



## Universidades Lusíada

Miranda, Maria José Costa

### **Bem-estar subjectivo em crianças e adolescentes com défice cognitivo**

<http://hdl.handle.net/11067/2073>

#### **Metadados**

**Data de Publicação**

2012

**Resumo**

Recentemente, a compreensão do bem-estar subjectivo tem recebido um crescente interesse por parte da investigação, em parte, devido às evidências da sua relevância para diferentes domínios de funcionamento. O défice cognitivo é um factor de risco para uma adaptação ao meio mais pobre, incluindo ao nível do bem-estar subjectivo. Apesar disso, pouco se sabe acerca do bem-estar subjectivo, numa perspectiva compósita, em crianças e adolescentes com défice cognitivo. O objetivo de estudo foi avaliar ...

Abstract: Recently, the understanding of subjective well-being has received an increasing interest from the research, in part, because of evidences of their relevance to different areas of functioning. The cognitive deficit is a risk factor for a poorer adaptation to the environment, including at the level of subjective well-being. Yet little is known about the subjective well-being, in a composite perspective in children and adolescents with cognitive deficit. The objective of the study was to...

**Palavras Chave**

Educação Especial, Necessidades Educativas Especiais, Défice cognitivo, Crianças, Vida cognitiva, Psicologia

**Tipo**

masterThesis

**Revisão de Pares**

Não

**Coleções**

[ULP-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T07:22:37Z com informação proveniente do Repositório

## **Agradecimentos**

Ao findar mais uma etapa, agradeço a quem de alguma forma esteve envolvido nesta miríada de desafios. A todos muito obrigada, por me acompanharem neste percurso de descoberta!

Ao Professor Doutor Paulo Moreira pela disponibilidade, oportunidade da sua orientação, mestria e partilha do seu saber.

Muito obrigada, Dr. João pela competência demonstrada.

Aos meus filhos e marido pelo estímulo e ajuda incondicional. Desculpem ter-me descurado do vosso bem-estar. Vocês são a âncora da minha vida!

Aos familiares e amigos que respeitaram a minha ausência.

Às amigas que estabeleci e conheci neste mestrado. Foi bom crescer e rir-me convosco...

Aos alunos agradeço a sua participação e contributo para que se efetuasse um melhor conhecimento do BES na infância e adolescência. E aos professores do agrupamento que contribuíram para a exequibilidade desta investigação, muito obrigada!

## Índice

Agradecimentos .....	3
Índice.....	4
Resumo .....	6
Abstract.....	7
Índice de tabelas.....	8
Lista de abreviaturas .....	9
1- Introdução.....	10
1.1 Bem-Estar Subjetivo .....	13
1.1.1 Concetualização- Enquadramento Teórico .....	13
1.1.2. BES na Infância e Adolescência.....	25
1.1.3. Indicadores de Bem-estar Subjetivo .....	32
1.1.4 Modelos de Bem-estar Subjetivo.....	55
1.2. Conceito de Necessidade Educativas Especiais (NEE).....	65
1.2.1 Crianças e jovens com NEE .....	70
1.2.2. Reptos de Educação Inclusiva / Educação Especial.....	78
1.3. Défice cognitivo .....	86
1.3.1. Caraterísticas das Crianças e Jovens com Défice Cognitivo .....	102
1.3.2. Etiologia.....	107
1.3.3. Prevalência.....	109
1.3.4. Classificação de Défice Cognitivo (DC) .....	113
1.4.- Bem-Estar Subjetivo em C-J com Défice Cognitivo .....	120
1.4.1 Satisfação com a vida .....	123
1.4.2. Tonalidade Emocional.....	124
1.4.3. Satisfação com o suporte social.....	126
1.4.4. Qualidade de Vida .....	131
1.5.    Objetivo e hipóteses do Estudo .....	140
2. Metodologia .....	140
2.1. Participantes .....	141
2.2. Instrumentos .....	142
2.2.1. Satisfação com a Vida .....	142
2.2.2. Escala Breve de Satisfação com o Suporte Social.....	143
2.2.3. Escala de Tonalidade Emocional (Rocha, & Moreira, 2010).....	143
2.2.4. KIDSCREN-10.....	144
2.3. Procedimentos .....	145

2.3.1. Procedimentos de recolha de dados .....	145
2.3.2. Procedimentos de análise de dados .....	146
3. Resultados .....	146
4. Discussão .....	151
4.1. Considerações Finais .....	159
5. Referências Bibliográficas .....	161

## Resumo

Recentemente, a compreensão do bem-estar subjectivo tem recebido um crescente interesse por parte da investigação, em parte, devido às evidências da sua relevância para diferentes domínios de funcionamento. O défice cognitivo é um factor de risco para uma adaptação ao meio mais pobre, incluindo ao nível do bem-estar subjectivo. Apesar disso, pouco se sabe acerca do bem-estar subjectivo, numa perspectiva compósita, em crianças e adolescentes com défice cognitivo. O objetivo de estudo foi avaliar o Bem-Estar Subjectivo em crianças e adolescentes com défice cognitivo

Participaram neste estudo, 496 crianças e adolescentes, 141 com défice cognitivo e 355 sem défice cognitivo, com idades compreendidas entre os 4 e os 20 anos, da zona Norte de Portugal. Os indicadores de bem-estar subjectivo avaliados foram a satisfação com a vida, a tonalidade emocional, a satisfação com o suporte social e qualidade de vida. Os resultados demonstram que as crianças e adolescentes com défice cognitivo apresentam menores índices de bem-estar (compósito) mas também de satisfação com a vida, qualidade de vida, e de tonalidade emocional positiva do que crianças e jovens sem défice cognitivo. Crianças e jovens com défice cognitivo estão mais satisfeitos com o suporte social. Estes resultados são congruentes com resultados de estudos anteriores e têm implicações importantes para a promoção da qualidade de vida de indivíduos com défice cognitivo.

**Palavras-chave:** Bem-estar Subjectivo; Satisfação com a vida; Satisfação com o Suporte Social; Tonalidade emocional; Qualidade de Vida; Necessidades Educativas Especiais; Défice Cognitivo;

## Abstract

Recently, the understanding of subjective well-being has received an increasing interest from the research, in part, because of evidences of their relevance to different areas of functioning. The cognitive deficit is a risk factor for a poorer adaptation to the environment, including at the level of subjective well-being. Yet little is known about the subjective well-being, in a composite perspective in children and adolescents with cognitive deficit. The objective of the study was to evaluate the Subjective Well-Being in children and adolescents with cognitive deficit.

