

# Quality of life in adolescents with hearing deficiencies and visual impairments

## Qualidade de vida em adolescentes com deficiência auditiva e visual

**Vanthauze Marques Freire Torres<sup>1</sup>, Christielle Lidianne Alencar Marinho<sup>2</sup>, Carolina Gabriela Gomes de Oliveira<sup>3</sup>, Sandra Conceição Maria Vieira<sup>4</sup>.**

1) Educador Físico. Mestre em Hebiatria.

2) Enfermeira. Mestre em Hebiatria.

3) Graduanda em Odontologia. Iniciação Científica - PIBIC.

4) Odontóloga. Doutora em Odontologia

Institution: Universidade de Pernambuco, UPE.  
Camaragibe / PE - Brasil.

Endereço para correspondência: Grupo de Pesquisa em Pessoas com Deficiência, Programa de Pós-Graduação em Hebiatria - Faculdade de Odontologia - Universidade de Pernambuco (FOP / UPE)- Av. General Newton Cavalcanti 1650 - Camaragibe / PE - Brasil - CEP: 54756-220 - E-mail: gppd@googlegroups.com

Artigo recebido em 11 de outubro de 2012. Artigo aceito em 3 de dezembro de 2012.

### SUMMARY

**Introduction:** The term quality of life (in Portuguese, Qualidade de Vida; QV) has been expanded and modified over the years and has come to signify social development in terms of education, health, and leisure as well as economic issues.

**Objective:** To analyze the perception of QV in adolescents with hearing and visual impairments and the effects of socio-demographic characteristics on the domains of QV.

**Method:** This descriptive series study comprised 42 adolescents aged 10 to 19 years who were students at Recife's state schools. The World Health Organization Quality of Life-Abbreviated questionnaire was used to evaluate QV. The data were analyzed using descriptive statistics and the Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests with a significance level of  $p < 0.05$ .

**Results:** The global perception of QV was higher among adolescents with visual impairments than among those with hearing impairments. Among the individual components of QV, the environment domain garnered the lowest scores independent of the type of impairment. The subjects with visual impairments reported higher scores for social relationships, while the psychological domain scored higher among those with hearing impairments. The students integrated into normal classrooms perceived better QV in the psychological and social relationships domains than did those who sat in special classrooms.

**Conclusion:** The environmental domain was the worst component of the QV of handicapped adolescents, suggesting a need for greater investments in policies to improve the QV of this population.

**Keywords:** Quality of Life; Adolescent; Hearing Loss; Visually Impaired Persons.

### RESUMO

**Introdução:** A qualidade de vida (QV) com o passar dos anos teve seu conceito ampliado e modificado, significando, além do crescimento econômico, o desenvolvimento social, como educação, saúde e lazer.

**Objetivo:** Analisar a percepção da QV de adolescentes com deficiência auditiva e visual, comparando os domínios da QV com características sócio-demográficas.

**Método:** Tratou-se de um estudo descritivo e de corte transversal com 42 adolescentes entre 10 e 19 anos, em instituições de ensino público do Recife. Para avaliação da QV foi utilizado o questionário WHOQOL-bref. Para análise dos dados, foi utilizada a estatística descritiva e inferencial, aplicando-se os testes Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, com  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Observou-se uma maior percepção da QV global dos adolescentes com deficiência visual em relação aos deficientes auditivos. No tocante aos domínios, tanto entre os deficientes visuais e os auditivos, os menores escores apresentados foram os do meio ambiente. Os maiores escores apresentados para os deficientes visuais foram nas relações sociais e para os auditivos no domínio psicológico. Os escolares inseridos em sala regular obtiveram uma maior percepção da QV em relação aos de sala especial, nos domínios psicológico e relações sociais.

**Conclusão:** O domínio meio ambiente apresentou-se como a dimensão mais preocupante na QV dos adolescentes com deficiência sugerindo a necessidade de maiores investimentos para implementação de políticas públicas visando melhorar a QV desta população.

**Palavras-Chave:** qualidade de vida; adolescente; deficiência auditiva; pessoas com deficiência visual.

### INTRODUÇÃO

O termo qualidade de vida (QV) foi mencionado pela primeira vez em 1920, em um livro sobre bem-estar,

porém ele começou a ser difundido na década de 60, sendo relacionado a políticas públicas que visavam à melhoria do padrão de vida, principalmente ligadas a questões econômicas. Com o passar dos anos, o conceito se ampliou, significando, além do crescimento econômi-

co, o desenvolvimento social, como educação, saúde e lazer (1,2).

