Universidades Lusíada

Mestre, Maria de Deus Pereira

# Bem-estar subjectivo em crianças e jovens com deficiência auditiva na perspectiva dos pais/ cuidadores

http://hdl.handle.net/11067/2074

## Metadados

**Data de Publicação** 2012

**Resumo** O estudo do bem-estar subjetivo procura compreender a avaliação que as pessoas fazem de suas vidas. O objetivo deste estudo foi avaliar diversos indicadores de bem- estar subjetivo (satisfação com a vida, tonalidade emocional, satisfação com o suporte social e saúde mental) em estudantes com défice auditivo, na perspetiva dos pais (proxies). A metodologia utilizada focou-se num estudo do tipo ex post facto prospetivo. Participaram neste estudo 56 pais/encarregados de educação, 8 destes pais com ...

Abstract: The study “subjective well-being” aims to understand what people do with their lives. The aim of this study was to evaluate several indicators of subjective welI-being (life satisfaction, emotional tone, satisfaction with social support and mental health) in students with hearing impairment, in the parents’ perspective (proxies). The sample consists of 56 parents / tutors, eight of these with children with hearing impairment and 48 without. In collecting the data, four scales were use...

**Palavras Chave** Educação Especial, Necessidades Educativas Especiais, Deficiência auditiva, Crianças, Jovens, 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 (KIDSCREEN 10), Psicologia

**Tipo** masterThesis

**Revisão de Pares** Não

**Coleções** [ULP-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-10-12T09:12:37Z com informação proveniente do Repositório

http://repositorio.ulusiada.pt

Dissertação
para a obtenção
do Grau de Mestre em:

**Educação Especial**

# BEM-ESTAR SUBJETIVO EM CRIANÇAS E JOVENS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA NA PERSPETIVA DOS PAIS/CUIDADORES

*Maria de Deus Pereira Mestre*

PORTO 2011

Instituto de Psicologia
e Ciências da Educação
Universidade Lusíada do Porto

## Dedicatória

Dedico aos meus filhos Bruno, Daniel e Helena e ao meu marido pela compreensão, paciência e apoio no percorrer deste percurso.

Vós sois a minha luz…...a minha âncora……

"A felicidade não está no que acontece mas no que acontece em nós desse acontecer."

(Vergílio Ferreira)

**Agradecimentos**

Ao Professor Doutor Paulo Moreira pelo rigor, pela partilha e pela enorme paciência.

Ao Doutor João Tiago Oliveira pela sua disponibilidade e apoio incondicionais.

Às famílias das crianças e jovens pelo seu precioso contributo, numa base confidencial e anónima.

Aos diretores das escolas, sem a sua colaboração este projeto não seria possível.

À Universidade Lusíada e ao seu corpo docente por me terem proporcionado a aquisição de conhecimentos necessários nesta caminhada.

Aos meus pais, ao meu pai em memória, à minha mãe por ter sempre valorizado o conhecimento.

A todas as colegas e amigas, por todo o tipo de apoio……..

A todos vós o meu muito obrigada!

## Índice

Dedicatória……..…ii

Agradecimentos…….……iii

Índice…….……iv

Índice de Quadros…….……vi

Índice de Tabelas …….……...…..vi

Lista de Abreviaturas……vii

Resumo……..…. viii

Abstract…….……ix

1. Introdução ..... 1

1.1. Aspetos da Deficiência……1

1.1.1 Conceito de deficiência……1

1.1.2 Conceito de necessidades educativas especiais……2

1.1.3. A deficiência auditiva……...3

1.1.3.1 A família e a deficiência auditiva ..... 8

1.2.Bem - Estar Subjetivo……12

1.2.1. Componentes do bem-estar subjetivo……15

1.2.1.1. Satisfação com a vida..... 17

1.2.1.2.Saúde mental……19

1.2.1.3. Satisfação com o suporte social……20

1.2.1.4. Tonalidade emocional..... 22

1.2.2.Organização e funcionamento do bem-estar subjetivo……...23

1.2.2.1. Modelo Hedonic Treadmill.....24

1.2.2.2. Modelo Bottom-Up e Top Down..... 25

1.2.2.2.1. Teoria Bottom-Up.....25

1.2.2.2.2. Teoria Top-Down..... 26

1.3. Bem-estar subjetivo e a deficiência auditiva ..... 27

1.4. Mensuração do bem-estar subjetivo em crianças e jovens……28

2. Objetivo e hipóteses do estudo…….31

3. Metodologia ..... 32

3.1. Participantes……32

3.2. Instrumentos……...34

3.3. Procedimentos……...37

3.3.1. Recolha de dados……...37

3.3.2. Análise de dados……38

4. Resultados…….39

5. Discussão dos resultados……..40

6. Referências bibliográfica……..47

## Índice de Quadros

Quadro 1 – Síntese das características distintivas do bem-estar subjetivo e do bem-estar psicológico……14

Quadro 2 – Componentes do bem-estar subjetivo……....17

## Índice de Tabelas

Tabela 1 – Distribuição da amostra por género……32

Tabela 2 – Média e desvio padrão da idade no grupo total e por género de alunos com défice auditivo cujos respondentes foram proxies……33

Tabela 3 – Média e desvio padrão da idade no grupo total e por género de alunos sem défice auditivo cujos respondentes foram os proxies …… ……... 33

Tabela 4 – Teste de Mann-Witney para diferença de médias entre alunos com e sem défice auditivo na perspetiva do proxy…… 39

## Lista de Abreviaturas

| | |
|---|---|
| BE | Bem-estar |
| BEP | Bem-Estar Psicológico |
| BES | Bem-Estar Subjetivo |
| 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 |
| QRVS | Qualidade de vida relacionada com a saúde |
| SV | Satisfação com a vida |

**Resumo**

O estudo do bem-estar subjetivo procura compreender a avaliação que as pessoas fazem de suas vidas. O objetivo deste estudo foi avaliar diversos indicadores de bem-estar subjetivo (satisfação com a vida, tonalidade emocional, satisfação com o suporte social e saúde mental) em estudantes com défice auditivo, na perspetiva dos pais (proxies). A metodologia utilizada focou-se num estudo do tipo ex post facto prospetivo. Participaram neste estudo 56 pais/encarregados de educação, 8 destes pais com filhos com défice auditivo e 48 sem défice auditivo. Na recolha dos dados foram utilizadas quatro escalas na versão proxy. 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. Os resultados demonstram que os pais de alunos com défice auditivo consideram que os seus filhos possuem maiores índices de bem-estar subjetivo.

**Palavras-Chave:** bem-estar subjetivo; deficiência auditiva; perspetiva do proxy.

**Abstract**

The study "subjective well-being" aims to understand what people do with their lives. The aim of this study was to evaluate several indicators of subjective well-being (life satisfaction, emotional tone, satisfaction with social support and mental health) in students with hearing impairment, in the parents' perspective (proxies).The sample consists of 56 parents / tutors, eight of these with children with hearing impairment and 48 without. In collecting the data, four scales were used in proxy version. The results show that parents of students with a hearing impairment believe that their children have higher levels of subjective well-being, including additional emotinal tonality, higher live satisfaction, higher mental health and higher satisfation with social support. These results are congruent with some studies about life quality, and have implications for the promotion of life quality of students with hearing impairment at the level of school behaviour.

Keywords: sujective well-being; hearing impairment; proxy perspective

# 1. Introdução

## 1.1. Aspetos da Deficiência

### 1.1.2 Conceito de deficiência.

As denominações e classificações da criança portadora de deficiência sofreram algumas evoluções. Em primeiro lugar, contextualizado no final do século XIX e início do século XX, surge o modelo de anormalidade, onde a criança deficiente, retardada, é apelidada de anormal. Fazia-se distinção entre as crianças que eram capazes e aquelas que não eram capazes (anormais) de frequentar a escola (Plaisance, 2005).

As crianças anormais são crianças que em virtude da sua constituição física e intelectual se tornaram incapazes de aproveitar dos métodos comuns de instrução e de educação em vigor nas escolas públicas (Binet & Simon 1907, p.406).

O segundo modelo, o da inadaptação, formulado durante a 2ª Guerra Mundial, tinha como objectivo ajudar a formular políticas de educação social, nomeadamente, em relação à infância "inadaptada". Pretendia, igualmente, afastar-se de denominações com caráter pejorativo, tais como, "crianças anormais, retardadas, deficientes, irregulares, esquizofrénicas, de rua, em perigo moral."

São inadaptados uma criança, um adolescente, ou de modo geral um jovem de menos de 21 anos cuja insuficiência das aptidões ou cujos defeitos de caráter o colocam em conflito prolongado com a realidade e exigências reclamadas pela idade e pelo meio social do jovem (Chauviére, 2005, cit in Plaisance, 2005, p. 406).

O modelo da deficiência, surgiu em 1975, pela lei "de orientação em favor das pessoas deficientes". Esta lei opta por não atribuir qualquer definição, pretendendo evitar mais divergências entre as várias abordagens científicas e evitar possíveis exclusões de beneficiários desta lei. A partir daqui, a deficiência torna-se numa importante referência

de ação pública, não beneficiando apenas as crianças, mas alargado a todas as idades (Plaisance, 2005).

Como se conclui através desta evolução apresentada por Plaisance, a preocupação com a criança portadora de deficiência já remonta há vários anos. Verifica-se, também, grandes progressos a favor da interação escolar destas crianças e a aplicação do direito à escolarização, começa então a defesa da escola para todos.

### 1.1.3 Conceito de necessidades educativas especiais.

O conceito de N.E.E. surge de uma evolução de conceitos, de carácter social ou educacional, proporcionando uma igualdade de direitos, nomeadamente no que diz respeito à não discriminação por razões de raça, religião, opinião, características intelectuais e físicas, a toda a criança e adolescente em idade escolar. "Há uma necessidade educativa especial quando um problema (físico, sensorial, intelectual, emocional, social) ou qualquer combinação destas problemáticas afecta a aprendizagem ao ponto de serem necessários acessos especiais ao currículo, ao currículo especial ou modificado, ou a condições de aprendizagem especialmente adaptadas para que o aluno possa receber uma educação apropriada". (Brennan, 1998, cit in Correia, 1997: 48).

Segundo Wedell, (1983, p.19), o termo necessidades educativas especiais refere-se ao desfasamento entre o nível de comportamento ou de realização da criança e o que dela se espera em função da sua idade cronológica.

São grandes as responsabilidades cometidas ao professor do ensino regular, o que o obriga a reflectir sobre estratégias e a desenvolver actividades de ensino individualizado, que lhe permita dar uma resposta eficaz à problemática do aluno com NEE (Correia, 1997).

A deficiência auditiva é uma deficiência na audição, permanente ou temporária, que afecta negativamente a performance educacional da criança (Ysseldyke & Algozzine, cit in Afonso 2007, p. 15). Seja de caráter congénita ou adquirida, sem uma intervenção precoce e adequada, resulta em défices permanentes a nível da linguagem, cognição e interação social.

A interação que se estabelece com o meio ambiente desde o nascimento de qualquer indivíduo permite a integração através do comportamento humano. As pessoas surdas com as necessidades comunicacionais específicas não conseguem estabelecer o mesmo tipo de relações interpessoais, não usufruindo de uma igualdade de oportunidades. Com estas dificuldades a criança surda requer necessidades educativas especiais. (Duarte, Ricou & Nunes, 2005).

Existem então as unidades de surdos, uma instituição pública, em vários pontos de Portugal e de acordo com o número de crianças surdas residentes, que facultam às crianças surdas em idade escolar todo o tipo de apoio. (Batalha & Zarcos, 2010).

### 1.1.4. A deficiência auditiva.

Considera-se pessoa com deficiência aquela que, por motivo de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de funções ou de estruturas do corpo, incluindo as funções psicológicas, apresente dificuldades específicas susceptíveis de, em conjugação com os factores do meio, lhe limitar ou dificultar a actividade e a participação em condições de igualdade com as demais pessoas (Lei n.º 38/2004, de 18 de Agosto, artigo 2º).