Participated in this study, 496 children and adolescents, 141 with cognitive deficit and 355 without cognitive deficit, aged between 4 and 20 years, in the northern part of Portugal. The indicators of subjective well-being evaluated were, satisfaction with life, the emotional tonality, satisfaction with social support and quality of life.

The results show that children and adolescents with cognitive deficits have lower well-being (composite) indices, but also life satisfaction, quality of life, and positive emotional tonality than children and young people without cognitive deficit. Children and young people with cognitive deficits are more satisfied with social support. These results are consistent with results from previous studies and have important implications for the promotion of quality of life of individuals with cognitive deficits.

**Keywords:** Subjective Well-Being, Satisfaction With Life, Satisfaction with Social Support, Emotional Tonality, Quality Of Life; Special Educational Needs; Cognitive Deficits;

## Índice de tabelas

Tabela 1: Graus de gravidade da Deficiência Mental (DSM-IV-TR, 2002).....	119
Tabela 2: Média e desvio padrão da idade no grupo total e por género (masculino e feminino), de alunos com défice cognitivo.....	141
Tabela 3: Média e desvio padrão da idade no grupo total e por género (masculino e feminino), de alunos sem défice cognitivo .....	142
Tabela 4: Média e desvio padrão das dimensões BES com Défice Cognitivo e sem...147	
Tabela 5: Teste de Mann-Witney para diferença de médias entre alunos com Défice Cognitivo e sem .....	148

### Lista de abreviaturas

NEE .....	Necessidades Educativas Especiais
BE .....	Bem-Estar
BES .....	Bem-Estar Subjetivo
BEP .....	Bem-Estar Psicológico
QV .....	Qualidade de Vida
FEL - .....	Felicidade
BEH- .....	Bem-estar Hedónico
BEE - .....	Bem-estar Eudemónico
EE - .....	Educação Especial
DA- .....	Dificuldade de Aprendizagem
DC - .....	Défice Cognitivo
DCL - .....	Défice Cognitivo Ligeiro
DCG - .....	Défice Cognitivo Grave
DC/E .....	Dificuldades Comportamentais e Emocionais
C-J .....	Crianças e Jovens
AVD .....	Atividades de Vida Diária
QI .....	Quociente de Inteligência
CIF- CJ.....	Classificação Internacional de
Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - versão crianças e jovens	
PEI.....	Programa Educativo Individual
AAMR .....	Associação Americana de Deficiência Mental
QVRS .....	Qualidade de vida relacionada com a
saúde	



## 1- Introdução

Numa revisão da literatura abrangente à temática que sustenta o BES aferimos diferentes contributos teóricos para a concetualização do BES desde a sua génese até às mais recentes teorias reflexivas da psicologia positiva. A psicologia positiva surge como promotora de experiências de vida positivas, ao estudar o funcionamento e crescimento humano a nível pessoal, de grupos e sociedade (Dagnan, 2008).

A importância do BES está sobremaneira evidenciada nos diversos estudos relativos a esse conceito. Apesar do estudo do BES humano ser complexo e do interesse manifestado pelos estudiosos é também motivo de controversa, dado não haver um acordo concetual, pois estão implícitos vários fatores determinantes para a definição do conceito e respetiva avaliação (García-Viniegras, Benítez, 2000).

Sabe-se, contudo, através dos vários estudos empíricos efetuados, que o BE apresenta algumas características: refere-se a domínios específicos ou à vida geral de um indivíduo, envolvendo múltiplas vertentes pessoais, a partir de perceções próprias e associado aos contextos e condições de vida. O BE apresenta, ainda, características amplamente subjetivas e está relacionado com as competências pessoais, fatores endógenas e exógenos, transformando-se com as circunstâncias pessoais, no decorrer do tempo (Pais-Ribeiro, 2009).

A pesquisa do BES centraliza-se na forma pela qual as pessoas avaliam a sua vida imediata e contínua, mediante as várias circunstâncias da vida (Diener, 2000, cit.in Gilman & Huebner, 2006; Lyubomirsky, Sheldon, Schkade, 2005). Globalmente, BES poder-se-á definir como a sensação que cada indivíduo tem no desenrolar da vida pessoal e não como habitualmente se designava, a consequência de um prazer imediato relacionado com os objetivos pessoais, desejos, crenças e valores, que proporcionavam uma sensação de tranquilidade interior (Quevedo, Abella, 2010).

Atualmente parece existir consenso na definição conceitual de BES entre os investigadores subdividindo-o em duas dimensões. Segundo Diener, Suh, Lucas & Smith (1999), a dimensão cognitiva (juízo avaliativo) e a dimensão afetiva do Bem-Estar Subjetivo – entendidos como Satisfação com a Vida e Felicidade (Sagiv & Schwartz, 2000).

Defensores da psicologia positiva referindo-se ao BES e reportando - se a estes conceitos, evidenciam uma ciência baseada no paradigma da felicidade, ainda que defendendo que o BES, não é, por si só, condição suficiente para determinar a saúde mental (Diener, 1984; Diener & Diener, 1996; Diener, Diener & Diener, 1995; Lyubomirsky).

Não obstante os grandes avanços científicos na área da saúde, para expansão do conceito de saúde mental positiva, em detrimento do conceito de psicopatologia (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), ao incidirmos no estudo do BES em crianças e jovens (C-J), apesar do crescente interesse pela investigação do BES nesse grupo populacional ter aumentado na última década, averiguamos que o mesmo não se tem verificado no estudo do BES em C-J com deficiências (Gilman & Huebner 2006).

Contudo, tem-se verificado, progressivamente, uma crescente preocupação com as crianças com Necessidades Educativas Especiais (NEE) (Rodrigues, s/d). O paradigma de escola inclusiva e o atendimento a todos os alunos equitativamente tem exigido da escola um grande desafio nas funções de democratização e na designação de condições benéficas ao desenvolvimento biopsicossocial dos alunos. A inclusão destas crianças nas escolas do ensino regular tem sido uma aposta do ME e uma conquista de acordo com os diversos referenciais sócio - políticos – culturais (Ministério da Educação, 2008; Decreto-lei nº 3/2008, de 7 de Janeiro).

Deste modo, e partindo do pressuposto que o Sistema Educativo tem a responsabilidade de combater todas as formas de exclusão, é necessário que a escola se adapte, cada vez mais e melhor, à realidade dos alunos que recebe, promovendo estratégias

de promoção de BES, particularmente, nos alunos com Défice Cognitivo (DC) (Ministério da educação, 2008).