Relacionando-se a saúde, a QV tem aparecido com bastante frequência, e sendo cada vez mais discutida. Inicialmente este conceito surgiu no seu sentido mais amplo, mais genérico, podendo ser ilustrado pela concepção da Organização Mundial de Saúde (OMS), que define qualidade de vida como a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida considerando o contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele está inserido, e em relação a seus objetivos, suas expectativas, padrões e preocupações (3,4).

Nas últimas décadas, o interesse crescente da comunidade científica e de todo o setor de saúde em relação a QV levou a um desenvolvimento marcante desse construto, com característica multidimensional, individual, subjetiva, multidisciplinar e intersectorial. Desta forma, evidenciou-se o quanto este construto é complexo tornando difícil sua conceituação e avaliação. No que se refere à definição de QV, embora o conceito desenvolvido pela OMS seja bastante aceito, ainda não há um consenso na literatura sobre qual definição melhor representa este constructo (5,6).

Ao buscar-se uma perspectiva avaliativa da qualidade de vida, com a consideração de suas dimensões, percebeu-se uma crescente utilização de instrumentos com enfoque multidimensional e quantitativo. Acredita-se que as informações acerca do tema servem de indicadores para: avaliar a eficácia, a eficiência e o impacto de determinados tratamentos para grupos de portadores de agravos; comparar os procedimentos; avaliar os custos e os benefícios dos serviços prestados; aprovar e definir tratamentos; definir estratégias na área de saúde; e monitorar a manutenção da qualidade de vida dos indivíduos (7,8).

A despeito do grande crescimento de produções que contemplam o conceito de qualidade de vida, aquelas ligadas à saúde da criança e do adolescente, no seu sentido ampliado, no Brasil ainda são escassos os estudos. E de forma mais específica, considerando esta população com alguma deficiência, percebeu-se uma ausência. Avaliar a qualidade de vida de adolescentes sem nenhum comprometimento de saúde e aquelas com algum comprometimento torna-se cada vez mais importante, já que o incremento nas tecnologias médicas contribui para o aumento da sobrevivência dessa última parcela, o que pode não significar a promoção da qualidade de suas vidas (9).

No Brasil, o Censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (10), aponta para uma prevalência de cerca de 45,5 milhões de pessoas com deficiência, o que corresponde a 23,9% da população brasileira. No entanto, segundo documento do Ministério da Saúde, em 1991, apenas

2% destes indivíduos recebiam algum tipo de assistência, quer seja da iniciativa privada ou do setor público, verificando-se inexpressivo avanço nessa situação. Do ponto de vista social e político, os deficientes ainda são vistos como uma minoria. Talvez isso explique porque praticamente inexistente literatura produzida sobre o tema (11).

Em Pernambuco, segundo dados do Censo 2010 do IBGE (10), existem cerca de 2,4 milhões de pessoas com deficiência, o que representa 27,5% da população do estado. De acordo com o censo escolar 2010 da Secretaria de Educação do Estado de Pernambuco (SEDUC-PE) (12), existem 7212 alunos com alguma deficiência matriculados na rede estadual de ensino. Em Recife, existem 1931 alunos, representando uma prevalência 26,77% do total de alunos matriculados de todo o estado. Considerando os tipos de deficiência, em Pernambuco, 25,54% dos escolares com deficiência possuem a deficiência auditiva e 4,40%, a visual. Já em Recife a prevalência é de 31,02% e 3,37% respectivamente (12).

A avaliação da qualidade de vida de adolescentes com deficiência é de suma importância, uma vez que a adolescência é uma fase chave para intervenções e modificações nos hábitos de vida e que independente do tipo de deficiência, esta população merece atenção e comprometimento por parte das políticas públicas, uma vez que estão em formação de identidade e uma qualidade de vida insatisfatória pode ter repercussões sérias no futuro desta população. Partindo desta premissa é fundamental a discussão e reflexão da qualidade de vida dos adolescentes com deficiência, para que se possa intervir no tocante a emancipação destes e colaborar para uma adolescência mais saudável. Assim, o objetivo do estudo foi analisar a percepção da qualidade de vida de adolescentes com deficiência auditiva e visual, comparando os domínios da QV com características sócio-demográficas da população em estudo.

---

## MÉTODO

---

Este foi um estudo de corte transversal e descritivo, realizado no período de novembro e dezembro de 2011, aplicado em 4 (quatro) escolas da rede estadual de ensino, localizadas na cidade de Recife-PE.

Cumprindo a Resolução nº. 196/96, do Ministério da Saúde, que versa sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos no Brasil, o projeto do presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade de Pernambuco sob o processo nº 150/11 e registro CAAE: 0137.0.097.000-11. Todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No caso de menores de idade, o TCLE foi assinado pelo responsável.