A deficiência auditiva é hoje o distúrbio de comunicação mais comum entre adultos (Ruben, 2000; Mulrow, Aguilar, Endicott, et al., cit in Helvik, Jacobsen, Lillemor, & Hallberg, 2006). Estima-se que aproximadamente 15-20% da população

ocidental é possuidor de défice auditivo ( Davis, 1989; Johansson, 2003, cit in Helvik, Jacobsen, & Hallberg., 2006), a surdez infantil afeta 133/100000 crianças (Kenedy, 2000) e prevê-se que em 2020, 25% da população terá deficiência auditiva ( Rosenhall, Jönsson, Söderlind, 1999; Sorri, Jounio-Ervasti, Uiomonen, & Huttunen, 2000, cit in Helvik, et al.,2006).

As pessoas com deficiência auditiva foram vítimas de classificações pejorativas. Durante muito tempo foram estigmatizadas, consideradas de atrasados mentais. A forma incorrecta como eram avaliadas intelectualmente devia-se ao facto de não possuírem linguagem oral, advindo daí as dificuldades de comunicação e consequente isolamento do meio envolvente. A surdez, por si só, não tem influências no desenvolvimento intelectual, a criança surda pode ter capacidade intelectual semelhante à da ouvinte, se adquirir e internalizar uma Língua desde pequena (Silva, 2003, cit in Afonso, 2007, p. 35).

As pessoas surdas tendem a juntar-se entre si, formando associações, onde desenvolvem actividades variadas, centros de convivência e de realização de actividades de ocupação de tempos livres. A Comunidade Surda é um conceito antropológico e linguístico, são os falantes de Língua Gestual Portuguesa, é uma minoria linguística do nosso país. E os filhos ouvintes de pais surdos também fazem parte dela, porque aprendem a Língua Gestual, desde miúdos para comunicar com os Pais (Soares, 1997, cit. in Carvalho, 2000, p. 276).

É a Língua Gestual que permite ao Surdo interagir e ter acesso a toda a informação é a Língua Materna dos Surdos, uma língua como qualquer língua oral, com fonética, fonologia, léxico, sintaxe, semântica e pragmática. A grande razão para os Surdos se associarem, afastando-se da sociedade ouvinte, é o facto de dominarem esta

língua. Para os surdos não pode haver comunicação efetiva, enquanto os ouvintes não dominarem e valorizarem a Língua Gestual (Carvalho, 2000).

A Comunidade Surda discorda da concepção tradicional da surdez como deficiência e defende a surdez como diferença. Entendem que é bom ser surdo e até os casais em que ambos são surdos preferem ter filhos surdos, porque estes não se consideram pessoa com deficiência mas simplesmente diferentes. Existe, assim uma Cultura Surda da qual os Surdos se orgulham (Melo, 2000). Tudo isto são opções … valores individuais e culturais, que ultrapassam a esfera de intervenção da medicina indo de encontro ao que de mais íntimo existe na natureza do homem como ser social. (Nunes, 2000, p. 95).

A medicina deve assumir um papel neutro quanto às escolhas feitas, aos valores que defende e à escolha do método de comunicação (oralista, gestual ou mista), compete apenas à pessoa surda esta decisão. A surdez corresponde a uma alteração estrutural e fisiológica do aparelho auditivo. Contudo também não existe um direito natural a ser membro de uma cultura surda, mas esta é apenas uma opção dos pais. Dado que 90% das crianças surdas são filhos de pais ouvintes estes optam normalmente pela via oralista vendo a criança surda como deficiente auditivo e defendem a sua integração na sociedade. (Nunes, 2000).

Segundo a Associação de Surdos de Portugal, as opiniões também divergem quando se fala da integração destas crianças em escolas de ensino regular ou em escolas de ensino especial. Sabemos, contudo, que esta decisão compete às famílias, e que estas têm opiniões diferentes pelo facto dos pais serem surdos ou ouvintes. Actualmente, mais importante que encarar a surdez como doença a erradicar a todo o custo, há que encará-la como um modo de vida, com uma cultura e língua própria. Aqui podemos desde já

verificar os contrastes entre a perspectiva médica utilizada pelos ouvintes e a perspectiva cultural defendida pelos surdos.

Quanto à escola sendo a deficiência auditiva uma necessidade educativa especial permanente de carácter sensorial, a adaptação do currículo é generalizada e objecto de avaliação sistemática, dinâmica e sequencial de acordo com os progressos do aluno. É necessário ter atenção o grau de perda auditiva, podendo ou não ser necessário o recurso a formas alternativas de comunicação. O nosso sistema de Educação parece não estar totalmente preparado para a integração destas crianças (Correia, 2008).

A escola deverá proporcionar ao aluno surdo a possibilidade de se desenvolver no ambiente natural em que vai viver toda a vida, potencializar o desenvolvimento das capacidades necessárias para que se sinta seguro e valorizado. Quando isto não acontece o risco de isolamento aumenta e as dificuldades académicas acumulam. (Jimenez, cit in Antunes, 2000).

Sabemos que não basta somente que o surdo frequente uma sala de aula, mas que seja atendido nas suas necessidades. Destacamos aqui o papel do professor quanto ao desenvolvimento de um trabalho que valorize todas as diferenças dentro da sala de aula. E em especial à necessidade da criação de equipas multidisciplinares que em conjunto contribuam para a inclusão destes alunos (Correia, 2008).

Outros autores defendem que a educação dos surdos deveria ser feita em escolas específicas, visto que o domínio da mesma língua (gestual) contribuiria para a diminuição dos problemas de comunicação, para uma maior vinculação à comunidade surda e permitiria ainda que eles se sintam mais protegidos (Antunes, 2000).

As associações de Surdos defendem que as pessoas que nascem surdas têm Língua Gestual como língua mãe e devem aprender o português como segunda língua,

logo grupos distintos com língua e cultura própria. Devem assim existir escolas só para surdos (Coelho, 2000).

Esta perspectiva vai criar um "muro" entre surdos e ouvintes podendo mesmo levar a uma "exclusão social mútua". A surdez é uma característica da diversidade cultural, deve ser entendida no contexto de uma educação inter/multicultural. Seria importante a criação de "pontes" entre as diferentes culturas, numa educação em escolas regulares, com um currículo adequado às características da comunidade envolvente, em que os recursos humanos tenham formação adequada e onde se verifique a aquisição da língua gestual, construindo-se um efectivo bilinguismo. (Afonso, 2007).

A "deficiência" que queremos corrigir a todo o custo, uma construção social e cultural que reflecte a política e prática sociais em relação às pessoas surdas, mesmo reconhecendo que nas décadas mais recentes tenham assistido à passagem de uma visão segregadora, criadora de dependência, para uma perspectiva de integração e independência. A integração supõe assim, entendermos a criança surda como um "ser total" com autonomia, com necessidades e com todas as suas capacidades para assim abrir uma acessibilidade plena à vida na comunidade escolar. (Coelho, Cabral & Gomes, 2004).

Nos professores de crianças surdas, nos seus terapeutas e na comunidade de surdos existe uma preocupação sobre como melhorar a linguagem das crianças surdas e a sua escrita. A educação bilingue e a utilização da língua gestual em particular podem fornecer o caminho para a alfabetização, e pode verificar-se que a compreensão da narrativa numa linguagem de sinais pode contribuir para o desenvolvimento da meta-linguística e portanto as competências de literacia nas crianças surdas (Rathmann, Mann & Morgan, 2007). Alguns estudos mostraram que as crianças expostas à língua de sinais desde a primeira infância podem atingir altos níveis de bilinguismo e tornarem-se

leitores e escritores qualificados (Hoffmeister, 2000; Morgan, 2005, cit in Rathmann, et al., 2007).

#### *1.2.3.1 A família e a deficiência auditiva*

O grau de perda auditiva é calculado em função da intensidade necessária para amplificar um som de modo a que seja percebido pela pessoa surda. Esta amplificação mede-se habitualmente em decibéis. (Jiménez, Prado, Moreno e Rivas, 1997,p. 350).

O diagnóstico de défice auditivo é muitas vezes realizado tardiamente porque para a maioria dos pais os comportamentos associados à perda de audição são por vezes interpretados como desobediência infantil, falta de atenção ou atraso de desenvolvimento (Mertens, Sass-Leher, & Scott-Olson, 2010). Outras vezes acontece do diagnóstico tardio se dever à culpa dos profissionais (Meadow – Orlans, 1994; Quittner, 1991; Quittner, Glueckauf & Jackson, 1990, cit in Mertens, e tal., 2010). Muitas vezes os profissionais contribuem para o atraso do diagnóstico ao convencer os pais de que são demasiado preocupados e ansiosos. A frustração dos pais devido à falta de explicação do atraso da criança no desenvolvimento da linguagem, ou no seu inapropriado comportamento cria ansiedade e aumenta a preocupação de que algo não está bem. O nível de stress aumenta a cada dia que passa (Mertens, et, al., 2010).

Os problemas de audição devem ser tratados o mais precocemente possível, para que a criança possa beneficiar do melhor desenvolvimento linguístico, intelectual, social e emocional. Existem fases precoces do desenvolvimento em que o organismo está apto a receber sinais acústicos e utilizá-los para importantes atividades psicolinguísticas, o uso eficaz destes sinais diminui passadas estas fases ( Jiménez, et al.,1997).

Como resultado de um estudo verificou-se que a idade média da suspeita de surdez foi aos 17 meses, a da primeira observação por otorrinolaringologista aos 26

meses, a do diagnóstico aos 32 meses e a da intervenção terapêutica aos 33 meses" (Batalha & Zarcos, 2010, p.22.).

Perante o nascimento de uma criança com deficiência a reação da família inicia um longo processo, permeado por emoções e reações, que geralmente se inicia pelo luto, ou seja, a fase de negação e recusa de deficiência (Oliveira et al., 2004, cit in Paciornik, 2010).

Ao ser comunicado aos pais que o seu bebé apresenta uma situação que acarreta consequências no atraso de desenvolvimento, iniciam um período muito difícil, especialmente no que diz respeito às interações com os seus bebés, devido aos fatores emocionais. (Brito & Dessen, 1999).

A pobreza comunicativa existente entre as mães ouvintes e os seus filhos surdos, porque estas comunicam através de enunciados verbais que as crianças surdas não ouvem nem entendem, pode levá-los a percecionarem as suas mães como insensíveis e distantes (Blacher& Meyer, 1983, cit in Nunes, M., 2003).

Outros aspetos que parecem comprometer a criação de vínculos precoces securizantes têm a ver com o domínio e controlo que estas mães tendem a exercer ao longo da interação com os seus filhos surdos (Schlesinger & Meadow, 1972; Wedell-Moning & Lumley, 1980; Lederberg, Wills & Frankel, 1991, cit in Nunes, 2003) e com o stress que experienciam, causado pelo lidar com a surdez (Friedrich, Grenberg & Crnic, 1983 cit in Nunes, M. 2003).

Incapazes de manter uma relação mutuamente satisfatória os pais ouvintes podem perder a confiança na sua capacidade parental e reduzir a quantidade e qualidade de interações positivas com a criança/filho. (Mertens, Sass-Lehrer & Scott-Olson, 2000).

A grande preocupação dos pais, é como comunicar com a criança e como esta poderá comunicar com eles e com os outros. Estes pais agem continuamente para

resolver a sua preocupação principal e, desta forma, minimizar a surdez e as dificuldades comunicativas da criança. Todos estes comportamentos de minimização são realizados pelos pais com graus de investimento diferentes e variam segundo vários factores, nomeadamente o grau de aceitação da surdez e a preocupação com o futuro. A mãe do surdo como qualquer outra o que mais deseja é o sucesso do filho, mas procurar o êxito implica que se reconheça a falta (Garcia, 2006).

Quando pais ouvintes recebem o diagnóstico de surdez do seu filho/filha, são postos à prova sistemas consagrados de interação familiar. A alteração da dinâmica familiar aparece como um momento de luto (Paciornik, 2010), uma vez que a "surdez representa a morte de um projeto idealizado pelos cônjuges de forma consciente ou inconsciente, mesmo antes do nascimento" (Bittencourt & Hoehne, 2009: 1236).