De facto, consubstancia-se a promoção do BES para a população em geral, mas pouco se sabe sobre o BES na infância e adolescência, especificamente nas crianças e jovens (C-J) com défice cognitivo (DC). Impõe-se, por conseguinte, um estudo direcionado para esta vertente, na procura da recolha de informação generalizada dos aspetos subjacentes à promoção do BES neste grupo com necessidades educativas especiais (NEE), tão específico. Verifica-se, numa perspetiva contextual da história, dificuldade em obter conhecimentos de investigação relativos ao estudo do DC, pois há a tendência em se basear na discrepância do QI, ao avaliar os défices, o que revela-se bastante delimitador (Stanovich, 1989, cit. in Stanovich, 2005).

Além dessa discrepância na aptidão-realização há uma tendência geral de na prática os procedimentos de avaliação no domínio do DC se basearem em conceitos psicométricas e tecnologias já ultrapassadas. Não se tem em consideração se a C-J evidencia uma discrepância entre desempenho intelectual e a sua capacidade (Conselho para Crianças Excepcionais, 2004, cit.in Stanovich, 2005).

Igualmente, a intervenção junto das famílias, segundo pesquisas efetuadas, revela-se bastante eficaz (McLoyd, 1998), contribuindo, ainda para reduzir comportamentos de externalização, pela implementação de programas de educação parental e consequente atenção junto das famílias (Bakermans-Kranenburg, van Ijzendoorn, Pijlman, Mesman, e Juffer, 2008, cit. in Taylor, Way & Seeman, 2011).

## **1.1 Bem-Estar Subjetivo**

### **1.1.1 Concetualização- Enquadramento Teórico**

O conceito de Bem-Estar Subjetivo (BES) foi evoluindo ao nível da delimitação concetual, nos últimos anos, como um conceito abrangente e indeterminado, incidindo, inicialmente, numa abordagem epistemológica no conceito de felicidade, atendendo que a experiência de felicidade tem sido considerada o expoente máximo da existência humana (Annas, 1993; Kamman et al., 1984, cit. in Gilman, Huebner & Laughlin, 2000).

O estudo concetual de BES deu lugar a uma vasta revisão da literatura científica, verificando-se, desde os tempos mais remotos, que os vários estudiosos se debruçaram e refletiram relativamente ao BES ou à felicidade do ser humano. Na opinião de Michalos (1995, cit. in Gómez et al., 2007) há um significado comum entre felicidade e satisfação, fazendo parte dos conceitos associados a BES.

Atualmente, estes estudos constituem um importante referencial para o conhecimento da psicologia e das ciências sociais, colidindo também com outras categorias psicossociológicas (García-Viniegras, Benítez, 2000).

O crescente interesse pelo estudo do bem-estar (BE), demonstrado tanto por investigadores como por políticos, contribuiu para a evolução concetual de BES, colocando-o numa posição de interseção de vários domínios nas vertentes disciplinares da psicologia, designadamente, a psicologia social, da saúde e clínica; sociologia, filosofia, economia, entre outras (Josefsson et al., 2011; Cummins, Lau, Mellor & Stokes, 2009; Diener, 2009; Galinha & Ribeiro, 2005; cit.in García-Viniegras, Benítez, 2000).

A proliferação desses estudos originou, contudo, imprecisão e convergência da terminologia mais apropriada, nas distinções concetuais e operacionais dos termos relativos a este novo domínio da ciência, sublinhada por vários autores (Andrews & Robinson, 1991;

Campbell, Converse & Rogers, 1976; George, 1981; Horley, 1984, cit.in Galinha & Ribeiro, 2005).

Depreende-se que a investigação do BES tem sido estudada de um modo distorcido, uma vez que foram referidos pelos estudiosos conceitos relacionados com o BES, indistintamente, associando esse construto a BES, BEP, saúde mental e felicidade. Verificou-se que não foi especificada a sua ligação com outras categorias sociopsicológicas, como é exemplo, qualidade, nível, condições, modo e estilo de vida, e desenvolvimento económico (García-Viniegras, Benítez, 2000).

Confirma-se, todavia, algum consenso na definição de BES, o qual remete para a avaliação que as pessoas fazem da vida, de acordo com as suas vivências, na dimensão cognitiva e afetiva/ emocional do conceito, as quais se constituem também domínios de estudo – o conceito de Qualidade de Vida e o conceito de Afeto (Galinha & Ribeiro, 2005). A primeira dimensão está relacionada com a satisfação total que as pessoas têm relativamente a aspetos pessoais, enquanto a dimensão afetiva está relacionada com as emoções positivas/negativas e respetiva frequência e intensidade da interação das mesmas (Cole, Peeke & Dolezal, 1999). A literatura nesta área da dimensão cognitiva e afetiva tem manifestado apreensão em compreender o modo como as pessoas vivenciam as suas vidas de forma positiva (Diener, 2009, cit.in Nunes, 2009).

Apesar do estudo do conceito de bem-estar ser recente, analisado por diferentes investigadores e apresentar diferentes terminologias concetuais (felicidade (FEL), bem-estar subjetivo (BES), bem-estar psicológico (BEP), qualidade de vida (Q.V), emoções, afetos, satisfação com a vida, bem-estar Hedónico (BEH) ou bem-estar Eudemónico (BEE), a sua génese remete-nos para os filósofos da antiga Grécia (Nunes, 2009).

Posteriormente, outros fatores sociais e históricos, inspirados no Iluminismo e no Utilitarismo, contribuíram para o impulsionar da investigação do BES, fomentando o estudo da Qualidade de Vida (Galinha & Ribeiro, 2005).

De acordo com o estudo de Casas et al., (2000), o primeiro grande período de interesse pelo estudo do bem-estar psicológico teve origens na década de 60, do séc. anterior, com especial destaque no contexto norte-americano, quando se verificou uma crise de valores nas sociedades industriais mais evoluídas, que, por seu lado, originaram transformações culturais e socioeconómicas, pela primazia dos valores monetários (Inglehart, 1977; 1990). Seguidamente, o conceito foi-se distanciando da dimensão de Bem-Estar Económico para atingir outras dimensões da vida das pessoas apresentando-se como Bem-Estar global, valorizando a vida como um todo (Novo, 2003).

Mais tarde, relacionado com os desenvolvimentos no campo da Saúde, na década de 70, direcionou-se a perspetiva das questões da doença para as questões da Saúde (Casas, Ferran, 2000). Atribuía-se a designação de Saúde Mental, em vez de Qualidade de Vida, emergindo o modelo Biopsicossocial aplicado à Saúde em geral e mental: “A Saúde é vista como um recurso para a vida de todos os dias, uma dimensão da nossa Qualidade de Vida e não o objetivo de vida” (Pais Ribeiro, 1998, p. 86, cit. in Galinha & Ribeiro, 2005).