A população alvo do estudo foi composta de adolescentes, de acordo com a definição da OMS, que compreende entre 10 a 19 anos de idade, com deficiência visual e auditiva, matriculados e frequentando regularmente as instituições de ensino.

Por se tratar de um estudo exploratório, as escolas foram escolhidas por intencionalidade, as quais possuíam um maior número de alunos com deficiência visual e auditiva. A inclusão dos adolescentes no estudo ocorreu por desejo em participar do experimento. Para tanto, todos os escolares foram contactados e informados quanto à natureza e objetivos do estudo, obtendo a amostra de 42 indivíduos. Foram excluídos da pesquisa aqueles que apresentaram deficiências cognitivas associadas ou que não conseguiram compreender o instrumento aplicado.

Foi utilizado para coleta dos dados demográficos, um questionário elaborado pelos autores, abrangendo questões sócio-demográficas. Em seguida foi aplicado o instrumento para a avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-BREF). Esse instrumento foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde e possui versão validada e adaptada para nosso idioma e cultura por Fleck et al (13) (2000), com 26 perguntas, distribuídas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente. Os domínios são representados por várias facetas e suas questões foram formuladas para uma escala de respostas do tipo Likert, com escala de intensidade (nada-extremamente), capacidade (nada-completamente), frequência (nunca-sempre) e avaliação (muito insatisfeito-muito satisfeito; muito ruim-muito bom). De acordo com Fleck et al (14) (2000), o instrumento é auto-explicativo e pode ser auto-administrado, assistido pelo entrevistador ou, ainda, administrado pelo entrevistador.

A aplicação do instrumento foi realizada de forma diferenciada entre o deficiente visual e o auditivo. No primeiro caso, foi feito em forma de entrevista, conduzida pelos pesquisadores. No segundo, foi auto-aplicado, com auxílio de um interprete em Libras da própria instituição de ensino para manter o diálogo entre os pesquisadores e os alunos participantes.

Os dados obtidos no WHOQOL-Bref foram pontuados utilizando-se o programa estatístico SPSS 20.0, conforme sugerido pela Organização Mundial de Saúde (The WhoqolGroup, 1998a) (15). No primeiro momento recorreu-se a análise descritiva para a caracterização da amostra, utilizando-se de frequências absolutas e relativas, bem como as medidas de tendência central apresentadas por média e desvio padrão. Em um segundo momento, para comparar os resultados obtidos da qualidade de vida percebida em cada um dos domínios e as características

sócio-demográficas entre os grupos ou categorias das variáveis, utilizou-se os testes estatísticos inferenciais não paramétricos Mann-Whitney e Kruskal-Wallis com um nível de significância igual 0,05. A justificativa para a escolha dos referidos testes foi devido a não comprovação da hipótese de normalidade dos dados e aos reduzidos tamanhos amostrais.

## RESULTADOS

Com base na análise do questionário sócio-demográfico, observou-se que dos 42 adolescentes que compuseram a amostra 37 (88,1%) eram deficientes auditivos e 5 (11,9%) deficientes visuais. Em relação ao gênero, 27 (64,3%) foram do gênero masculino e 15 (35,7%) do gênero feminino. Em relação à faixa etária a maioria destes, 35 (83,3%) estavam na faixa entre os 15 a 19 anos. Em relação à escolaridade dos sujeitos, 32 (76,2%) se encontravam no ensino fundamental II (Tabela 1).

Considerando a origem da deficiência, 27 (64,3%) dos sujeitos apresentaram a deficiência congênita e 15 (35,7%) apresentaram a deficiência ao decorrer de sua vida relacionado a acidentes por trauma ou doenças específicas (Tabela 1).

**Tabela 1.** Descrição das características sócio-demográficas dos adolescentes com deficiência auditiva e visual por frequência absoluta e relativa (n=42).

Variáveis	Tipo de deficiência					
	Visual		Auditiva		Total	
	n	%	n	%	n	%
Idade						
10 a 14 anos	0	0	7	18,9	7	16,7
15 a 19 anos	5	100,0	30	81,1	35	83,3
Gênero						
Masculino	3	60,0	24	64,9	27	64,3
Feminino	2	40,0	13	35,1	15	35,7
Origem						
Adquirida	3	60,0	12	32,4	15	35,7
Congênita	2	40,0	25	67,6	27	64,3
Escolaridade						
Fundamentall (Anos iniciais)	0	0	5	13,5	5	11,9
Fundamentalll (Anos finais)	3	60,0	29	78,4	32	76,2
Ensino Médio	2	40,0	3	8,1	5	11,9
Sala						
Regular	5	100,0	33	89,2	38	90,5
Especial	0	0	4	10,8	4	9,5
Reside com os pais						
Sim	5	100,0	28	75,7	33	78,6
Não	0	0	9	24,3	9	21,4

**Tabela 2.** Domínios e qualidade de vida global dos adolescentes com deficiência auditiva e visual em valores expressos por média e desvio padrão (n=42).