Principalmente com os pais ouvintes verifica-se a necessidade de uma intervenção precoce nestas situações, isto é, torna-se necessário intervir o mais cedo possível e não ter apenas como objectivo central a criança e a sua problemática, considerando-se de fulcral importância o seu meio envolvente e, especialmente, as famílias. Estes pais necessitam muito de ajuda para aceitar um filho com deficiência. Quando se trata de deficiência auditiva, a angústia manifesta-se especialmente nas dificuldades que sentirão em comunicar com o seu filho e a forma como o integram na sociedade. É importante ajudá-los a perceber que são fundamentais, imprescindíveis nas relações que a criança virá a estabelecer com os seus pares (Antunes, 2000).

Dado o desconhecimento de pais ouvintes acerca da surdez concebem o futuro dos seus filhos como um longo e solitário caminho, surge o medo do desconhecido, eles interiorizam que educar uma criança surda é uma tarefa extremamente difícil (Hoffmeister, 1999).

Quando se trata de pais surdos, em muitos casos, as questões são diferentes, pois consideram que o filho é apenas diferente (e não deficiente), no sentido em que partilham a mesma forma de comunicar e a mesma forma de ver o mundo, o surdo transforma a sua deficiência num estilo de vida. (Ricou, 2000).

Os pais surdos evidenciam maior aceitação dos filhos surdos e iniciam desde muito cedo a língua de sinais. Estas crianças demonstraram melhores níveis académicos, melhores habilidades na aprendizagem da língua oral e escrita, níveis de leitura semelhantes aos do ouvinte e uma equilibrada identidade. (Silva, 2003).

Aqui, as questões são mais delicadas quando nascem filhos ouvintes. Os receios de não conseguir comunicar também se fazem sentir, como podemos observar através da história real: "Quando a Bárbara nasceu, passados três dias, comecei a ter um pressentimento estranho relativamente a ela. Comecei a interrogar-me se seria surda ou ouvinte. Ainda estava no hospital (…) Resolvi pegar-lhe ao colo e fazer uma experiência: segurei numa colher e larguei-a sobre o tabuleiro das refeições, que era de metal. Eu não queria acreditar! Estava mesmo aborrecida. Repeti novamente o acto, simplesmente porque não queria acreditar. Fi-lo uma terceira vez. Pensei: Oh, Meu Deus ela é ouvinte! O que é que vou fazer! Tenho uma filha ouvinte! O meu marido chegou e eu disse-lhe, valha-nos Deus, a nossa filha é ouvinte! Ele ficou igualmente surpreendido (…) Sou a terceira geração surda. Nunca tinha posto em causa que iríamos ter filhos surdos (…) como vou cuidar dela? Não sei como hei-de comunicar com ela!"( Melo, H. 2000: 303).

Isto só vem mais uma vez mostrar aos profissionais da educação a necessidade de conhecermos muito bem todas as realidades, formas de estar e sentir das pessoas que constituem o mundo que nos rodeia.

## 1.2. Bem – Estar Subjetivo

O Bem-Estar Subjetivo (BES) é uma área da psicologia que tem merecido grande reconhecimento nos últimos tempos. Esta área abrange estudos que se têm designado de diversas formas, tais como: felicidade, satisfação com a vida, afeto positivo, para além de ser considerado a avaliação subjetiva da qualidade de vida. Refere-se ao que a pessoa pensa e como ela sente a sua vida. Esta avaliação da própria vida pode ser feita de forma cognitiva, quando a pessoa faz um julgamento sobre a sua vida como um todo, ou quando julga aspetos específicos da sua vida como o lazer ou o trabalho, ou em forma de afeto, quando a pessoa experencia humores e emoções. Podemos dizer que o BES é uma avaliação tanto cognitiva quanto emocional da própria existência (Diener, 1984; Diener, Suh & Oishi, 1997; Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999).

Define-se como uma ampla categoria de fenómenos que inclui as respostas emocionais das pessoas, domínios de satisfação e os julgamentos globais de satisfação de vida (Diener, et al., 1997; Diener, et al., 1999). O BES deve ser entendido como uma área de interesse global ao invés de um único construto específico (Diener, et al., 1999).

O BES refere-se ao juízo que se faz acerca da satisfação em geral e à avaliação da vida em aspetos particulares como o trabalho, a escola ou a família (Diener, Oishi & Lucas, 2003).

O BES é uma avaliação subjetiva que cada pessoa faz da própria vida, se esta é agradável, se é boa, se era esta a vida desejável. São as reações cognitivas emocionais que cada pessoa experencia quando compara o que faz na sua vida com o que desejava, as suas necessidades e expetativas (Diener, 2009; Galinha & Ribeiro, 2008).

O BES como consequência de experiências vividas, a que são atribuídos valores é um fenómeno multidimensional e dinâmico (Albuquerque, 2006), refere-se a uma

visão da vida de forma global e não a uma avaliação de aspetos específicos da vida (Corbi & Menezes-Filho cit in Albuquerque, 2006).

O estudo do BES procura compreender a avaliação que as pessoas fazem de suas vidas. Tem sido objeto de interesse a nível das ciências sociais. Por alguns autores tem sido considerado como uma avaliação subjectiva da qualidade de vida (Albuquerque & Troccoli, 2004).

Se dizemos que uma pessoa possui alto BES é o mesmo que dizer que ela está a viver experiências que produzem satisfação de vida e frequentes emoções de contentamento, alegria e quase inexistentes emoções como tristeza e raiva. Contrariamente uma pessoa possui baixo BES quando não está satisfeita com a vida e vivência emoções negativas como raiva ou ansiedade (Diener, et al., 1999).

As pessoas avaliam as condições de vida de forma diferenciada dependendo das expetativas que têm em relação à própria vida, dos seus valores e de experiências vividas. A área do BES focaliza também os estudos de longo prazo e não só os humores do momento. Interessa ter em conta os humores das pessoas ao longo do tempo, mesmo considerando que esses humores sofrem alterações à medida dos acontecimentos (Diener, et al., 1997).

O BES não pode ser considerado como sinónimo de saúde mental ou saúde psicológica, uma pessoa que se encontre em delírio pode sentir-se feliz, satisfeita com a vida, no entanto não podemos afirmar que ela possui saúde mental. Só por si o BES não é uma condição suficiente para bem-estar psicológico, pode não ser essencial para saúde mental, no entanto o bem-estar (BE) é uma condição que se deseja (Diener, et al., 1997).

O BES de perspetiva hedónica, concebe o bem-estar como a felicidade subjetiva, a procura de experiências de prazer ou o equilíbrio entre afeto positivo e afeto negativo (Diener, 2000; Diener et al., 1999).

O Bem-Estar Psicológico (BEP) de perspetiva eudaimónica assume o BE como realização do potencial humano (Ryff, 1995). O BEP refere-se a um conjunto de competências, sentimentos e esforços experienciados quando um indivíduo pretende atingir os seus objetivos, a realização do seu potencial, alcançar a sua excelência, é portanto um estado subjetivo (Lent, 2004; Galinha & Ribeiro, 2009).

É composto por seis dimensões independentes dos valores culturais: autonomia, crescimento pessoal, auto-aceitação, propósito na vida, domínio do ambiente e relações positivas com os outros. O indivíduo tomar consciência que as metas se deslocam em relação a objetivos mais elevados favorece o crescimento psicológico, a integridade e o bem-estar, permite o desenvolvimento pessoal (Ryan & Deci, 2001, cit. in Omar, Paris, Souza, Silva, & Peña, 2009; Galinha & Ribeiro, 2008).

O quadro 1 adaptado de Lent (2004) sintetiza os aspetos fundamentais destas duas perspetivas de bem-estar.

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).<br>Afecto positivo<br>Afecto negativo (ausência) | **Bem-estar subjectivo**<br>Satisfação com a vida – SWLS (satisfação With Life scale)<br>Afecto negativo – PANAS (positive and Negative Affect Schedule) | Diener |
| Eudaimónica | Significado<br>Propósito<br>Crescimento<br>Auto-actualização | **Bem-estar psicológico**<br>Aceitação de si – E.A.P. (Escala Aceitação Pessoal)<br>Domínio do ambiente – E.D.A. (Escala Domínio do Ambiente)<br>Relações positivas com os outros – E.R.P. (Escala Relações Positivas)<br>Sentido de vida – E.S.V. (Escala Sentido de Vida)<br>Crescimento Pessoal – E.C.P. (Escala de Crescimento Pessoal)<br>Autonomia – E.A. (Escala Autonomia) | Ryff |

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

Embora o BES e o BEP surjam aqui como duas componentes distintas podemos considerá-las como fundamentais para o funcionamento psicológico, motivação e para a compreensão da natureza do BE, duas facetas do funcionamento ótimo do ser humano, ou seja, promotores daquilo a que a psicologia tem vindo a designar como florescimento humano (Ryff & Singer,1998)**;** Ryan & Deci, 2001).

### 1.2.1.Componentes do bem-estar subjetivo.

A conceção de um construto constituido por uma componente afetiva, com emoções positivas e negativas e uma componente cognitiva, designada de satisfação de vida será o modelo mais aceite de bem-estar subjetivo. Diener considerou que a componente afetiva tende a ser influenciável pelos estados físicos, o que não acontece com a satisfação de vida. (Diener, 1984,1994; Diener & Larsen, 1984; Pavot & Diener, 1993, cit in Gilman, Huebner & Laughlin, 2000).

Acerca da dimensão cognitiva, a satisfação com a vida é a avaliação global que as pessoas fazem comparando as circunstâncias em que vivem e o que consideram um padrão apropriado para si. Refere-se aos aspetos racionais e intelectuais (Pavot, Diener, Colvin & Sandvik, 1991 cit in Omar, Paris, Souza, Silva, & Pena, 2009; Ryff & Keyes, 1995). A dimensão emocional é a maior responsável por experimentar emoções positivas, entre as quais um alto bem-estar subjetivo e satisfação com a própria vida, envolve as componentes emocionais, a soma dos humores e emoções (Omar et al., 2009; Ryff & Keyes, 1995).

Sendo o BES uma avaliação subjetiva que cada pessoa faz da sua vida, se ela é agradável, boa e desejável, sempre que uma pessoa compara o que fez na vida com as

suas necessidades e expetativas surgem reações cognitivas emocionais (Diener, 2009; Galinha & Ribeiro, 2008).

Na relação com a escola as componentes afetiva e cognitiva do bem-estar vivem a par, contudo existem domínios na escola que se relacionam mais com a componente cognitiva, como a capacidade escolar, o sentimento pela escola e o apoio dos professores e outros aspetos que se ligam mais com a componente afetiva, como a pressão com os trabalhos escolares e o apoio dos colegas. Ambas as variáveis são importantes no bem-estar e na relação com a escola. Podemos interrogar-nos se nos tempos mais recentes não terá havido um maior investimento nos aspetos técnicos e cognitos em detrimento de competências afetivo-emocionais ( Silva, Matos & Diniz, 2010).

Num estudo realizado com adolescentes com idade entre os 13 e os 17 anos indicou uma forte relação entre os sintomas depressivos e o autoconceito ( os sintomas depressivos diminuíram enquanto o autoconceito aumentou).Quanto aos adolescentes colocados na educação especial, com idade superior a 15 anos e que se encontram em risco de desenvolvimento de distúrbios emocionais e comportamentais apresentaram um significativo decréscimo no autoconceito, contrariamente aos colegas não colocados na educação especial ( Montagne, M., Enders, C., Dietz, S., Dixon, J. & Cavendish, M., 2008).

Considerando que o BES deve ser visto como uma área de interesse geral, existem basicamente três componentes do BES: satisfação, afeto prazeroso e baixos níveis de afeto desprazeroso. O BES é então estruturado da seguinte forma: os três componentes formam um fator global e cada um pode ser subdividido. Satisfação global com a vida pode ser dividida em vários domínios da vida como amor, amizade e outros, e esses domínios ainda se subdividem (Diener et al., 1999).

Afeto positivo e negativo podem ser divididos em emoções e humores específicos (Diener et al., 1997).

Diener, Suh, Lucas & Smith (1999, p.277) apresentam as principais divisões e subdivisões dos componentes do bem-estar subjetivo, como podemos observar no quadro que se segue:

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 | Finanças |
| Felicidade | Depressão | importantes da vida da | Self |
| Êxtase | Inveja | própria pessoa | Próprio grupo |

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

A investigação defende que para melhor compreender a influência de todas estas variáveis no BES é importante elaborar estudos (Sheldon & Hoon, 2006).