Nos finais dos anos 80, do séc. XX, investigadores, ao interessarem-se pelo desenvolvimento humano e respetivo nível socioeconómico, desenvolveram novas orientações no estudo do BES. Na análise das condições sociais, os indicadores como a satisfação e a felicidade passaram a estar relacionados com BES (Fuentes & Rojas, 2001, cit. in Arita et al., 2005).

Há nesta década um segundo momento crítico na evolução do conceito de BES, originada pela indefinição do conceito, dado a abrangência dos inúmeros estudos científicos produzidos, culminando na necessidade de definição conceptual. Esta divergência de Bem-

Estar originou duas perspectivas e dois campos de estudos, o Bem-Estar Psicológico (integra conceitos de desenvolvimento pessoal, propósito na vida autoaceitação, autonomia, controle sobre o meio, relações positivas) e o Bem-Estar Subjetivo (integra as dimensões cognitiva, relativa aos juízos de valor sobre a Satisfação com a Vida (SV); e a dimensão Afetiva, emocional, relativa ao sentimento sobre a vida) (Diener, 1984, 1994; Diener e Larsen, 1984; Pavot e Diener, 1993, cit in Arocena, Lucero, Muñiz, 2005).

Os dois componentes, apesar de distintos, complementam-se (Andrews e Withey, 1976; Diener, 1994; Lucas et al., 1996, cit. in Gilman, Huebner & Laughlin, 2000).

Para Diener, Suh e Oishi Oishi (1998, cit. in Arita et al., 2005), Lucas e Diener (2000, cit. in Gilman & Huebner, 2006) o Bem-Estar Subjetivo é composto por três componentes interligados: o afeto positivo, ausência de afeto negativo e satisfação da vida como um todo, resultando em emoções de felicidade ou no balanço do afeto positivo e negativo. Afeto positivo (ex., emoções de alegria, de orgulho) e negativo (ex., emoções de tristeza, raiva,) referem-se à frequência das diferentes emoções, experimentadas por um indivíduo, a longo prazo (Gilman & Huebner 2006).

Assim, na felicidade (FEL), quando se avalia uma situação, prevalece o afeto positivo em detrimento do negativo, enquanto na satisfação com a vida há uma avaliação cognitiva das experiências pessoais e respetiva qualidade de vida, isto é, a autoavaliação que as pessoas fazem do que é a satisfação e a felicidade experimentada nos diferentes domínios e aspetos privados ou globais da vida (cit.in Arita et al., 2005).

Nos últimos tempos o paradigma relacionado com o BES sofreu mudanças significativas, incidindo a atenção num modelo de saúde com destaque para as emoções e para os sentimentos positivos (Almedom, 2005; Struempfer, 2006, cit. in Omar, Paris, Souza, Silva, Peña, 2005).

Com esta mudança da investigação centrada no potencial humano para a dimensão positiva da Saúde Mental, o BES assume-se como o conceito principal de uma investigação emergente designada Psicologia Positiva (Galinha & Ribeiro, 2005; Cuadra, Florenzano, 2003). A sua conceptualização na Psicologia Positiva originou investigação em áreas diversas como Saúde Mental, a Psicologia Social e a Gerontologia, a partir de construtos como o Bem-Estar, o Otimismo, a Felicidade, a Determinação Pessoal, as Emoções Positivas e as Negativas (Novo, 2003), no sentido de entender os fatores responsáveis pelo funcionamento psicológico positivo e pelo crescimento individual das pessoas (cit. in Galinha & Ribeiro, 2005).

Socialmente, a psicologia positiva pesquisa aspetos de cidadania e civismo, valores como o altruísmo, a responsabilidade, a tolerância e a ética profissional. Individualmente, a psicologia positiva investiga competências como a capacidade para amar, a sua orientação vocacional, a estética, o perdão, os valores e as atitudes, o talento, o conhecimento e a espiritualidade, entre outras (Cuadra, Florenzano, 2003)

A espiritualidade, de acordo com Fahey, Insel, & Roth (2003, cit.in Yampolsky, Wittich, Webb & Overbury, 2008) apresenta-se como um importante elemento de bem-estar e qualidade de vida. A espiritualidade é muitas vezes invocada para tratar distúrbios psicológicos (Larson & Liuson, 2003, cit.in Yampolsky, Wittich, Webb & Overbury, 2008). Corrigan et al. (2003) aplicou testes de avaliação a estes doentes e aferiu que os níveis mais elevados de espiritualidade aumentavam o BES. Uma vez que este construto está associado a um sistema de valores pessoais e sociais remete para atividades saudáveis e permite um apoio emocional complementar (Seaward, 2006, cit.in Yampolsky, Wittich, Webb & Overbury, 2008).

O objetivo primordial da Psicologia Positiva é levar os investigadores a incrementarem estudos para que os indivíduos alcancem níveis de funcionamento e bem-estar mais elevados



(Berger et al., 2006; Ma & Huebner, 2008; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000, Martin et al., 2008; Suldo & Huebner 2004, cit.in Hernández, 2006).

Sob este ponto de vista, as experiências subjetivas e as cognições construtivas referentes ao futuro afiguram-se como fatores significativos para o aumento do bem-estar (Appleton et al.,1997; Rae-Grant, Thomas, Offord & Boyle, 1989; Snyder, Feldman, Taylor, Schroeder & Adams, 2000), bem como para o aumento da participação (DiLorenzo, Stucky-Ropp, Vander Wal & Gotham, 1998; Trost et al, 1997, cit. in Almqvist & Granlund, 2005).

Deste modo, a capacidade de experimentar emoções positivas merece destaque neste novo paradigma, sendo o objetivo primordial da psicologia positiva redescobri-las e reposicioná-la (Fredrickson, 2002, cit. in Omar et al., 2005).

A orientação humana positiva deve-se não ao acaso, mas à procura das razões que determinam que pessoas, mesmo que não ostentam dificuldades económicas / aspetos materiais, apresentem níveis de felicidade restritos (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Para Gilman, Huebner, e Laughlin, (2000) admitir a infelicidade é, muitas vezes, considerada reflexiva de um indivíduo fracassado (Sandvik, Diener & Seidlitz, 1993). É uma experiência negativa referenciada ao sofrimento psíquico (Basche, 1995; Lewin-sohn et al., 1991) e a problemas interpessoais (Furr & Funder, 1998, cit. in Gilman, Huebner, & Laughlin, 2000).