Qualidade de Vida	Tipo de Deficiência		Auditiva (n = 37)		Amostra Total (n = 42)		pValue
	Visual (n = 5)		Média	DP	Média	DP	
	Média	DP					
Físico	77.14	9.64	67.27	16.15	68.45	15.77	0.222
Psicológico	83.33	14.73	67.34	13.12	69.24	14.13	0.014*
Relações Sociais	85.00	20.74	65.52	21.62	67.85	22.20	0.044*
Meio Ambiente	60.00	12.77	55.99	16.72	56.47	16.22	0.565
QV Global	76.36	13.24	64.03	12.80	65.50	13.31	0.029*

(\*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

No tocante a sala de estudo, 38 (90,5%) dos estudantes em questão frequentava a sala de aula regular, ou seja, a grande parte está inserida em salas com alunos os quais não possuem deficiência (Tabela 1).

Em relação aos domínios, tanto entre os deficientes visuais quanto aos auditivos, os menores escores apresentados foram os do meio ambiente. Os maiores escores apresentados para os deficientes visuais foram nas relações sociais e para os deficientes auditivos no domínio psicológico. Levando em consideração a amostra total, o domínio meio ambiente demonstrou ser o de menor valor e o domínio psicológico, o de maior valor. Quando comparado entre as deficiências, encontramos diferenças estatisticamente significativas nos domínios psicológico e relações sociais, além do QV global ( $p < 0,05$ ) (Tabela 2).

Com base na comparação da QV global e as características sócio-demográficas de todos adolescentes da amostra, verificou-se que o grupo de escolares inseridos em sala regulares obteve uma maior percepção da qualidade de vida em relação aos escolares de salas especiais, apresentando diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,026$ ) (Tabela 3).

Os escores de QV global mais elevados foram percebidos na faixa etária de 10 a 14 anos, no gênero masculino, nos escolares do ensino fundamental I, assim como nos adolescentes que residem com os pais. No entanto, não houve diferenças significativas quando comparados com seus correspondentes ( $p > 0,05$ ) (Tabela 3).

Quando comparadas as características sócio-demográficas com o domínio físico do questionário, houve diferença significativa no tocante a faixa etária, a qual os escolares na faixa dos 10 a 14 anos obtiveram uma maior percepção neste domínio ( $p = 0,044$ ). O gênero feminino, escolares do ensino fundamental I, adolescentes que residem com os pais e alunos inclusos em sala regular possuíam escores maiores quando comparados dentro de sua

**Tabela 3.** Qualidade de vida global e características sócio-demográficas dos adolescentes com deficiência em valores expressos por média e desvio padrão (n=42).

Variáveis	Qualidade da Vida Global	
	Média	DP
Idade		
10 a 14 anos	70,06	± 11,41
15 a 19 anos	64,59	± 13,63
Valor de p	$p^{(1)} = 0,316$	
Gênero		
Masculino	65,67	± 13,83
Feminino	65,20	± 12,80
Valor de p	$p^{(1)} = 0,655$	
Origem		
Adquirida	65,50	± 14,99
Congênita	65,50	± 12,59
Valor de p	$p^{(1)} = 0,751$	
Escolaridade		
Fundamental I	72,50	± 10,36
Fundamental II	64,16	± 12,36
Ensino Médio	67,11	± 21,16
Valor de p	$p^{(2)} = 0,344$	
Sala		
Regular	66,90	± 13,23
Especial	52,25	± 22,05
Valor de p	$p^{(1)} = 0,026^*$	
Reside com os pais		
Sim	66,51	± 13,62
Não	61,82	± 12,14
Valor de p	$p^{(1)} = 0,345$	

(\*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

(1): Através do teste de Mann-Whitney.

(2): Através do teste Kruskal Wallis.

**Tabela 4.** Domínios da qualidade de vida e características sócio-demográficas dos adolescentes com deficiência em valores expressos por média e desvio padrão (n=42).