No presente estudo optamos por desenvolver uma investigação que englobasse a satisfação com a vida, saúde mental, suporte social e tonalidade emocional como medida do BES.

#### *1.2.1.1. Satisfação com a vida*

A satisfação com a vida (SV) define-se como a avaliação global da qualidade de vida da pessoa a partir de critérios subjetivos, a avaliação que a propria pessoa faz da sua vida (Shin & Johnson, 1978; Pavot, Diener, Colvin & Sandvik, 1991).

A SV é o grau em que cada pessoa avalia a qualidade global da sua vida, de uma forma positiva. É o resultado de um balanço global, o nível de satisfação, o que a pessoa

faz com as oportunidades proporcionadas pela vida, como enfrenta os acontecimentos da vida e a experiência emocional que daí advém (Veenhoven, 1994).

Numa avaliação cognitiva cada pessoa ao avaliar a sua SV, examina os aspetos reais da sua vida, ou seja, pesa os aspetos bons e ruins e chega a um julgamento de SV geral. A natureza global deste julgamento caracteriza-se pela estabilidade temporal e o fato de não ser completamente dependente do estado emocional da pessoa no momento da avaliação (Lucas, Diener & Suh, 1996).

Alguns autores relacionam a satifação com a vida com algumas áreas da vida dos sujeitos como a satisfação com a família, com os amigos ou com o meio envolvente (Suldo &Huebner, 2006). Os jovens que percecionam melhor satisfação com a vida mantém relações mais positivas com os pais e com os pares (Gilman & Huebner, 2006) e recebem maior apoio dos pais, dos pares e dos professores. (Suldo & Huebner, 2006).

A falta de amigos pode levar a um estilo de vida com maior comportamentos de risco, a perceção de satisfação com a vida e bem-estar encontram-se mais relacionados à maior quantidade de amigos (Tomé, Matos,Camacho, Simões e Diniz,2010), contudo para alguns adolescentes a perceção de uma amizade recíproca e com qualidade é mais importante que a própria aceitação num grupo de pares ou a quantidade de amigos que possuem (Qualter & Munn, 2005; Nangle, Erdley, Newman, Mason & Carpenter ,2003).

Na satisfação com a vida em crianças e jovens com deficiência é tido em conta a qualidade da relação com os pares, a comunicação com os pais e tipo de ocupação, no entanto o sentimento de solidão e a perceção dos pais quanto às capacidades das crianças e jovens têm um valor preditivo nessa satisfação com a vida (Canha, 2010).

Existe a hipótese dos jovens com deficiência serem mais propensos a sentirem depressão e solidão pela dificuldade em desenvolver aptidões sociais úteis, ou interagir apropriadamente com os seus pares (Heiman e Margalit, 1998, cit in Canha, 2010).

#### *1.2.1.2 Saúde mental*

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde é entendida 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).

Para uma sustentabilidade das futuras gerações é importante investir na saúde e bem-estar das crianças e jovens. A sua capacidade para lidar com as pressões tem a ver com suscetibilidades genéticas mas também fatores relacionados com a família, com o meio ambiente, onde se inclui com grande importância a escola, e com situações da vida. Sendo o início e a fase intermédia da adolescência um período particularmente difícil é importante proporcionar, nesta fase da vida, oportunidades de experimentar e acumular os efeitos positivos do capital saúde para melhor superarem os fatores de risco negativos e dotar de melhor capacidade para manter e melhorar a saúde e o bem-estar mental (Morgan, 2010).

A ocupação dos tempos livres dos adolescentes mostra-se fundamental na promoção da sua saúde (Gaspar, 2008) e se essa ocupação se verificar através da prática do exercício físico é deveras importante no que respeita à promoção da saúde, no sentido que promove o bem-estar físico, social e psicológico (Matos & Sardinha, 1999, cit in Gaspar 2008).

Alguns fatores como a situação socioeconómica, estrutura familiar, relações familiares, pais com problemas de saúde mental, suporte dos pares e saúde física débil afetam a prevalência de problemas de saúde mental nas crianças e adolescentes.Os problemas de saúde mental condicionam o seu BES (Ravens-Sieberer, Erhart, Gosh & Wille, 2008).

De acordo com o DSM IV – TR (APA) a perturbação mental, que se encontra mais próxima da doença, é uma síndrome ou conjunto de padrões comportamentais/psicológicos clinicamente significativos.

Pouco se sabe sobre a saúde mental das pessoas com dificuldades de aprendizagem múltiplas e profundas, isto não significa que estas pessoas não tenham necessidades no âmbito da saúde mental, mas sim que estas necessidades não estão a ser reconhecidas. Estas pessoas encontram-se numa fase preliminar do desenvolvimento intelectual, comunicacional, social e emocional e quase sempre necessitam de ajuda para desenvolver todas as atividades. Para além das dificuldades de aprendizagem quase sempre existe associada uma deficiência, que pode tratar-se de um problema sensorial, físico ou médico. (Monagne et al.,2008).

Estas pessoas com dificuldades de aprendizagem, num estudo entre os 15 e os 44 anos apresentavam uma dupla probabilidade de relatar altos níveis de stress, depressão, distúrbios de ansiedade, pensamentos suicidas, uma enfraquecida saúde mental, em comparação com as pessoas que não apresentam dificuldades de aprendizagem. (Wilson, Armstrong, Furrie & Walcot, 2009).

#### *1.2.1.3 Satisfação com o suporte social*

O suporte social pode definir-se 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., 1983 cit in Ribeiro, 1999,p.127).

É um conceito mutidimensional em que os diferentes aspetos do suporte social podem provocar diferentes efeitos nos indivíduos (Ribeiro, 1999)

O suporte social reporta-se aos recursos existentes para as necessidades do indivíduo e/ou das unidades sociais, por exemplo a família (Dunst & Trivette, 1990, cit in Ribeiro, 1999).

O suporte social suporta-se na fonte informal que engloba os familiares, vizinhos, amigos e os grupos sociais que fornecem apoio nas atividades do dia a dia e na fonte formal que abrange para além das organizações sociais os profissionais que a elas estão ligados (Ribeiro, 1999).

O suporte social alivia o stress em situação de crise, pode inibir o desenvolvimento de doenças e, quando o indivíduo está doente tem um papel positivo na recuperação da doença (Rodin & Salovey, 1989, cit in Ribeiro, 1999).

Tal como na satisfação com a vida (Tomé, Matos, Camacho, Simões & Dinis, 2010), a relação com os pais e com os pares também tem grande importância no que diz respeito ao suporte social (Gaspar, Ribeiro, Matos, Leal & Ferreira, 2009).

O suporte social nos seus aspetos, componentes ou dimensões, tem impacto diferente consoante o grupo etário (Ribeiro, 1999). Entre os 30 – 49 anos é o cônjuge que fornece o maior suporte social e é a família que exerce maior influência no caso dos jovens e idosos (Olsen e tal., 1991, cit in Ribeiro, 1999). Nos adolescentes é a família mas mais concretamente os pais quem fornece o maior suporte social (Vilhjalmsson, 1994; Henly, 1997, cit in Ribeiro, 1999).

Na população portuguesa confirma-se também que é a família a fonte de maior suporte social para os jovens (Ribeiro, 1994ª, cit in Ribeiro, 1999).

Os jovens encontram-se inseridos em vários contextos essenciais para o seu desenvolvimento, como a família e o grupo de pares. A escola tem também um papel essencial na vida dos adolescentes, é lá que passam grande parte do seu tempo

estabelecendo relações sociais que influenciam o desenvolvimento. (Camacho, Tomé, Matos, Gamito & Diniz, 2010; King, Huebner, Suldo & Valois, 2006)

O relacionamento positivo com os pais e com os pares influem no envolvimento que os adolescentes mantêm com a escola. Os alunos que mais gostam da escola estão inseridos em grupos de pares que não se envolvem em comportamentos de risco e que têm um maior controlo por parte dos pais. Estes jovens percepcionam que têm boa capacidade escolar. (Camacho e tal., 2010) e apresentam maiores expetativas ao nível das metas e aspirações (Simões, Matos, Tomé & Ferreira, 2010).

Os alunos surdos parecem não apresentar sentimentos negativos na relação com colegas ouvintes, nas escolas regulares. Contudo os colegas ouvintes preferem relacionar-se com pares ouvintes. A escola tem assim um papel importante a desempenhar no sentido de ajudar os alunos surdos a desenvolver relacionamentos mais estáveis. (Nunes, Pretzlik, & Olsson, 2006).

#### *1.2.1.4 Tonalidade emocional*

A tonalidade emocional é o construto que envolve os afetos positivos e negativos vivenciados pelo ser humano (Lyubomirsky, 2008, cit in Silva et al. 2010).

É importante que na sua adaptação humana as pessoas controlem as suas emoções. Recentemente têm surgido alguns estudos sobre as bases neurais da regulação emocional. Estes estudos debruçaram-se sobre o poder de controlar a atenção e como cognitivamente mudar o significado de estímulos emocionais. Estas formas de regulação emocional dependem de interações entre sistemas cerebrais. (Ochsner & Gross, 2005).

A função primária da emoção, o medo como causa direta do comportamento é uma opinião cada vez mais insustentável. Desenvolve-se cada vez mais a teoria da emoção como um sistema de feedback e avaliação retrospetiva estimulante de ações,

estados emocionais conscientes podem promover a aprendizagem e modificar comportamentos futuros. Desenvolvidas as emoções constituem feedback que facilita a cognição e a aprendizagem, ao contrário de orientar diretamente o comportamento (Baumeister, Vohs, Dewall, & Zhang, 2007).

Este esforço no sentido de regular as emoções determina o impacto que a vivência das situações causa no nosso bem-estar, demonstrando a importância das emoções para a adaptação humana (Ochsner & Gross, 2005).

A afetividade reporta-se à componente emocional do BES (Lyubomirsky et al., 2005; Galinha & Ribeiro, 2009), apresentando-se os afetos positivos e os afetos negativos como duas dimensões distintas do BES (Diener, 2000; Diener, 2009).

Os indivíduos devem ser encorajados a desenvolverem os seus afetos positivos, pois a ausência de afetos negativos não implica a presença de afetos positivos. Esta ideia foi validada em estudos empíricos que demonstraram que os afetos positivos e os afetos negativos apresentam correlações com diferentes variáveis. Devem ser avaliados separadamente.

Os avanços científicos no campo das emoções permitem programas de prevenção que pretendem aumentar a competência sócio-emocional das crianças, prevenindo assim o aparecimento de problemas de comportamento e psicopatologia (Izard, 2002).

### 1.2.2 Organização e funcionamento do bem-estar subjetivo.

Com o intuito de compreender e explicar a organização e o funcionamento do BES foram apresentados alguns modelos que a um ritmo muito lento, consoante surgem novos dados empíricos assim eles se desenvolvem (Diener, 2009).

#### *1.2.2.1 Modelo Hedonic Treadmill*

O modelo Hedonic Treadmill defende que embora os acontecimentos bons e maus afetem temporariamente a felicidade, as pessoas adaptam-se rapidamente e voltam para a neutralidade hedónica. Defende também que a felicidade não depende de esforços individuais e sociais (Diener, Lucas, & Scollon, 2006).

Este modelo desenvolvido por Brickman e Campbell em 1971 valoriza grandemente o processo de adaptação, a capacidade de reação aos eventos bons e ruins, muitas vezes denominados de processo homeostático. Defende que o ser humano está munido de um conjunto de sistemas psico-emocionais que nos permite adaptar às situações criando sempre respostas automáticas. A adaptação física, fisiológica ou hedónica ocorre como resposta a estímulos constantes (Cummins, Lau, & Mellor, 2009; Diener & al., 2006).

Condições adversas não são impeditivas para que um indivíduo atinja os mesmos níveis de felicidade que outro que esteja inserido num ambiente tranquilo e estimulante, assim como indivíduos que se esforçam por ser felizes são tão felizes como outros que nada fazem para isso (Diener et al., 2006).