As descobertas de mais de três décadas de investigação em BES (cf. Diener et al., 1999) foram proporcionando importantes evidências para o desenvolvimento da psicologia e, em simultâneo, novas intervenções e diferenciação de estratégias foram surgindo, patenteando o aumento do BES entre os indivíduos que tendem a permanecer infelizes (Cowen, 1991, 1994; Diener & Diener, 1996; Furr & Funder, 1998; McGuire & Earls, 1991; Seligman, 1998). É uma forma de estabelecer barreiras entre os fatores com potencial para o

desenvolvimento de várias formas de psicopatologia (Cowen, 1994; Durlack & Wells, 1997; Frisch, Cornell, Villeneuve & Retzlaff, 1992, cit. in Gilman, Huebner & Laughlin, 2000).

A psicologia foi-se, gradualmente, distanciando do estudo das patologias e perturbações da personalidade para se centrar nos aspetos positivos do potencial humano, contribuindo, para isso, o estudo de dois construtos, o BES a inteligência emocional (Hernández, 2006). Paralelamente, nessa constante pesquisa do BES, deixou importantes conhecimentos que facultaram novas teorias, relativamente ao funcionamento da mente humana e novas terapias que permitiram avanços significativos na recuperação dessas pessoas (Cuadra, Florenzano, 2003).

Em contexto escolar, a Psicologia positiva, salienta-se pela promoção de ambientes saudáveis, propiciadores de BES, uma vez que é neste contexto que as C-J experimentam emoções positivas (Huebner et al. 2009, cit. in Bordwine & Huebner, 2010). A nível pessoal, a psicologia positiva refere-se a estados psicológicos como felicidade, entre outros fatores subjacentes e associadas a resiliência (Dykens, 2006, cit.in Dagnan, 2008).

No entanto, não obstante os estudos revistos (Myers, 2000; Pavot & Diener, 1993; García Hoyos, 2002) são poucos os estudos que focam BES e resiliência, sendo esta indicada como um construto intrínseco à condição de BES (cit. in Ballesteros et al., 2006).

Entende-se por resiliência a capacidade que alguns indivíduos têm em ultrapassar efeitos psicológicos quando experienciam aspetos negativos de vida e de stresse (Dagnan, 2008).

Assim, o otimismo e a esperança são áreas associadas a resiliência emocional, merecendo especial destaque em grupos específicos e minoritários, considerando que muitas das alterações psicológicas podem ser responsáveis pelos efeitos cumulativos de risco e/ou fatores de proteção, variando individualmente nas pessoas mediante respostas diferentes,

relativamente às mesmas experiências (Olsson, Larsman & Hwang, 2008, cit.in Beart, Hardy & Buchan, 2005).

Na indagação da procura do prazer e da felicidade no ser humano, conduziu-se a duas correntes de pensamento delimitadoras dos modelos atuais de bem-estar: o hedonismo (reside no princípio da aglomeração do prazer, felicidade e às metas culturais de cada indivíduo (Ryan & Deci, 2001) e o eudemonismo “ bem-estar eudemonista consiste mais no que a pessoa faz ou pensa e não tanto no que ela sente” (Nunes, 2009, p.24).

No que concerne à perspectiva hedónica, Diener, Suh, Lucas & Smith (1999) aludem ao prazer como: “...bien último o fin supremo de la vida humana, y su concepción actual há dado lugar al constructo bienestar subjetivo, definido como «una amplia categoría de fenómenos que incluye las respuestas emocionales de las personas, la satisfacción con los dominios y los juicios globales sobre la satisfacción con la vida» ” p. 277 (cit. in Rodríguez-Carvajal, Méndez, Moreno-Jiménez, Dirk van Dierendonck, 2010).

Este modelo designa-se, atualmente, como “bem-estar subjetivo” (Nunes, 2009).

O BES ou hedónico refere-se, deste modo, aos juízos que as pessoas fazem da sua vida, relativos à satisfação com a vida em geral, aos aspetos laborais, à escola e ao ambiente familiar (Diener, Oishi & Lucas, 2003, cit. in Omar et al., 2005). Diener aparece como o principal investigador destas orientações teórico/empíricas e sistematizador do respetivo conhecimentos, isto é, do bem-estar hedonista, ou bem-estar subjetivo (Simões, 2006, cit.in Nunes, 2009).

Os investigadores direcionados para a vertente do hedonismo, no estudo do paradigma BES, na relação entre os aspetos positivos e negativos, manifestam preocupação na compreensão dos mesmos e orientam as suas pesquisas essencialmente para a dimensão afetiva (felicidade subjetiva) e cognitiva (satisfação com a vida) (Casas, Ferran,2000).

Dimensões separadas, mas interrelacionadas, o Bem-Estar é constituído por três componentes: satisfação com a vida global, afeto positivo e afeto negativo. Apesar de se correlacionarem substancialmente, estes construtos devem ser entendidos isoladamente (Galinha & Ribeiro, 2005).

Diener et al. (1999) e Diener (2000) consideram que o equilíbrio entre felicidade e os afetos positivo e negativo, na procura de experiências de prazer, proporciona bem-estar subjetivo (Nunes, 2009).

Relativamente ao bem-estar eudemonista, ou bem-estar psicológico, Ryff foi um dos investigadores centrados nesse modelo (cit.in Nunes, 2009). As características mais evidentes do bem-estar psicológico são os critérios pessoais, as medidas positivas e as medidas de BES que englobam todos os aspetos globais da vida de um indivíduo (Diener, 1994, cit. in Gómez et al., 2007).

Segundo Ballesteros, Medina, Caycedo, (2006) o crescente interesse no estudo do BES, associado a características pessoais e contextuais, está relacionado com variáveis como felicidade, qualidade de vida e saúde mental, considerando que estes conceitos estão correlacionados com bem-estar, felicidade e qualidade de vida.

Subjacente a este modelo multidimensional de bem-estar, uma das principais críticas atribuídas à perspetiva eudemónica, e inclusive à psicologia positiva, foi a visão demasiado etnocêntrica do construto, uma vez que recorria a aspetos baseados na promoção do êxito ou sucesso, inerentes às sociedades individualistas contemporâneas (Gable & Haidt, 2005, cit.in Nunes, 2009).

Na mesma linha de pensamento, Van Dierendonck & Mohan (2006) propuseram associar a estas variáveis construtos de recursos internos (RI) do indivíduo. Defendem que as características intrínsecas (fatores endógenos) à individualidade de cada pessoa promovem maiores índices de consciência das aptidões próprias, na promoção do potencial pessoal. Por

sua vez, afirmam que os processos de autorreflexão são uma parte imprescindível e significativa da vida de cada um, na medida em que influenciam a integração e o desenvolvimento da sua personalidade (cit.in Rodríguez-Carvajal et al., 2010).

Sob o ponto de vista do eudemonismo, a felicidade e o bem-estar são entendidos como o estado de plenitude e harmonia psicológica, promotor do desenvolvimento dos juízos de valores, designadamente a razão (Rodríguez-Carvajal et al., 2010).