Variáveis	Domínios da Qualidade de Vida							
	Físico		Psicológico		Relações Sociais		Meio Ambiente	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Idade								
10 a 14 anos	79,08	± 9,08	69,64	± 11,95	69,04	± 19,07	62,50	± 21,34
15 a 19 anos	66,32	± 16,04	69,16	± 14,68	67,61	± 23,02	55,26	± 15,09
Valor de p	p <sup>(1)</sup> = 0,044*		p <sup>(1)</sup> = 0,981		p <sup>(1)</sup> = 0,993		p <sup>(1)</sup> = 0,671	
Gênero								
Masculino	66,79	± 17,57	69,59	± 13,31	69,13	± 21,41	57,17	± 18,60
Feminino	71,42	± 11,84	68,61	± 15,97	65,55	± 24,16	55,20	± 11,18
Valor de p	p <sup>(1)</sup> = 0,596		p <sup>(1)</sup> = 0,562		p <sup>(1)</sup> = 0,689		p <sup>(1)</sup> = 0,635	
Origem								
Adquirida	68,33	± 14,90	70,27	± 14,92	67,77	± 23,54	55,62	± 16,50
Congênita	68,51	± 16,51	68,67	± 13,93	67,90	± 21,89	56,94	± 16,36
Valor de p	p <sup>(1)</sup> = 1,000		p <sup>(1)</sup> = 0,437		p <sup>(1)</sup> = 0,860		p <sup>(1)</sup> = 0,974	
Escolaridade								
Fundamental I	75,00	± 12,62	75,00	± 6,58	70,00	± 19,18	70,00	± 20,79
Fundamental II	67,29	± 16,40	67,96	± 13,48	66,40	± 21,73	54,98	± 14,93
Ensino Médio	69,28	± 15,48	71,66	± 23,08	75,00	± 30,61	52,50	± 16,44
Valor de p	p <sup>(2)</sup> = 0,728		p <sup>(2)</sup> = 0,416		p <sup>(2)</sup> = 0,512		p <sup>(2)</sup> = 0,293	
Sala								
Regular	69,17	± 16,17	70,72	± 13,98	69,73	± 22,46	57,97	± 16,25
Especial	61,60	± 10,25	55,20	± 5,24	50,00	± 6,80	42,18	± 5,98
Valor de p	p <sup>(1)</sup> = 0,153		p <sup>(1)</sup> = 0,022*		p <sup>(1)</sup> = 0,067		p <sup>(1)</sup> = 0,023*	
Reside com os pais								
Sim	69,81	± 15,15	71,09	± 13,97	69,19	± 22,68	55,97	± 16,36
Não	63,49	± 17,93	62,50	± 13,34	62,96	± 20,88	58,33	± 16,54
Valor de p	p <sup>(1)</sup> = 0,317		p <sup>(1)</sup> = 0,112		p <sup>(1)</sup> = 0,405		p <sup>(1)</sup> = 0,699	

(\*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

(1): Através do teste de Mann-Whitney.

(2): Através do teste Kruskal Wallis.

categoria, entretanto, não foi verificada diferenças estatísticas significativas ( $p > 0,05$ ) (Tabela 4).

Considerando o domínio psicológico, verificou-se que o grupo de escolares inseridos em sala regulares obteve uma maior percepção neste domínio em relação aos escolares de salas especiais, apresentando diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,022$ ) (Tabela 4). Os escores do domínio psicológico mais elevados foram percebidos na faixa etária de 10 a 14 anos, no gênero masculino, com deficiência adquirida, nos escolares do ensino fundamental I, assim como nos adolescentes que residem com os pais. No entanto, não houve diferenças significativas quando comparados com seus correspondentes ( $p > 0,05$ ) (Tabela 4).

No tocante ao domínio relação social, foram percebidos escores mais elevados nos grupos da faixa etária de 10 a 14 anos, no gênero masculino, com deficiência congênita, nos escolares do ensino médio, estudantes em salas regulares, assim como nos adolescentes que residem

com os pais. Porém, não houve diferenças significativas quando comparados com seus correspondentes ( $p > 0,05$ ) (Tabela 4).

Em relação ao domínio meio ambiente, verificou-se que o grupo de escolares inseridos em sala regulares obteve uma maior percepção neste domínio em relação aos escolares de salas especiais, apresentando diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,023$ ) (Tabela 4). Os escores do domínio meio ambiente mais elevados foram percebidos na faixa etária de 10 a 14 anos, no gênero masculino, com deficiência congênita, nos escolares do ensino fundamental I, assim como nos adolescentes que não residem com os pais. Contudo, não houve diferenças significativas quando comparados com seus correspondentes ( $p > 0,05$ ) (Tabela 4).