A felicidade correlaciona-se num baixo nível com objetivos de saúde (Okun & george, 1984, cit. in Diener et al., 2006) e descobriu-se que pessoas que eram cegas não diferiam nos níveis de felicidade em relação com pessoas que podiam ver (Feinman, 1978, cit. in Diener et al., 2006).

A pesquisa de Brikman e colaboradores tornou-se fundamental para a forma como muitos cientistas entendem a felicidade. Representa por parte dos psicólogos um marco importante na compreensão da felicidade (Diener et al., 2006).

O processo adaptativo protege as pessoas quando elas passam por momentos difíceis na vida e de muito sofrimento. Por exemplo indivíduos que sofreram acidentes e ficaram com lesões na medula espinhal relataram fortes emoções negativas uma semana após o acidente, no entanto dois meses mais tarde a emoção mais forte já era a felicidade (Silver, 1982, cit. in Diener, et al.2006).

O modelo Hedonic Treadmill após realizada uma revisão conclui-se que embora seja de manter algumas características essenciais deste modelo de adaptação, necessita de algumas atualizações. Sugere-se que embora exista um ponto de regresso ele varia de pessoa para pessoa e este ponto de regresso não é sempre o mesmo para a mesma pessoa. Se os estudos recentes apontam para que a pessoa tende a ser feliz então existiria um ponto de regresso positivo e não neutro (Diener, et al., 2006).

#### 1.2.2.2 Modelo Bottom -Up e Top – Down

Foi através dos estudos desenvolvidos por Wilson (1967) sobre satisfação das necessidades e felicidade que o BES passa a ser explicado à luz das teorias Bottom-Up (Base-Topo) e Top-Down (Topo-Base) (Diener, 1994; Galinha & Ribeiro, 2005).

***1.2.2.2.1*** *Teoria Bottom-Up.*

Esta teoria preocupava-se em identificar como é que os fatores externos afetavam a felicidade. É uma abordagem que parte do pressuposto de que existem necessidades humanas básicas, que são universais e que a sua satisfação, ou não, proporciona a felicidade. Considera ainda que o acontecimento de eventos prazerosos diários relacionam-se ao afeto positivo e eventos desprazerosos associam-se a afetos negativos. Tendo em conta as emoções associadas ás experiências recentes as pessoas fazem julgamentos sobre o bem-estar subjetivo global, se as experiências forem positivas intitulam-se como pessoas felizes (Diener et al., 1999; Deci, & Rayn, 2008).

A satisfação da vida não declina com a idade, o afeto negativo não aumenta e o declínio em emoções prazerosas pode dever-se à avaliação exclusiva de altas medidas positivas (Diener et al., 1999).

Provocando grandes benefícios para as emoções positivas, acumulando experiências de bem-estar, o casamento e os filhos, a família e o trabalho são fonte de satisfação e felicidade (Argile & Furnham, 1983; Deci & Rayn, 2008; Diner et al., 1999).

As variáveis referidas (casamento, família, trabalho) apresentam impacto positivo na felicidade, contudo estes efeitos são mais ou menos intensos consoante a pessoa que os vivência, a teoria Bottom-Up não explica porque acontece esta situação (Lyubomirsky et al.2005).

No sentido de explicar porque acontece esta situação, surge uma abordagem que se focaliza nos processos internos do indivíduo, a teoria Top-Down (Feist, Bodner, Jacobs, Miles, & Tan, 1995; Lyubomirsky et al., 2005).

***1.2.2.2.2*** *Teoria Top-Down.*

As abordagens Top-Dwn (Topo-Base) do BES defendem que as pessoas possuem uma predisposição para interpretar e avaliar, as situações, as experiências de vida, tanto de forma positiva como negativa, e essa propensão influenciaria a avaliação da vida, a pessoa aproveitaria os prazeres porque é feliz e não o contrário. As interpretações subjetivas mais do que os eventos em si são a principal influência do BES (Feist, et al., 1995).

A investigação sugere que o BES deve ser entendido à luz das duas abordagens, das duas teorias, Botton Up e Top Down (Feist et al., 1995; galinha & Ribeiro, 1999).

### 1.3 Bem-estar Subjetivo e a Deficiência Auditiva

As competências emocionais e sociais são aspetos críticos no desenvolvimento de todas as crianças e o desenvolvimento dessas habilidades é um processo que dura toda a vida. No entanto em crianças com deficiência auditiva em particular, os pais e os profissionais não só têm de se dedicar à criança como conscientemente interligar os sistemas de ensino, família e comunidade para trabalharem em conjunto nas necessidades da criança. As crianças com défice auditivo só podem tornar-se emocionalmente e socialmente competentes se lhes derem oportunidade de desenvolver consciência, pensamento independente e habilidades para resolver bem os seus problemas ao longo do seu desenvolvimento (Calderon & Greenberg, 2010).

Sabe-se muito pouco acerca da qualidade de vida e do stress de pais de pessoas surdas (Dyson, 1993).

Vários estudos têm concluído que não existem diferenças significativas nos níveis de stress entre famílias de crianças surdas e as famílias das crianças com níveis normais de audição. Porém outros estudos concluíram que existem grandes desafios e elevado stress na adaptação à surdez, logo após a sua identificação. Fatores como a capacidade do sistema familiar, incluindo a família de recursos interpessoais, sociais e económicos podem constituir resistência da família ao stress e à sua capacidade de melhor se adaptar ás exigências relacionado com a surdez na infância. (Jackson, wegner, & Turnbull, 2010). O nível de stress é mais evidente em famílias de crianças com alguma necessidade especial (Dyson, 1993).

Resultados de um estudo mostram efeitos da perda auditiva sobre a ansiedade, depressão, auto-estima e bem-estar. Os efeitos na saúde mental são mais visíveis em jovens, aumentando consoante a dificuldade de audição, do que em pessoas de idade,

uma vez que estas pessoas parecem aceitar melhor e considerarem que é o esperado para a sua idade (Tambs, 2004).

Uma investigação realizada com adultos mais velhos diz-nos que a gravidade da perda auditiva está associada à redução da qualidade de vida. (Dalton, & al., 2003)

Num outro estudo realizado com um grupo de 62 crianças surdas ou com défice auditivo, entre os 11 e os 16 anos, concluiu-se que a taxa de distúrbio psiquiátrico nesta população é maior do que em grupos de jovens ouvintes. (Hindley, Hill, McGtxigan, & Kitsonf, 1994).

Uma amostra de 15 familiares de surdos considerou ter uma boa ou muito boa qualidade de vida. O estudo revelou melhor qualidade de vida nos aspetos físicos (73,8) nos e das relações sociais (72,2) e uma menor perceção de qualidade de vida no domínio do meio ambiente e no domínio psicológico (63,3), que pode estar relacionado com a vivência da surdez de um filho (Bittencourt & Hoehne, 2009).

A ideia previamente concebida de uma qualidade de vida boa para uma família que convive com a surdez, pode não coincidir com as perceções dos envolvidos (Bittencourt & Hoehne, 2009).

É claro para os comentadores que embora possam existir divergências quanto à concetualização do conceito de qualidade de vida é preciso ter em conta as condições de vida objetivas mas também as apreciações subjetivas, o que é importante para uma pessoa pode variar noutra pessoa. (Felce, 1997).

### 1.4. Mensuração do Bem-Estar Subjetivo em Crianças e Jovens

O BES como um construto tem tido nos últimos anos crescente interesse por parte dos investigadores e cobre estudos que têm utilizado diversas nomeações como felicidade, satisfação, estado de espírito, afeto positivo, sendo considerado também por

alguns autores uma avaliação subjetiva da qualidade de vida. As definições desses conceitos e consequentemente a sua operacionalização em termos de medida ainda são um pouco confusas e deturpadas. O facto de não existir consenso entre os pesquisadores do assunto dificulta a investigação do BES (Diener, et al., 1999).

Diener (1984) e Diener, Sandvik, Pavot & Gallangher (1991) apresentam grandes revisões críticas sobre mensuração do BES. Observa-se então uma grande evolução nos instrumentos de medida, inicialmente eram usadas medidas de auto-relato de único-item que evoluíram para instrumentos multidimensionais, preocupados com intensidade e frequência do bem-estar.

O que se entende por bem-estar, o que contribui de modo essencial para ele, o modo como se forma a sua perceção e instrumentos consistentes que o avaliem não tem ainda um consenso entre os investigadores (Costa & Pereira, 2007; Pais-Ribeiro, 2009, cit in Silva, Matos & Diniz, 2010).

A área de estudo do BES possui as suas bases em estudos empíricos, caracterizados por medidas de auto-relato (Diener, 1984; Lucas, Diener & Su, 1996).

Na avaliação de QVRS de crianças e jovens que, dadas as limitações cognitivas, os problemas de linguagem e de compreensão, a maioria dos instrumentos de mensuração é destinada a faixas etárias acima dos oito anos e a grande maioria apresenta duas versões a serem respondidas (Cremeens, Eiser & Blades, 2006). A primeira é a avaliação *self*, a qual avalia a qualidade de vida na perspetiva da própria criança. A segunda é designada versão *proxy*, por meio da qual se obtém informações a respeito da criança, a partir da visão de pais ou cuidadores. Possibilita assim a oportunidade do examinador comparar a correspondência entre as respostas (Chow, Lo & Cummins, 2005).

Os processos cognitivos que fundamentam as atitudes e comportamentos da proxy e de auto-relato receberam uma maior atenção na literatura que trata da metodologia da pesquisa, mas ainda não estão devidamente estudados ao ponto de ser relevante nas demonstrações quanto ao uso de auto-relato ou proxy. Os estudos indicam que os relatórios proxy são mais propensos a basearem-se em informações disposicionais do que auto-relatos (Schwarz, & Wellens, 1994).

Em estudos que incidem na qualidade de vida relacionada com a saúde (QRVS), o uso de proxy pode ajudar na tomada de decisão médica, mas os avaliadores proxy também podem contribuir para alguns conflitos. Foi proposta uma estrutura que delineia entre a opinião proxy sobre o paciente e a perspetiva da proxy sobre o paciente para melhor informar o desenho do estudo, metodologia, medidas e tomada de decisão médica. O mérito desta estrutura na motivação da avaliação proxy irá depender da pesquisa empírica que investiga os pontos de vista proxy-paciente e proxy-proxy em estudos bem desenhados (Pickard & Knight, 2005).

Outro estudo que comparou o uso de pais-proxy e auto-relatos dos filhos examinou as razões pelas quais os pais e crianças relatam diferentes níveis de QVRS.O estudo demonstrou que pais e filhos muitas vezes baseiam as suas respostas sobre razões diferentes e podem interpretar alguns termos de formas diferentes. Estas conclusões têm implicações importantes na interpretação das pontuações obtidas sobre a QVRS da proxy-pais, especialmente se não é possível obter o auto-relato da criança (Davis et al., 2007).

Estudos recentes mostraram que os relatórios dos pais (proxys) e relatórios das crianças (auto- relato) sobre a QRVS pouco diferem na forma como as perceções, as avaliações e a ressonância afetiva de cada grupo são estruturadas e internamente consistentes. Os relatórios dos pais apresentaram uma confiabilidade ligeiramente

superior, ficando assim favorecidos para a análise de pequenas amostras. É aconselhável que se recorra, sempre que possível a ambas as fontes de informação para medir a qualidade de vida relacionado com a saúde (Erhart, Ellert, Kurth, & Ulrike, 2009).

## 2. Objetivo e Hipóteses do Estudo

O objetivo deste estudo foi avaliar a perceção dos pais / cuidadores quanto ao Bem – Estar Subjetivo das crianças / jovens com deficiência auditiva, numa perspetiva compósita.

Testaram-se as seguintes hipóteses:

**H0**: A perceção que os pais / cuidadores têm quanto ao Bem-Estar Subjetivo não se distingue entre crianças / jovens com deficiência auditiva e sem deficiência auditiva.

**H:1** A perceção que os pais / cuidadores têm quanto ao Bem-Estar Subjetivo distingue-se entre crianças / jovens com deficiência auditiva e sem deficiência auditiva.

**H2**: A perceção que os pais / cuidadores têm quanto à Satisfação com a Vida distingue-se entre cianças / jovens com deficiência auditiva e sem deficiência auditiva.