Estas duas áreas do Bem-Estar edificaram-se a partir de duas perspetivas filosóficas diferentes em que: “as duas tradições – hedonismo e eudemonismo – são fundadas em perspetivas distintas de natureza humana e daquilo que constitui uma boa sociedade” (Ryan & Deci, 2001, p.143, cit. in Nunes, 2009).

Para Casas et al. (2000), este conhecimento acumulado contribuiu para o desenvolvimento da investigação, no campo BES, porém, e uma vez que os fatores psicossociais também interferem na qualidade de vida e felicidade, numa linha de continuidade posterior a estes estudos, muitos investigadores adotaram, preferencialmente, a terminologia de BEP.

O BEP centraliza-se nos principais indicadores do funcionamento positivo, isto é, no desenvolvimento das capacidades e no crescimento pessoal (Rodríguez-Carvajal et al., 2010). Segundo estes autores, vários estudos (e.g. Witmer & Sweeney, 1992) ressaltaram a importância dos elementos relacionados com os recursos internos, no que concerne à saúde física, psicológica ou social, assinalados também pela Organização Mundial da Saúde (Yogesh et al., 2004, cit. in Rodríguez-Carvajal et al., 2010).

No modelo multidimensional defendido por Ryff & Singer (2001, cit. in Ballesteros et al., 2006), que abrange componentes do desenvolvimento humano como a autonomia, autoaceitação, crescimento pessoal, relações interpessoais positivas e domínio nos vários contextos ambientais, o BEP apresenta-se como o desenvolvimento do ciclo da vida, cujo

objetivo primordial é atingir a perfeição, pelo crescimento pessoal do potencial de cada indivíduo.

Tendo por base a opinião de Victoria e González (2000, cit. in Ballesteros, Medina, Caycedo, 2006) o BEP e BES são coincidentes com a perspectiva de Ryff (1995), relativamente à relação entre as expectativas pessoais e respetiva importância atribuída.

Sobressai, conseqüentemente, que o conceito de BES é caracterizado pela dimensão subjetiva, evolutiva e multidimensional do indivíduo, atendendo às suas condições psicossociais, promotoras ou redutoras desse bem-estar (Ballesteros et al., 2006).

Outros estudos desenvolvidos pelos investigadores Compton et al. (1996); King e Napa, (1998); McGregor e Little (1998) complementaram e confirmaram que o bem-estar é um fenómeno multidimensional que deverá incluir não só o BES, mas também o BEP (Ryan & Deci, 2001; Keys, Shmotkin & Ryff, 2002; Lent, 2004, cit. in Nunes, 2009).

O BES e o BEP são promotores do progresso humano, designado pela psicologia positiva como “human flourishing” (Albuquerque & Lima, 2007, cit. in Nunes, 2009).

Cloninger e Zohar (2011, cit. in Dinis, 2011) consideram que os construtos fundamentais para o BES, como o prazer, a satisfação e a felicidade, numa perspectiva da avaliação subjetiva que cada pessoa faz da sua vida, é que nos permite determinar a nossa vida de forma positiva, ainda que com experiências negativas vivenciadas.

Outra posição tomada, a partir dos estudos de Lyubomirsky (2001) é a de que os processos cognitivos e de motivação são responsáveis pelas relações estabelecidas entre as condições de vida objetiva, as variáveis demográficas e as ocorrências vitais que, por seu lado, podem interferir no BES. Consideram, e estão unanimemente de acordo, que a satisfação nos domínios fulcrais da vida é mais que uma componente do BES, podendo mesmo afetá-lo.

Alguns desses domínios que afetam o BES estão relacionados com a realização pessoal e os aspetos contextuais em cujos domínios se podem, ou não, experimentar satisfação, apesar de, também neste ponto, haver alguma controvérsia por considerarem que os fatores contextuais não são tão influentes devido à capacidade que o ser humano tem em alterar e se adaptar a novas circunstâncias (Gómez et al., 2007).

Apoiados em várias investigações, sustenta-se que as variáveis sexo, idade, raça, entre outras, são determinantes mas insuficientes para circunscrever o fenómeno de BES. Novos estudos são orientados para fatores subjetivos ou de personalidade mais direcionados para o BES (Gómez et al., 2007; Dinis, 2011).

Apesar disso, Wrosch, Scheier, Carver & Schulz (2003, cit. in Ballesteros et al., 2006) defendem que a capacidade de autorregulação e a capacidade de mudança são determinantes para o BES, quando há impossibilidade de alcançar metas (no abandono das mesmas) e os objetivos propostos. Destaca-se, ainda, a anotação de Compton (2001, cit. in Ballesteros et al., 2006) de que para qualquer conceito de BES estão implícitos valores, os quais deverão ser considerados nas investigações a efetuar.

Como relevância do estudo do BES, segundo Diener, Suh & Oishi (1997, cit. in Siqueira & Padovam, 2008) e reafirmado pelos atuais divulgadores da psicologia positiva (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), consiste em procurar compreender as apreciações avaliativas que as pessoas fazem de suas vidas, apesar de não se pretender estudar estados psicológicos negativos ou patológicos (como depressão, ansiedade, stress, incapacidades...) mas distinguir na vida das pessoas os níveis de BE que conseguem obter (Siqueira & Padovam, 2008).

Sendo o BES um conceito concebido por Diener e Lucas (2000) que requer autoavaliação, na observação e nos relatos feitos pelo próprio indivíduo, aplicando perceções subjetivas, este não deverá apoiar-se nas expectativas, valores, emoções e experiências dos

outros. Estes autores reforçam que a avaliação direcionada para o bem-estar pode estar mais relacionado com a frequência das emoções, do que da intensidade com que se experienciam essas emoções (Siqueira & Padovam, 2008).

Verifica-se, por conseguinte, que atualmente há uma procura constante dos pesquisadores na compreensão e na avaliação subjetiva da felicidade e respectivas experiências/situações de prazer e sofrimento, concernentes ao processo que suporta a felicidade (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999, cit. in Siqueira & Padovam, 2008).

Sabe-se, ainda, que o BE é um construto completo caracterizado por vários aspetos, como a coerência, satisfação com a vida, resistência e fortaleza. BE é influenciado, ainda, por aspetos cognitivos, emocionais e comportamentais, bem como pelos fatores ambientais / culturais e peculiaridades pessoais, numa perspetiva subjetiva e psicológica (Almedom, 2005, cit. in Omar et al., 2005).