## DISCUSSÃO

A temática qualidade de vida está sendo bastante



discutida nos últimos tempos, possivelmente, tal fato se deva em decorrência da associação da qualidade de vida com o aparecimento e o desenvolvimento de eventos que venham comprometer o estado de saúde dos indivíduos. Apesar do crescente interesse sobre qualidade de vida, na literatura há poucas investigações que enfoquem a qualidade de vida em adolescentes com deficiência. Diante deste fato, este estudo apresentou dificuldade para estabelecer comparações, diante da literatura escassa sobre o tema.

Dentre as deficiências, a auditiva é a segunda mais prevalente nas escolas estaduais, de acordo com a Secretaria de Educação de Pernambuco (SEDUC-PE)<sup>(12)</sup>, ficando atrás apenas da deficiência mental. A deficiência visual por sua vez é mais escassa nas escolas, fato reafirmado pelo censo da Secretaria de educação e comprovado na nossa amostra. É muito comum a presença da deficiência auditiva com causa congênita, uma vez que esta é a mais prevalente dentre aquelas rotineiramente triadas em programas preventivos, dados que reafirmam os encontrados nesta pesquisa (67,6%) (16).

No atual estudo a grande maioria dos adolescentes se encontravam na faixa de 15 a 19 anos. Este fato está relacionado ao local de estudo, uma vez que as escolas estaduais são responsáveis pelo ensino Fundamental II e Ensino Médio. Outro fato é a dificuldade de compatibilidade da idade com a série de estudo, devido a deficiência do adolescente.

Foi percebido que a maioria dos deficientes pesquisados (90,5%) estavam inseridos em salas com alunos os quais não possuem deficiências, ou seja, sala regular. Alguns estudos indicam que a inclusão favorece a troca de experiências, estabelecendo laços significativos de amizade com os demais alunos, se tornando membros ativos na construção de conhecimentos (17-19). A inclusão em sala regular tem uma importância na qualidade de vida desta população, o que foi percebido neste estudo, uma vez que estes indivíduos apresentaram melhores escores nos domínios psicológicos, ambientais e relações sociais. A escola constitui um ambiente primordial para a educação e socialização das crianças e adolescentes em desenvolvimento, e as atividades escolares trazem resultados positivos para a saúde e bem-estar do adolescente (17,18).

Os achados do presente estudo indicaram o domínio meio ambiente com menor escore. Estudos anteriores realizados em adolescentes com e sem deficiência (5,19-21), utilizando o WHOQOL – Bref, demonstraram também que o domínio meio ambiente possuía escores inferiores quando comparados com os outros domínios. Este achado é preocupante, pois alguns fatores que compõem este domínio não podem ser controlados individualmente, de-

pendendo de investimentos governamentais, uma vez que engloba poluição, ruído, trânsito, clima e transporte, oportunidade de lazer, segurança física e proteção.

Em estudo realizado na Índia por Agnihotri et al. (22) com o objetivo de testar a validade psicométrica do WHOQOL-BREF, onde foram pesquisados 525 adolescentes escolares, o domínio das relações sociais foi identificado como o de maior escore e o domínio meio ambiente surgiu como o mais prejudicado, corroborando com os achados do estudo atual, o que nos remete a um problema a nível mundial.

No entanto em estudo realizado em Portugal por Teixeira et al. (23) com 74 adolescentes e adultos jovens portugueses com doença cardíaca congênita a dimensão ambiental e as relações sociais foram as que obtiveram os maiores escores e a dimensão física foi a que obteve o menor escore. Este fato nos leva a relacionar o domínio mais afetado com o problema apresentado pelos sujeitos em estudo, uma vez que a doença cardíaca traz uma série de limitações físicas. No caso da nossa população, eles não possuem dificuldades físicas impostas pelas deficiências em estudo. O mesmo ocorre no estudo conduzido na Alemanha por Kamp-Becker et al. (24) que teve como objetivo verificar a qualidade de vida em 26 adolescentes com autismo verificou que o menor escore avaliado foi para o domínio das relações sociais e o maior escore avaliado foi para o domínio físico.

Considerando o domínio psicológico, entende-se que este tem um peso importante para a população em estudo, uma vez que estes estão em formação de personalidade. Nessa fase da vida, o indivíduo é surpreendido por intensos conflitos, voltado para a busca de sua identidade (27). Vários estudos enfocam que os recursos psicológicos como o otimismo, o controle pessoal e o senso de significado são importantes, como sendo reservas que permitem às pessoas enfrentar melhor os eventos críticos da vida. É válido destacar ainda que o bem-estar psicológico pode promover comportamentos saudáveis, uma vez que pessoas dotadas de senso de auto valor acreditam em seu poder de controle e são otimistas quanto a seu futuro, além de mais propensas a adotar hábitos mais saudáveis e conscientes (20,28-30).