**H3**: A perceção que os pais / cuidadores têm quanto ao nível da Satisfação com o Suporte Social distingue-se entre crianças / jovens com deficiência auditiva e sem deficiência auditiva.

**H4:** A perceção que os pais / cuidadores têm quanto ao nível da Tonalidade Emocional distingue-se entre crianças / jovens com deficiência auditiva e sem deficiência auditiva.

**H5:** A perceção que os pais / cuidadores têm quanto à Saúde Mental distingue-se entre crianças / jovens com deficiência auditiva e sem deficiência auditiva.

## 3. Metodologia

A metodologia usada focou-se num estudo do tipo ex post facto prospetivo, de acordo com a tipologia de Montero & Léon (2007).

### 3.1 Participantes

A parte empírica do nosso trabalho foi desenvolvida através de aplicação de um conjunto de quatro escalas, dirigido aos pais/encarregados da educação (*proxies*).

Participaram neste estudo 56 pais/encarregados de educação de alunos dos 1º, 2º e 3º ciclos e secundário, 8 com filhos com défice auditivo e 48 com filhos sem défice auditivo (Tabela 1), provenientes de escolas dos concelhos de Braga, Esposende, Barcelos, Viana do Castelo, Paredes, Vila Nova de Gaia, Oliveira de Azeméis, Famalicão, Santo Tirso, Porto e Chaves. Trata-se de uma amostra por conveniência.

Tabela1

*Distribuição da amostra por género*

| | Com défice auditivo (n=8) | | sem défice auditivo (n=48) | |
|---|---|---|---|---|
| | masculino | feminino | masculino | feminino |
| Frequência(n) | 2 | 6 | 18 | 30 |
| Percentagem(%) | 25 | 75 | 37,5 | 62,5 |

Dos 8 pais de alunos com défice auditivo, 2 alunos são do género masculino (25% do grupo experimental) e 6 do género feminino (75%). Quanto ao número de pais

de alunos sem défice auditivo, 18 pais de alunos de sexo masculino (37,5%) e 30 pais de alunos de sexo feminino (62,5%).

Tabela 2

*Média e desvio padrão da idade no grupo total e por género de alunos com défice auditivo cujos respondentes foram os proxies*

| | Total (n=8) | | | | Masculino (n=2) | | | | Feminino (n=6) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Mínimo | Máximo | M | DP | Mínimo | Máximo | M | DP | Mínimo | Máximo | M | DP |
| Idade | 7 | 9 | 7,38 | 0,744 | 7 | 7 | 7,00 | 0,000 | 7 | 9 | 7,50 | 0,837 |

Dos 8 alunos (n=8) com défice auditivo para o presente estudo, a idade é entre 7 e 9 anos, (M=7,38), com desvio-padrão (DP) de 0,744.

Relativamente ao género dos alunos com défice auditivo, os de sexo masculino (n=2), têm a idade de 7 anos, sendo a média de 7 anos (M=7,00), sem desvio-padrão e as alunas (n=6) encontram-se entre os 7 anos de idade e os 9, expondo uma média de 7,50, com um desvio-padrão de 0,837.

Observando a Tabela 3, constatamos que o número da amostra é superior (N=48), a idade mínima é de 4 anos e a idade máxima é de 17 anos, apresentando a média de idade de 9,71 e o desvio-padrão indica 3,20.

Tabela 3

*Média e desvio padrão da idade no grupo total e por género de alunos sem défice auditivo cujos respondentes foram os proxies*

| | Total (n=48) | | | | Masculino (n=18) | | | | Feminino (n=30) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Mínimo | Máximo | M | DP | Mínimo | Máximo | M | DP | Mínimo | Máximo | M | DP |
| Idade | 4 | 17 | 9,71 | 3,20 | 4 | 17 | 9,94 | 3,780 | 5 | 15 | 9,57 | 2,861 |

Comparando a tabela 2 com a tabela3, a variância de idades dos alunos com défice auditivo e sem défice auditivo é muito diferente para o género masculino e também para o género feminino.

Quanto à tabela 3, relativamente ao sexo masculino a idade varia entre 4 e 17 anos, quanto ao sexo feminino, a idade varia entre os 5 e os 15 anos, com uma média próxima dos 10 anos (M=9,57), exibindo assim um desvio-padrão de 2,861.

Concluímos que o número de alunos entre os grupos diferem, assim como as idades.

O número diminuto da amostra constitui uma limitação a este estudo.

## 3.2 Instrumentos

Com este estudo pretende-se avaliar o bem-estar subjetivo de alunos na perspetiva dos encarregados de educação, na recolha dos dados foram utilizadas quatro escalas na versão *proxy*: 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) – Versão *Proxy*

A EBSV é uma escala que avalia a satisfação com a vida. Foi desenvolvida por Huebner, em 1997.

Neste estudo, foi aplicada a adaptação portuguesa da escala (por Paulo Moreira, Universidade Lusíada do Porto), na versão *Proxy*. As diferenças existentes entre esta e a que se aplica aos próprios alunos verificam-se na formulação das declarações. Por exemplo, em vez de se ler "A minha vida familiar (em termos do grau em que estou

satisfeito) é…", lê-se "A satisfação do seu filho ou sua filha com… A Vida Familiar é…".

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 sete graus de intensidades, "Horrível", "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 *Horrível* e 6 a *Fantástica.*

De acordo com as pesquisas de Diener, Suh e Oishi (1997), satisfação com a vida é um indicador que, mesmo passando muitos anos, demonstra permanência de boa correlação.

**Escala de Tonalidade Emocional (ETE) – Versão *Proxy***

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.* Neste estudo, foi aplicada esta escala, na versão *Proxy.* A única diferença verifica-se na frase introdutória ao autopreenchimento da mesma. Em vez de se ler "Em que medida sentiu as seguintes emoções durante as últimas semanas", verifica-se "Em que medida considera que o seu filho ou sua filha sentiu as seguintes emoções ou sentimentos 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 ao seu filho 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) – Versão *Proxy***

A ESSS avalia a satisfação sentida pela pessoa relativamente ao suporte social percebido. Foi desenvolvida por Gaspar e colaboradores, em 2009 (Gaspar et al, 2009). Neste estudo, foi aplicada a mesma escala, no entanto na versão *Proxy*, isto é, com as adaptações ao nível da pessoa. Por exemplo, em vez de estar "Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostava", encontramos "Os amigos não o(a) procuram tantas vezes quantas ele(a) gostava".

Esta escala é multidimensional e é constituída por 15 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) – Versão *Proxy***

A KIDSCREEN 10 avalia 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 a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (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).

Dadas as características promissoras de medida do KIDSCREEN, a versão portuguesa proporciona 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.

Na recolha dos dados foi elaborado um pedido formal (consentimento informado) dirigido à direção das várias escolas para que nos autorizasse a inclusão de seus alunos neste estudo. Uma vez que o que se pretende é avaliar o bem-estar subjetivo de alunos na perspetiva do *proxy* (neste caso, pais/encarregados de educação), seguiu-se o pedido

formal aos pais/encarregados de educação para que colaborassem preenchendo as quatro escalas anteriormente definidas. Cada um preencheu em casa visto as limitações encontradas ao nível de compatibilidades de horários entre todos os intervenientes.

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

### 3.3.2 Análise de dados.

Terminada a recolha de dados, estes 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.

Primeiramente fez-se a análise descritiva das variáveis em estudo em função de medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio-padrão) visando estabelecer parâmetros para a comparação dos dados obtidos em cada uma das avaliações: dos encarregados de educação de alunos com e sem défice auditivo avaliando o bem-estar subjetivo de seus filhos. Essa comparação – estatística inferencial – foi feita mediante verificação de diferenças entre os grupos, em relação às avaliações nos vários domínios das escalas aplicadas: satisfação com a vida, afetos positivos e negativos, suporte social e saúde mental.

Para tal, foi adotada a prova estatística não-paramétrica U de Mann-Whitney, com um nível de significância igual ou inferior a 0,05 ($p \leq 0.05$).

## 4. Resultados

Não foram encontradas diferenças entre a perceção dos pais dos alunos com défice auditivo (grupo experimental) e a perceção dos pais dos alunos sem défice auditivo (grupo de controlo),

Como se pode observar na Tabela 4 não se verifica diferença estatisticamente significativa entre a perceção do grupo experimental, com défice auditivo e a do grupo de controlo, sem défice auditivo, (p> 0,05).

Tabela 4

*Teste de Mann-Witney para diferença de médias entre alunos com e sem défice auditivo na perspetiva do proxy*

| | Com défice auditivo | | Sem défice auditivo | | U | Z | *P* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Mean Rank | Sum of Ranks | Mean Rank | Sum of Ranks | | | |
| BES total | 32,00 | 256,00 | 27,92 | 1340,00 | 164,000 | -,656 | 0,527 |
| ESSS - negativo | 26,31 | 210,50 | 28,86 | 1385,50 | 174,500 | -,412 | 0,688 |
| ESSS - positivo | 29,81 | 238,50 | 28,28 | 1357,50 | 181,500 | -,247 | 0,809 |
| ESSS total | 32,38 | 259,00 | 27,85 | 1337,00 | 161,000 | -,727 | 0,482 |
| ETE - negativa | 26,19 | 209,50 | 28,89 | 1386,50 | 173,500 | -,436 | 0,671 |
| ETE - positiva | 26,31 | 210,50 | 28,86 | 1385,50 | 174,500 | -,411 | 0,688 |
| ETE - total | 29,75 | 238,00 | 28,29 | 1358,00 | 182,000 | -,234 | 0,827 |
| EBSV | 31,13 | 249,00 | 28,06 | 1347,00 | 171,000 | -,494 | 0,637 |
| KIDS | 32,00 | 256,00 | 27,92 | 1340,00 | 164,000 | -,658 | 0,527 |

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

Não foi confirmada nenhuma das hipóteses.

## 5. Discussão dos Resultados

O objectivo deste estudo foi avaliar o bem-estar subjectivo numa perspectiva compósita em alunos com défice auditivo, na perspectiva dos pais (proxies). Os resultados revelaram a não existência de diferenças ao nível da percepção do BES em pais de alunos com défice auditivo e em pais de alunos sem défice auditivo.

O bem-estar subjetivo é uma avaliação subjetiva da qualidade da própria vida. Para além do auto-relato a perceção dos pais (proxies) é uma forma confiável de obter informações acerca da criança ou jovem. Investigações concluíram que a avaliação realizada pelos pais é mais fidedigna e mais próxima da perceção dos filhos uma vez que são os intermediários que mais contactam com a criança (Glaser, Walker & Brazier, 1997). É difícil contudo aceitarmos os resultados da proxy sem nos questionarmos, Schwarz & Wellens (1994) referem que os processos cognitivos que fundamentam as atitudes e comportamentos da proxy e auto-relato ainda não estão devidamente estudados ao ponto de ser relevante nas demonstrações quanto ao uso de auto-relato ou proxy.

Em estudos de pequenas amostras, sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde, os relatórios dos pais apresentaram maior confiabilidade em relação a auto-relato (Erhart et al., 2009). No entanto um outro estudo de Davis et al (2007) que comparou o uso de pais-proxy e auto-relatos dos filhos examinou as razões pelas quais os pais e crianças relatam diferentes níveis de QVRS. O estudo demonstrou que pais e filhos muitas vezes baseiam as suas respostas sobre razões diferentes e podem interpretar alguns termos de formas diferentes. No presente estudo a perceção é dos pais (proxies) tanto no grupo experimental como no grupo de controlo, o que equipara a situação. Contudo seria interessante a elaboração de estudos que comparem a perceção do BES através de auto-relato e proxy na deficiência auditiva. Ainda quanto à avaliação do bem-

estar seria interessante em próximos estudos verificar o bem-estar do proxy para melhor assegurar a confiabilidade dos resultados.

No nosso estudo verificamos que os pais dos alunos com défice auditivo percecionam um melhor bem-estar subjetivo nos seus filhos o que não é convergente com o estudo realizado por Tambs (2004) que mostrou que existem efeitos da perda auditiva sobre a ansiedade, depressão, auto-estima e bem-estar. Difere também de um estudo recente realizado por Serra (2011) em que comparou a perceção do BES entre pais (proxies) de alunos com défice cognitivo e pais de alunos sem défice cognitivo, constatou diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, observou-se valores mais baixos na perceção do BES global em crianças e jovens com défice cognitivo.