### **1.1.2. BES na Infância e Adolescência**

A revisão de estudos direcionada para este tema corrobora que os conceitos de bem-estar, satisfação e felicidade refletem o estado das pessoas nos aspetos afetivos e cognitivos, apresentando-se Diener como o autor mais representativo sobre o tema BES, sendo os seus conceitos também os que mais aceitação tem entre os vários teóricos e investigadores (Gómez et al., 2007).

O paradigma da psicologia positiva deve considerar o desenvolvimento de qualidades positivas nas pessoas, além de incidir na intervenção da melhoria dos défices pessoais das crianças e jovens (C-J) e, desse modo, promover o BES (Seligman e Csikszentmihalyi, 2000). Tem-se confirmado que a pesquisa empírica relevante sobre a felicidade das C-J em contexto



familiar e escolar tem-se revelado muito redutora (Huebner et al. 2006, cit.in Lewis, Huebner, Malone, Valois, 2010).

Como foi referido anteriormente, o conceito de BE tem sido associado, sistematicamente, ao conceito de felicidade, o que levou os investigadores a relacionarem o BES com inúmeras variáveis humanas (Lewis, Huebner, Malone & Valois, 2010). A abrangência do conceito coloca a investigação, na intervenção com C-J, alicerçada neste princípio de felicidade associada a saúde mental, no sentido de desmistificar classificações de indícios psicopatológicos (Gilman & Huebner, 2006). Não obstante, no estudo do BEP tem-se verificado alguns progressos notáveis, designadamente no bem-estar associado à qualidade de vida (QV).

Existem, contudo, poucos instrumentos aplicáveis ao estudo do BES em crianças e adolescentes verificando-se, desta forma, uma omissão na investigação empírica de BES direcionada para esse grupo (Casas, Rosich, Alsinet,2000).

De facto, verifica-se que a maioria dos estudos científicos respeitantes ao BES recorria constantemente, para o efeito, a amostras da população adulta (idem). A este ímpeto de investigação em adultos foi-se demarcando, paralelamente, o incremento de estudos teórico-empíricos para as crianças e jovens (C-J) com a denominação de desenvolvimento positivo juvenil (Park et.al 2004).

Pode-se considerar que os primeiros estudos desenvolvidos por Harter (Casas, 2000), relacionados com o bem-estar psicológico da infância e da adolescência, remontam a 1982. Subdivididos em três subescalas, incidiram na perceção que as crianças e adolescentes tinham das suas próprias atitudes. As subescalas reportam-se à competência cognitiva e respetivo rendimento académico e comportamento escolar; à competência social, no âmbito familiar e das amizades; à competência física, com enfoque para as atividades desportivas e/ ou tempos livres. Paralelamente, Harter desenvolveu ainda uma escala de autoavaliação geral que media

a segurança pessoal das crianças e jovens com incidência em questões relacionadas com a felicidade na infância. Assim, o construto da felicidade tem sido estudado numa dimensão ética, política e económica surgindo, só recentemente, numa vertente psicológica (cit. in Casas, Rosich, Alsinet, 2000).

Entre os antecessores do estudo, relativo à insatisfação em diferentes aspetos da vida de crianças e jovens, destacam-se Adelman, Taylor e Nelson (1985). Para avaliar os níveis de satisfação/insatisfação, elaboraram a “Perceived Life Satisfactori Scale” (PLSS), aplicando-a a idades compreendidas entre os 8 e 10 anos de idade (cit.in Casas, Rosich, Alsinet,2000).

É, contudo, nos anos 90, do séc. XX, que efetivamente se foi registando um crescente interesse pelo estudo da participação social da infância, adolescência e juventude na vida social. Surgiram vários instrumentos apropriados à recolha de dados relativos à satisfação vital em diferentes momentos da vida deste público-alvo, em função da idade e respetivo estágio de desenvolvimento (Casas, Ferran, 2000), entre outros específicos de avaliação do BES em adolescentes (Huebner, 1991, 1994; Zullig, Huebner, Gilman, Patton & Murray, 2005, cit.in Casas, 1998; Alsinet, 2000).

Dos resultados obtidos, surgiram evidências importantes não só para investigações referentes à QV, mas também para estudos clínicos (Frish et al., 1992; Huebner, 1994), bem como para avaliar a participação na vida social das C-J (Casas, 1998; Alsinet, 2000).

Nos estudos de Leung e Leung (1992), relacionados com a satisfação vital e o autoconceito na infância e adolescência, pela aplicação da escala de autoestima de Rosenberg e a escala de satisfação com a vida de Diener et al. (1985), concluíram que um bom relacionamento com os pais pode melhorar o BEP dos filhos (Casas, 2000).

A criança em desenvolvimento adquire capacidades de autorregulação, indispensáveis à sua adaptação em sociedade, requerendo um grande controlo cognitivo/emocional (Cox, Mills-Koonce, Propper & Gariépy, 2010). Esta cascata de mudanças na regulação constante

das suas emoções e desenvolvimento cognitivo de autocontrolo é induzida pela progressiva integração de fatores biológicos, socio/afetivos e de sistemas transacionais. Ora este processo de desenvolvimento pode ser interrompido e gerar C-J consideradas "de risco", cujos problemas de ajustamento psicossocial se vão manifestando gradualmente (Cox, Mills-Koonce, Propper & Gariépy, 2010).

Baseado na teoria de Vygotsky, Dodge (2006) defende que as experiências de socialização praticadas e vivenciadas pelas C-J são imprescindíveis no processo de aquisição da cognição social adaptativa (Fenning, Baker & Juvonen, 2011). O desenvolvimento de relações interpessoais na infância promove oportunidades de processamento de informação social adaptativa, através do treino explícito de competências sociais com os pares (Mize & Pettit, 1997, cit.in Fenning, Baker & Juvonen, 2011).

A forma como se vive é valorizada por aspetos independentes dos valores culturais, mas interligados, como a autonomia, o desenvolvimento pessoal, o propósito de vida, a autoaceitação, as relações interpessoais positivas e o próprio domínio do ambiente (Omar et al., 2005).

O autoconceito físico e BEP na adolescência também está intrinsecamente correlacionado com o BE pessoal e social. É nesta fase do desenvolvimento que o autoconceito físico se manifesta mais acentuadamente, apesar dos poucos estudos que corroboram estes dados empíricos apresentarem dados contraditórios (Grandmontagne, Fernández & Garcia, 2004). Deste modo, e segundo os mesmos autores, o autoconceito positivo acentua a satisfação pessoal, mas também a convivência em sociedade, cujo estudo do autoconceito, iniciado em meados dos anos setenta, deixou de ser unidimensional e global para incidir em outras dimensões mais específicas, num conjunto integrado e interligado de diferentes domínios pessoais (escolar, pessoal, físico, social...) e que contribuem para o bem-estar pessoal (Grandmontagne, Fernández & Garcia, 2004).