Ao considerarmos uma análise global da qualidade de vida dos sujeitos em estudo, percebeu-se que algumas características sócio-demográficas demonstram ter influência para uma melhor percepção da QV, como a questão da socialização destes adolescentes com outros sem deficiência na sala regular de ensino. O domínio relações sociais se apresenta melhor percebido. O ambiente escolar integrativo favorece a auto-estima do adolescente, ajuda-o a lidar melhor com sua deficiência sem preconceito, o faz sentir-

se mais parecidos entre si, trazendo benefícios na sua qualidade de vida.

A idade também parece ter uma influência na percepção da QV, em que os adolescentes mais novos (10-14 anos) percebem melhor sua QV. Nesta fase os adolescentes ainda estão se descobrindo e por isso ainda não tem uma formação completa de personalidade. Com o passar da idade, eles passam a ser mais críticos, mais conflituosos e consequentemente tem uma influência na qualidade de vida (25). Corroborando com os achados desta pesquisa, um estudo realizado por Awasthi et al. (26) na Índia em 10 escolas públicas e 10 privadas com 525 adolescentes verificou que os maiores escores da qualidade de vida foram identificados nos adolescentes mais jovens.

O convívio com os pais também pode ser apontado como uma questão positiva para qualidade de vida dos adolescentes, principalmente quando estes possuem alguma deficiência. É sabido que eles sentem-se mais amparados, recebem mais atenção e cuidado e conseguem se desenvolver tanto socialmente como cognitivamente melhor do que os que não possuem o convívio com os pais. Este fator fica claro nos sujeitos em questão, uma vez que os que convivem com os pais percebem melhor o domínio psicológico, assim como a QV global.

## CONCLUSÃO

No presente estudo, a qualidade de vida dos adolescentes foi percebida melhor pelos deficientes visuais do que pelos auditivos. O domínio meio ambiente apresentou-se como a dimensão mais preocupante na QV dos adolescentes com deficiência, sugerindo a necessidade de maiores investimentos para implementação de políticas públicas ambientais visando melhorar a QV desta população. Verificou-se que os alunos inclusos em salas de aula com ensino regular apresentaram escores mais elevados da qualidade de vida bem como nos domínios psicológico, meio ambiente e relações sociais. Este fato reforça a necessidade da inclusão dos adolescentes com deficiência nas escolas, pois favorecem a troca de experiências e laços de amizade com os demais alunos influenciando de maneira positiva a percepção da qualidade de vida. Ressalta-se a necessidade do desenvolvimento de mais estudos a respeito da qualidade de vida dos adolescentes com deficiência, uma vez que esta população muitas vezes é negligenciada, não possuindo o direito de expressarem sobre sua percepção de qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Coimbra JAA. Considerações sobre o conceito de qualidade de vida. Petrópolis: Vozes; 1972.
2. Kluthcovsky ACGC, Takayanagui AMM. Qualidade de Vida – Aspectos Conceituais. *Revista Salus*. 2007;1(1):13–5.
3. Varni JW, Burwinkle TM, Sherman SA, Hanna K, Berrin SJ, Malcarne VL, Chambers HG. Health-related quality of life of children and adolescents with cerebral palsy: hearing the voices of the children. *Dev Med Child Neurol*. 2005;47(9):592-7.
4. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss, PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênsaude Colet*. 2000;5(1):7-18.
5. Gordia AP, Quadros TMB, Vilela Jr GB, Campos W. Variáveis sociodemográficas como determinantes do domínio meio ambiente da qualidade de vida de adolescentes. *Ver Ciênc Saúde Colet*. 2009;14(16):2261-8.
6. Gordia AP, Quadros TMB, Vilela Jr GB, Oliveira MTC, Campos W. Qualidade de vida: contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados. *Revista Brasileira de Qualidade Vida*. 2011;03(1):40-52.
7. Jozefiak T, Larsson B, Wichstrom L, Mattejat F, Ravens-Sieberer U. Quality of Life as reported by school children and their parents: a cross-sectional survey. *Healty Qual Life Outcomes*. 2008;6:34.
8. Seidl EMF, Zannon C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saude Publica*. 2004;20(2):580-8.
9. Soares AHR, Martins AJ, Lopes MCB, Britto JAA, Oliveira CQ, Moreira MCN. Qualidade de vida de crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(7):3197-206.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE. Censo demográfico de 2010 [Internet]. [cited 2012 Jun 7]. Available from: [http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados\\_do\\_censo2010.php](http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php)
11. Bampi LNS. Percepção de qualidade de vida de pessoas com lesão medular traumática: uma forma de estudar a experiência da deficiência [dissertation]. [Brasília (DF)]: Universidade de Brasília; 2007.
12. Secretaria de Educação de Pernambuco SEDUC PE. Censo escolar de 2010 [Internet]. [cited 2011 Oct 15]. Available from: <http://www.educacao.pe.gov.br>.
13. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(2):178-83.
14. Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Rev Ciênc Saúde Colet*. 2000;5(1):33-8.
15. The Whoqol Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. *Quality of Life Assesment 1998. Psychol Med*. 1998;28:551-8.
16. Gatto CI, Tochetto TM. Deficiência auditiva infantil: implicações e soluções. *Rev. CEFAC [Internet]*. 2007 [cited 2012 Apr 25];9(1):110-5. Available from: <http://www.revistacefac.com.br>
17. Novaes RG, Trugillo EA. O aluno surdo no contexto do ensino regular. *Rev Eventos Pedagógicos*. 2011;2(2):210 –9.
18. Santos, LHC, Grisotto KP Rodrigues DCB, Bruck I. Inclusão escolar de crianças e adolescentes com paralisia cerebral: esta é uma realidade possível para todas elas em nossos dias?. *Rev. paul. pediatr. [online]*. 2011;29(3):314-9.
19. Gordia AP, Quadros TMB, Vilela Jr GB, Oliveira MTC, Campos W. Qualidade de vida de adolescentes da rede particular de ensino: comparação entre gêneros. *Rev Bras qualidade de vida*. 2009;1(2):16-24.
20. Interdonato GC, Greguol, M. Qualidade de vida e prática habitual de atividade física em adolescentes com deficiência. *Rev Bras. Crescimento Desenvolv. Hum. [online]*. 2011;21(2):282-95.
21. Izutsu T, Tsutsumi A, Islam A, Matsuo Y, Yamada HS, Kurita H, Wakai S. Validity and reliability of the Bangla version of WHOQOLBREF on an adolescent population in Bangladesh. *Qual Life Res*. 2005;14(7):1783-9.
22. Agnihotri K, Awasthi S, Chandra H, Singh U, Thakur S. Validation