Desconhecemos a condição dos proxys respondentes quanto à sua situação acerca dos seus níveis de audição. Os pais surdos evidenciam maior aceitação dos filhos surdos. Estas crianças demonstraram melhores níveis académicos, melhores habilidades na aprendizagem da língua oral e escrita, níveis de leitura semelhantes aos do ouvinte e uma equilibrada identidade (Silva, 2003). Se os pais não apresentam surdez, dado o seu desconhecimento nesta área concebem o futuro dos seus filhos como um longo e solitário caminho, surge o medo do desconhecido, eles interiorizam que educar uma criança é uma tarefa extremamente difícil (Hoffmeister, 1999), pode acontecer que incapazes de manter uma relação mutuamente satisfatória os pais ouvintes podem perder a confiança na sua capacidade parental e reduzir a quantidade e qualidade de interações positivas com a criança/filho (Mertens, Sass-Lehrer & Scott-Olson, 2000).

Diener et al., em 2006, referem que condições adversas não são impeditivas para que um indivíduo atinja os mesmos níveis de felicidade que outro que esteja inserido num ambiente tranquilo e estimulante. Feinman em 1978 descobriu que pessoas que

eram cegas não diferiam nos níveis de felicidade em relação com pessoas que podiam ver (Diener et al., 2006).

A satisfação com a vida é o grau em que cada pessoa avalia a qualidade global da sua vida, de uma forma positiva e como enfrenta os acontecimentos da vida e a experiência emocional que daí advém (Veenhoven, 1994).

Pelos resultados obtidos os alunos com défice auditivo não se distinguem dos alunos sem défice auditivo na perspetiva do proxy na satisfação com a vida. Na satisfação com a vida em crianças e jovens com deficiência é tida em conta a qualidade da relação com os pais e a perceção dos pais quanto às capacidades das crianças e jovens têm um valor preditivo nessa satisfação com a vida (Canha, 2000). Esta sensação de satisfação com a vida pode ser entendida à luz de Diener et al (2006), citando Silver (1982) em que o processo adaptativo protege as pessoas quando elas passam por momentos difíceis na vida e de muito sofrimento. Refere o exemplo de indivíduos que sofreram acidentes e passado pouco tempo a sua emoção mais forte já era a felicidade. O Modelo Hedonic Treadmill desenvolvido por Brickman e campbell em 1971 defende que o ser humano está munido de um conjunto de sistemas psico-emocionais que nos permite adaptar às situações criando sempre respostas automáticas. A adaptação física, fisiológica ou hedónica ocorre como resposta a estímulos constantes (Cummins, Lau & Mellor, 2009; Diener et al., 2006).

A saúde é entendida como um campo de bem-estar, abrangendo diversas dimensões da vida do indivíduo, tais como o bem-estar físico, mental e social completo (WHO, 1994 cit in Silva, Matos & Diniz, 2010).

Sabe-se muito pouco acerca da qualidade de vida e do stress de pais de pessoas surdas (Dyson, 1993). Pela apresentação da escala Kidscreen (proxy) pode constatar-se que os alunos com défice auditivo possuem qualidade de vida idêntica aos alunos sem

essa condição, o que tem alguma congruência com alguns estudos que afirmam que não existem diferenças significativas nos níveis de stress entre famílias de crianças surdas e as famílias das crianças com níveis normais de audição (Jackson et al., 2010). Verifica-se também esta convergência num estudo de Bittencourt & Houene (2009) em que uma pequena amostra de 15 familiares de surdos considerou ter uma boa qualidade de vida.

Na avaliação de qualidade de vida relacionada com a saúde de crianças e jovens com limitações cognitivas, problemas de linguagem e de compreensão, a maioria dos instrumentos de mensuração é destinada a faixas etárias acima dos oito anos e a grande maioria apresenta duas versões a serem respondidas (Cremeens, Eiser & Blades, 2006). A primeira, a avaliação self, avalia a qualidade de vida na perspetiva da própria criança. A segunda, a versão proxy, por meio da qual se obtém informações a respeito da criança a partir da visão de pais ou cuidadores. Possibilita a oportunidade do examinador comparar a correspondência entre as respostas (Chow, Lo & Cummins, 2005).

A tonalidade emocional é o construto que envolve os afetos positivos e negativos vivenciados pelas pessoas (Lyubomirsky, 2008, cit in Silva et al.2010).

Podemos aqui comparar que os alunos com défice auditivo apresentam tonalidade emocional idêntica aos alunos sem défice auditivo no ponto de vista proxy o que vai de encontro ao estudo de Santos (2011) que usou a metodologia de auto-relato e os alunos com défice auditivo apresentaram níveis mais elevados de emocionalidade positiva e negativa perante alunos com défice cognitivo, hiperatividade, défice visual e alunos com condição neuromusculoesquelética.

Os participantes no estudo consideram que os seus filhos vivenciam os dois tipos de afetos e recorrendo à literatura, Feist et al. (1995) apresentam-nos as abordagens Top-Down do BES que defendem que as pessoas possuem uma predisposição para interpretar e avaliar, as situações, as experiências de vida, tanto de forma negativa como positiva e

essa propensão influencia a avaliação da vida. Os níveis de tonalidade emocional dos alunos com défice auditivo do ponto de vista dos pais, pode dizer-se que vai de encontro ao modelo teórico Hedonic Treadmill que defende que embora os acontecimentos bons e maus afetem temporariamente a felicidade, as pessoas adaptam-se rapidamente e voltam para a neutralidade hedónica (Diener, Lucas & Scollon, 2006). A teoria aponta para que a pessoa adote uma atitude positiva perante a vida, procure alcançar circunstâncias positivas, satisfação com a vida e bem-estar e se adapte às situações nos diferentes domínios da vida. Os pais dos alunos com défice auditivo que participaram no nosso estudo percecionam melhor tonalidade emocional global em seus filhos. Silva e Schneider (2007) referem que as ligações afetivas começam entre a criança e os adultos que cuidam dela e que as emoções manifestadas pela criança dependem da forma como o adulto as faz sentir. O comportamento do adulto e as situações ambientais proporcionadas à criança satisfazem as necessidades básicas de afeto, apego, segurança, disciplina e comunicação e é através destas situações que são estabelecidos vínculos entre a criança e outras pessoas.

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).

O grupo de controlo perceciona de igual modo do grupo experimental o suporte social dos seus filhos. Os pais dos alunos com défice auditivo sentem que os seus filhos também têm à sua disposição um conjunto de pessoas em quem podem confiar, que se preocupam e que gostam deles. Gaspar, Ribeiro, Matos, Leal & Ferreira, 2009, referem que a relação com os pais e com os pares também tem grande importância no que diz respeito ao suporte social. Os pais são quem fornece o maior suporte social (Vilhjalmsson, 1994; Henly, 1997, cit in Ribeiro, 1999).

A nível da relação com a escola num estudo realizado por Nunes, Pretzlik & Olson (2006) os alunos com deficiência auditiva parecem não apresentar sentimentos negativos na relação com os colegas ouvintes, nas escolas regulares, contudo os colegas preferem relacionar-se com pares sem deficiência auditiva. Para os referidos autores a escola tem assim um papel importante a desempenhar no sentido de ajudar os alunos com deficiência auditiva a desenvolver relacionamentos mais estáveis. Assim como em relação ao currículo destes alunos o nosso sistema de educação parece não estar totalmente preparado para a integração destas crianças (Correia, 2008) e de facto a deficiência auditiva afeta negativamente a perfomance educacional da criança (Ysseldyke & algozzine, cit in Afonso, 2007).

O resultado obtido na perceção dos pais dos alunos com défice auditivo, ao nível do suporte social e até mesmo do BES global pode dever-se ao receio dos respondentes em relação ao que possam pensar com o preenchimento da escala e dever-se também à tentativa dos pais transmitirem uma imagem mais positiva, do que realmente a imagem percecionada. Ou ainda pode acontecer como refere Bittencourt & Hoehne (2009) que a ideia previamente concebida de uma qualidade de vida para uma família que convive com a surdez, pode não coincidir com as perceções dos envolvidos.

A escassez de estudos com idêntica ou semelhante problemática foi uma grande dificuldade encontrada. Com os dados da teoria seria expetável chegar a conclusões diferentes das encontradas. Contudo nesta análise tentou procurar-se na literatura alguma congruência com as respostas obtidas.

Os resultados deste estudo são relevantes para o estado da investigação neste domínio, principalmente devido à escassez de estudos semelhantes. Apesar disso, estes resultados devem ser encarados com precaução, já que o estudo apresenta algumas limitações. Uma limitação ao estudo foi a amostra, com um grupo experimental diminuto

(8) e dispare do grupo de controlo (48). No que respeita à avaliação do bem-estar subjetivo recomendam-se mais estudos, com uma maior amostra e equiparada entre grupo experimental e grupo de controlo, no sentido de tornar esta avaliação mais confiável. Outros estudos deverão avaliar também comparar a perceção dos pais (proxies) e resultados de auto-relato de crianças e jovens acerca do bem-estar subjetivo. Por outro lado, futuras investigação deverão controlar as características das famílias, uma vez que segundo Jackson et al. (2010) fatores relacionados com a família, como recursos interpessoais, sociais e económicos podem constituir resistência da família ao stress e à sua capacidade de melhor se adaptar às exigências relacionado com a surdez na infância.

## 6. Referências Bibliográficas


Afonso, C. (2007). *Reflexões sobre a surdez. A Problemática Específica da Surdez*, Edições Gailivro.

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 e Estatística das Perturbações Mentais.4ºed. (DSM-IV-TR). *Climepsi Editores*.

Antunes, A., (2000) A inclusão de crianças deficientes auditivas em escolas de ensino regular. In Rui Nunes (coordenador), *Perspectivas na Integração da Pessoa Surda*, Serviço de Bioética e Ética Médica, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.

Argile, M., & Furnham, A. (1993). Sources of satisfation and conflict in long-term relationships. *Journal of Marriage and the family*, 45: 481-93.

Batalha, S., & Zarcos, M.,(2010). Surdez Infantil – a realidade de uma Unidade de Surdos. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 41 (1): 22-26.

Baumeister, R., Vohs, K., Dewall, C. N.& Zhang, L. (2007). How emotion shapes behavior: Feedback, anticipation, and reflection, rather than direct causation. *Personality and Social Psychology Review*, 11: 167-203.

Bittencourt, Z., & Hoehne, E. (2009). Qualidade de vida de familiares de pessoas surdas atendidas em um centro de reabilitação. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 49 (4), 1235-1239.

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

Calderon, R., & Greenberg, (2010). Challenges to Parents and Professionals in Promoting Socioemotional Development in Deaf Children, in Spencer, P., Erting, C., & Marschark, M., The Deaf Child in the Family and at School, Lawrence Erlbaum Associates: Mahwah, 167-190.

Camacho, I., Tomé, G., Matos, M.G., Gamito, P. & Diniz, J. (2010). *Journal of Child and Adolescent Psychology*, 1 (4): 101-116.

Canha, L., M. (2010). Behaviour and healt in children and adolescents with motor disabilities.*Journal of Child and Adolescent Psychology*, 2: 135-156.

Carvalho, M. G. D., "A História de Vida de um Surdo: análise da emergência de uma identidade e de uma cultura." in Rui Nunes (coordenador), *Perspectivas naIntegração da Pessoa Surda*, Serviço de Bioética e Ética Médica, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2000, pps.255-283.

Chow, S., Lo, S., K. & Cummins, R. A. (2005). Self- perceived quality of life of children and adolescents with physical disabilities in Hong Kong. *Qualiti of Life Research*, 14 (2): 415-423.

Coelho, O. (2000). E depois da escola? Formação, autoformação e transição para a vida activa dos surdos em Portugal, in Rui Nunes (coordenador), *Perspectivas na Integração da Pessoa Surda*, Serviço de Bioética e Ética Médica, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, pps.171-212.

Coelho, O., Cabral, E. e Gomes, M. C.(2004). Formação de Surdos: Ao Encontro da Legitimidade Perdida. Educação, Sociedade e Culturas, 22, 153-181.

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.

