deficie de atenção e hiperatividade – um guia para pais, educadores e professores. Porto. Porto Editora.
- Pavot, W.; Diener, E.; Colvin, C. R. e Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction with Life Scale: evidence for the cross-method convergence of wellbeing measures. *Journal of Personality Assessment*, 57, 149-161.
- Pinto, A. M. , Picado, L (2011). Adatação e Bem Estar nas Escolas Portuguesas. 1º Edições Coisas de Ler Lisboa.
- Quevedo, R.,Abella, M. (2010). El papel del optimismo y del apoyo social en el bienestar subjetivo. Enero-febrero vol.33,No.1.
- Rohde, I., & Halpern, R.(2004). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: Atualização: *Jornal de Pediatria; Sociedade Brasileira de Pediatria*, Vol. 80, Nº2
- Ribeiro, J. L. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica* (17), 547-558.
- 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.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. D. e Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., & Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139.
- Sena, S., & Souza, L(2010). Amizade, Infância e TDAH. Universidade Federal de Minas Gerais, FAFICH, Departamento de Psicologia. *Contextos Clínicos*, 3(1):18-28.
- Silva, A. B., Matos, M. G. & Diniz, J., A. (2010). Escola e Bem-Estar Subjectivo nas Crianças e Adolescentes. *Journal of Child and Adolescent Psychology*, 1 (4): 117-140.
- Silva, M. D. (2010). *Adolescentes em medidas sócio-educativas: saúde mental, auto-estima, suporte social e estilos parentais*. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.
- Silva, A,B. (2005) *Mentes Inquietas, compreender o Distúrbio do Deficie de Atenção*. Causas.Editora Pergaminho.
- Sirgy,M.J. (2002).*The Psychology of Quality of life*.Dordrecht:Klewer Academic Publisheres.
- Shin, D. e Jonhson,D.(1978).Avowed happines as na overall assessment of the quality of life – *Social indicatons Research*,5,474-492.

- Spires, H. A., & Stone, D. P. (1989). The directed notetaking activity: A self-questioning approach. *Journal of Reading*, 33, 36-39.
- Shapiro, E. S., DuPaul, G. J., Bradley, K. L., & Bailey, L. T. (1996). A schoolbased consultation program for service delivery to middle school students with attentiondeficit/hyperactivity disorder. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 4, 73-81.
- Simões, A. (1992). Ulterior Validação de uma Escala de Satisfação com a Vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, Ano XXXVI, nº3, 503-515.
- Thomas, G., Walker, D., & Webb, J. (1998). *The making of the inclusive school*. Nova York: Routledge.
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3:87-116
- Veenhoven, R. (1996). The study of Life Satisfaction. Em Saris, W.E., Scherpenzeel, A.C. & Bunting, B. (Ed.). *A Comparative Study of Satisfaction With University Press Europe* (pp 11-48).
- Vianna, F. (2005). *A Representação da Felicidade do Pensamento Ocidental*. Programa de Pós Graduação em Psicologia. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Walmsley, J. (2001). Normalisation, Emancipatory Research and Inclusive Research in Learning Disability, *Disability & Society*, 16, 2 187-205.
- Werneck, C. (1997). *Ninguém mais vai ser bonzinho, na sociedade inclusiva*. Rio de Janeiro: WVA.
- Wilson, A. M. Armstrong, C. D. Furrie, A. & Walcot, E. (2009), jan./fev.). The mental health of canadians with self-repor learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 42 (1), 24-40.