1. Coimbra JAA. Considerações sobre o conceito de qualidade de vida

- of WHO QOL-BREF instrument in Indian adolescents. *Indian Journal of Pediatrics*. 2010;77(4):381-6.
23. Teixeira FM, Coelho RM, Proença C, Silva AM, Vieira D, Vaz C. Quality of life experienced by adolescents and young adults with congenital heart disease. *Pediatric cardiology* [Internet]. 2011 Dec [cited 2012 May 27];32(8):1132-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21710181>.
24. Kamp-Becker I, Schröder J, Remschmidt H, Bachmann CJ. Health-related quality of life in adolescents and young adults with high functioning autism-spectrum disorder. *GMS Psycho Social Medicine*. 2010;7:1-10.
25. Ravens-Sieberer U, Torsheim T, Hetland J, Vollebergh W, Cavallo F, Jericek H, et al. Subjective health, symptom load and quality of life of children and adolescents in Europe. *International Journal of Public Health*. 2009;54:151-9.
26. Awasthi S, Agnihotri K, Singh U, Thakur S, Chandra H. Determinants of health related quality of life in school-going adolescents in Northern India. *Indian Journal of Pediatrics* [Internet]. 2011;78(5):555-61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21267797>.
27. Davim RMB, Germano RM, Menezes RMV, Carlos DJD. Adolescente/adolescência: revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. *Rev Rene*. 2009;10(2):131-40.
28. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE, Cecon PR. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev. Psiquiatr*. 2006;28(1):27-38.
29. Rabelo DF, Néri AL. Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. *Psicol Estud*. 2005;10:403.
30. Gordia AP, De Quadros TMB, De Campos W, Petroski EL. Adolescents' physical quality of life: associations with physical activity and sex. *Revista De Salud Publica Bogota Colombia* [Internet]. 2009;11(1):50-61. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true> HYPERLINK "http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=19721979&site=ehostlive"&HYPERLINK "http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=19721979&site=ehostlive"db=cmedmHYPERLINK "http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=19721979&site=ehostlive"&HYPERLINK "http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=19721979&site=ehostlive"AN=19721979HYPERLINK "http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=19721979&site=ehostlive"&HYPERLINK "http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=19721979&site=ehostlive"site=ehost-live.