Cremeens, J., Eiser, C. & Blades, M. (2006). Factors influencing agreement between child self-report and parent Proxy-reports on the Pediatric Quality of Life Inventory™ 40. (Peds QL™) generic core scales. *Healt and Quality of Life Outcomes*, 4: 58.

Cummins, R.A., Lau, A., A., & Mellor, D., (2009). Encouraging Gouvernments to Enhance the Happiness of Their nation: Step 1: Understand subjective Wellbeing. *Social Indicators Research*, 91: 23-36.

Davies, E., Nicolas, C., Waters, E., Cook, K., Giggs, L., Gosch, A. & Ravens-Sieberer, U. (2007). Parent-proxy and child self-reported health-related quality of life: using qualitative methods to explain the discordance. *Qual Life Res,* 16: 863-871.

Deci, E., & Ryan, R. M. (2008). Hedonia, Eudaimonia, and Well-Being: An Introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9: 1-11.

Diener,E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 95: 542-575.

Diener, E. (2009). *The Science of Well-Being*. New York: Springer.

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., Oishi, S., Lucas, R. (2003). Personality, Culture, and Subjective Well-Being: Emptional and Cognitive Evaluations of Life *Annuall Review Psychol*. 54: 403-425.

Diener, E. (2000).Subjective Well-Being The Science of Happiness and a Proposal for a National Index. *American Psychologist*, 55 (1): 34-43.

Diener, E.. Suh, E., Lucas, R. E., & Smith, H. (1999). Subjective Well-Being: Trhree Decadas of Progress. *Psy chological Bulletin*, 125: 276-302.

Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent Findings on Subjective Well- Being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24: 25-41.

Diener, E., Sandvik, E., Pavot, W. & Gallager, D. (1991). Response artifacts in the measurement of subjective Well-Being. *Social Indicator Research*, 47: 871-883.

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.

Dyson, L., (1993). Response to the presence of a chield with disabilities: parental stress and family functioning over time. *Journal mental retardation*, 98 (2): 207-218.

Duarte I., Ricou, M. e Nunes Rui, A surdez e a autonomia pessoal.In Orquídea Coelho (Coord.), *Perscrutar e Escutar a Surdez,* pp. 125-138, Santa Maria da Feira: Edições Afrontamento.

Erhart, M., Ellert, U., Kurth, & Ravens-Sieberer, U. (2009) Measuring adolescents' HRQoL via self reports and parent proxy reports: an evaluation of the psychometric properties of both versions of the KINDL-R instrument. *Healt and Quality of Life Outcomes*, 7, 77-88.

Feist, L., Bodner, T., Jacobs, F., Miles, M., & Tan, V. (1995). Integrating Top-Down and Bottom-Up Structural Models of Subjective Well-Being: A Longitudinal Investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68 (2): 138-150.

Felce, D. (1997). Defining and applying the concept of quality of life. *Journal of Intellectual Disability Reseach* 4 (2). 126-135.

Galinha, I. C. & Ribeiro, J.L.P. (2008). The structure and Stability of Subjective Well-Being: a Structure Equation Modelling Analysis. *Apllied research quaqlity Life*, 3: 293 – 314.

Galinha, I. C. & Ribeiro, J.L.P. (2005. História e Evolução do Conceito de Bem – Estar Subjectivo. Psicologia, Saúde & Doenças, 6 (2): 203 – 214.

Gaspar, T. (2008). Promoção do bem-estar na adolescência: Impacto do estatuto sócio-económico e do estatuto migrante. *Revista Análise Psicológica*, 2 (XXVI): 265-279.

Gaspar, T., Ribeiro, J., 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.

Gilman, R. & Huebner, E.S. (2006). Characteristics of adolescents who report very high life satisfaction. *Journal of Youth and Adolescence* (35),3: 311-319.

Gilman, R., Huebner,E. S., & Laughlin, J. (2000). A First Study of the Multidimensional Students Life Satisfaction Scale With Adolescents. *Social Indicators Research*, 52: 135-160.

Glaser, A., W., Davies, K., Walker, D., & Brazier, D. (1997). Influence of proxy respondents and mode of administration on health status assessement following central netvous system tumours in childhood. *Quality of life research,* 6 (1), 43-53.

Heldon, K. M., & Hoon, T. H. (2007). The Multiple Determination of Well-Being: Independent Effects of Positive Traits, Needs, Goals, Selves, Social Supports, and Cultural Contexts.*Journal of Happiness Studies*, 8: 565-592.

Helvik, A-S., Jacobsen, G., & Hallberg, L. R-M. (2006). Psychological well-being of adults with acquired hearing impairment. *Disability and Rehabilitation*, 28 (9): 535-545.

Hindley, P., Hill, P., McGtxigan, S., 6 Kitsonf, N. (1994). Psychiatric Disorder in Deaf and Hearing Impared Children and Young People: A Prevalence Study. *Journal Child Psychiatrice*, 35 (5): 917-934.

Hoffmeister, R., (1999). Famílias, crianças surdas, o mundo dos surdos e os profissionais da audiologia. In Skliar, C. (orgs). Atualidade da Educação Bilingue para Surdos. Porto Alegre: Mediação, 1999.

Izard, C. (2002). Translating emotion theory and research into preventive intervencions. *Psychological Bulletin*, 128 (5): 796-824.

Jackson, C., Wegner, J., & Turnbull, A. (2010). Family Quality of Life Following Earl Identification of Deafness. *American Speech – Language – Hearinh Association*, 41: 194-205.

Jiménez, R. R., Prado, F. R., Moreno, L. R. e Rivas, A. M. B., (1997). In Rafael Bautista (coord.), *Necessidades Educativas Especiais*, Dinalivro: Lisboa, 349-375.

Kenedy,CR., (2000). Neonatal screening for hearing impairment. *Arch Dis Child*, 83: 377-83.

King, A., Huebner, S., Suldo, S. & Valois, R.F. (2006). An ecological view of school satisfaction in adolescence: Linkages between social support and behavior problems. *Applied Research in Quality of Life*, 1: 279-295.

Lei n.º 38/2004, de 18 de Agosto. Bases Gerais do Regime Jurídico da Prevenção, Habilitação, Reabilitação e Participação da Pessoa com Deficiência

Lent, R. W. (2004). Toward a Unifying Yheoretical and Practical Perspective on Well-Being and Psychosocial Adjustement. *Journal of Counseling Psychology,* 51 (4): 482-509.

Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing Happiness: The Architecture of Sustainable Change. *Review of General Psychology*, 2: 111-131.

Melo, H. P.(2000). A Pessoa Surda e o Direito ao Silencio. In Rui Nunes (coord.), *Perspectivas na Integração da Pessoa Surda*, Serviço de Bioética e Ética Médica, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, pps.303-326.

Mertens, D., Sass-Lehrer, & Scott-Olson, K., (2000).Sensitivity in the Family-professional Relationship:Parental Experiences in Families With Young Deaf and Hard of Hearing Children, in Spencer, P., Erting, C., & Marschark, M., The Deaf Child in the Family and at School, Lawrence Erlbaum Associates: Mahwah, 133 – 150.

Montagne, M., Enders, C., Dietz, S., Dixon, J. & Cavendish, M. (2008). Depressive symptomology and self-concept in adolescents. *Journal of Special Education*.42 (67): 66-78.

Montero, I., & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology.* 7 (3): 847-862.

Nangle, D., Erdley, C., Newman, J., Mason,C.& Carpenter, E., M. (2003). Popularity , Friendship quantity, and friendship quality: Interactive influences on children's loneliness and depression. Journal of Clinical and Adolescent Psychology, 4 (32): 546-555.

Nunes, M. M. (2003). *A Interação mãe – criança estudo comparativo entre crianças com surdez de transmissão e neurossensorial.* Tese de Doutoramento em Estudos da Criança Universidade do Minho, Braga, p. 129

Nunes, R. (2000). *Selecção de doentes para o implante de ouvido médio. In Rui Nunes* (coord.), *Perspectivas na Integração da Pessoa Surda*, Serviço de Bioética e Ética Médica, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, 81-97.

Nunes, T., Pretzlik, U. & Olsson, J. (2006). Deaf children's social relationships in mainstream schoolsi. *Journal of Deaf Education International*, 3: 123-136.

Ochner, K. N., Gross, J. (2005). The cognitive control of emotion. *Science Drect*, 9 (5): 242-249.

Omar, A., Paris, L., Souza, M., Silva, S. H., & Peña, R. (2009). Validación Del Inventario de Bienestar Subjetivo Con Muestras de Jóvenes y Adolescentes Argentinos, Brasileiros y mexicanos. *Suma Psicológica*, 16 (2): 69-80.

Paciornik, R., (2010). A Vida das Palavras e suas ações de Linguagem. Narrativas de Mães de Crianças Surdas. Tese de mestrado. Curitiba.

Pavot, Diener, E., Colvin, C. R., & Sandvik, E. (1991). Further validation of the satisfaction With life scale: evidence for the cross-method convergence of Well-being measures. Journal of Personality Assessment, 57: 149-161.

Pickard, S. & Knight, S. (2005). Proxy Evaluation of Health-Related Quality of Life: a conceptual framework for understanding multiple proxy perspectives. Med Care, 43 (5): 493-499).

Plaisance, E. (2005). Denominações da Infância: do anormal ao deficiente. *Educação e Sociedade,* 26 (91): 405-417.

Qualter, P., & Munn, P.(2005). The friendships and play partners of lonely children. *Journal of Social and Personal Relanchionships*, 22 (3):379-397.

Rathmann, C., Mann, W., & Morgan, G., (2007). Narrative Structure and Narrative Development in Deaf Children. *Deafness and Education International*, 9 (4): 187-196.

Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Gosch, A., Wille, N.(2008). Mental Health of Children and Adolescents in 12 European Countries – Results from the European Kidscreen Study. *Clinical Psychotherapy,* 15: 154-163.

Ribeiro, J. L. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (17): 547-558.

Riff, C., D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4: 99-104.

Riff, C. & Keyes, C. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (4): 719-727.

Riff, C., D. & Singer (1998). The contours of positive human healt. *Psychological Inquiry*, 9: 1-28.

Ryan, R. & Deci, E. L. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review of research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annu. Rev. Psychol.*, 52: 141-146.

Santos, M. A. S. M. (2011). *Bem-Estar Subjetivo em Alunos com Necessidades Educativas Especiais*. (Tese de mestrado não publicada). Instituto de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade Lusíada do Porto, Porto.

Serra, N. M. E. (2011). *Bem-Estar Subjetivo em Alunos com Défice Cognitivo na Perspetiva dos Pais (Proxies)*. (Tese de mestrado não publicada). Instituto de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade Lusíada do Porto, Porto.

Schwarz, N. & Wellens, T. (1994). *Cognitive Dynamics of Proxy Responding: The Diverging Perspectives of Actors and Observers.* Institute for Social Research of Michigan, Michigan.

Shin, D. C., & Johnson, D. M. (1978). Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicator Research*, 5: 475-492.

Silva, A. B. P. (2006). *Aspetos Psicossociais da Surdez: A representação social de mães ouvintes*. Tese de Doutorado. Universal Estadual de Campinas: Campinas.

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.

Simões, C., Matos, M. G., Tomé, G. & Ferreira, M. (2010). Can school assets moderate the impact of school satisfaction and school achievement on goals and aspirations in adolescents with special needs? *Journal of Child and Adolescent Psychology*, 1 (4): 81-100.

Suldo, S., & Huebner, E. S. (2006). Is extremely high life satisfaction during adolescense advantageous? *Social Indicators Research,* 78, 179-203.

Tambs, K. (2004). Moderate Effects of Hearing Losson Mental Healt and Subjective Well-Being: Results From the Nord-Trøndelag Hearing Loss Study. *American Psychomatic Society*, 66: 776-782.

Tomé, G., Matos, M. G., Camacho, I., Simões, C. & Dinis, J. A. (2010). Life Styles in Social Isolated Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychology*, 2: 157-173.

Veenhoven, R. (1994). El estúdio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3 :87-116.

Wilson, A. M. Armstrong, C. D. Furrie, A. & Walcot, E. (2009, jan./fev.). The mental health of canadians with self-repord learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 42 (1), 24-40.