A teoria da autodeterminação, como outro domínio pessoal, para Ryan & Deci (2001), requer três necessidades básicas para a promoção da integridade, do bem-estar e do saudável crescimento psicológico das C-J, nomeadamente a autonomia, as capacidades e os vínculos afetivos (cit. in Ballesteros et al., 2006).

Outros investigadores consideram, também, a motivação como um fator preditor de bem-estar psicológico, destacando, ainda, que as C-J que possuem uma motivação elevada têm maiores probabilidades de atingirem as suas metas pessoais, comparativamente às que apresentam desmotivação (Cassidy, 2000; Griffith & Graham, 2004; Sheldon & Elliot 1999; Sheldon, Elliot, Kim & Passer, 2001, cit. in Ballesteros et al., 2006).

As C-J apresentam uma relação com a escola favorável e bons níveis de BE, não obstante carecer de melhoria nestes aspetos. Assim, as componentes da afetividade/emocionalidade encontram-se em simbiose com os aspetos cognitivos e enquadram-se nas variáveis direcionadas para a escola, os quais estão interrelacionados com o BE (Silva, de Matos, Diniz, 2010).

As competências sociais e o estabelecimento de relações interpessoais bem-sucedidas são um dos fatores mais determinantes do desenvolvimento da C-J. É das primeiras experiências sociais/cognitivas que a C-J estabeleceu na infância que emergem as bases posteriores de adaptação social e de resiliência (Cicchetti & Cohen, 1995, cit. in Fenning, Baker & Juvonen, 2011).

A emoção das crianças está relacionada com a compreensão afetiva e cognitiva de comportamentos pró-sociais, como a cooperação e a partilha, bem como gerir as suas respostas de acordo com as emoções dos outros; Denham, 1986; Dunn, & Cutting, 1999; Lannotti, 1985). Está ainda relacionada com a importância da aceitação pelos pares, numa dimensão global das competências sociais (Denham et al., 2003; Garner, 1996, cit. in Fenning, Baker & Juvonen, 2011).

A relevância do BE é cada vez mais evidente, principalmente porque é consequência de aprendizagens precoces na utilização competências socio emocionais, reduzindo problemas de saúde mental (Humphrey Curran, Morris, Farrel, & Woods, 2007), ao enfrentarem positivamente as mudanças vitais da sua vida, melhorando, conseqüentemente o BES (Bisquerra, 2008; Fernández-Berrocal & Ruiz, 2008, cit. in Silva, Matos, Diniz, 2010).

A formação de competências socio emocionais na escola pode ser determinante para ajudar responder às solicitações atuais da sociedade que requerem que as crianças e adolescentes possuam capacidades adicionais, capazes de lhes permitir uma vida adulta de sucesso, em que encontrem satisfação com as suas vidas (Morales & López-Zafra, 2009, cit.in Ballesteros et al, 2006).

Um dos principais objetivos propostos para a educação é a promoção do bem-estar emocional /social. Verifica-se, contudo, que este propósito é negligenciado em contexto educacional, referente ao rendimento escolar, dado as instituições educacionais se centrarem na evidência dos resultados académicos e, conseqüentemente, na promoção do desenvolvimento cognitivo (Berger, Alcalay, Torretti, Milicic, 2011). Estes investigadores evidenciam resultados que comprovam que as variáveis sócio/emocional estão associadas ao sucesso educativo pelo aumento da autoestima e subseqüente rendimento escolar.

Por outro lado, desenvolve a inteligência emocional (Goleman, 2006) e permite estabelecer relações interpessoais entre professor/aluno e aluno/pares, mais amistosas e de afeto (Bergin & Bergin, 2009, cit. in Berger, Alcalayb, Torrettib & Milicicb, 2011), bem como de participação/aceitação pelo grupo de pares (Fletcher, Hunter & Eanes, 2006, cit. in Berger, Alcalayb, Torrettib & Milicicb, 2011).

Em estudos direcionados para os alunos com NEE, Simões, Matos, Ferreira, & Tomé (2009), indicaram que o género feminino tem expetativas mais elevadas em relação ao género masculino e que as relações interpessoais e afetivas na escola se estabeleciam com mais

facilidade em alunos mais jovens, sendo promotoras de participações mais significativas (Simões, Matos, Tomé, Ferreira, 2010).

No entanto, o género masculino tende a demonstrar índices mais elevados de BE, comparativamente ao género feminino, embora essa diferença seja pouco significativa em idades inferiores (Arita et al., 2005; Berjano et al., 2008; Bisegger et al., 2005; Borges, Matos & Diniz, submitted; Matos et al., 2007). Porém, esta diferença manifesta-se mais na componente afetivo/emocional do BE do que na cognitiva (Berjano et al., 2008; Borges et al., submitted; Matos et al., 2007, cit. in Silva, Matos, Diniz, 2010).

Os níveis de BE estão relacionados com o desenvolvimento de competências de forma a adotar estilos de vida que propiciem saúde. Para isso, é necessário que se estabeleçam programas que promovam essas competências, uma vez que é neste período do desenvolvimento humano que sobressaem os padrões de comportamento e o estilo de vida e as C-J começam a estabelecer mais especificamente a sua identidade (Gaspar, Pais-Ribeiro, Matos & Leal, 2008; Minto, Pedro, Netto, Bugliani & Gorayeb, 2006; Simões, Matos & Batista-Foget, 2008, cit. in Silva, Matos, Diniz, 2010).

No que concerne ao apoio dos professores, em estudos feitos em Portugal por Silva, Matos, Diniz (2010), cerca de metade dos alunos adolescentes consideram-nos justos e que estes se interessam por eles quando carecem de ajuda pessoal. Em relação ao apoio dos pares da turma um número elevado de adolescentes portugueses sente que têm esse apoio dos colegas, ou quase sempre. Esta é uma realidade escolar que demonstra progresso, ao centrar-se mais nos problemas específicos dos alunos, permitindo-lhes mais espaço de iniciativa e de reforço das estratégias na relação pedagógica entre professores e alunos, pela projeção de atividades em comum e desenvolvimento de competências sociais e de gestão emocional, entre outras que permitam aos alunos adotarem estilos de vida saudáveis, enquanto

desenvolvem competências académicas (Morales & López-Zafra, 2009; Mosquera & Sobãus, 2006; Young, 2007; White, 2007, Ballesteros et al, 2006 cit. in Silva, Matos, Diniz, 2010).

Ao basear-se na perceção individual, o BES vai muito além do modo como o indivíduo capta e interpreta acontecimentos de vida e dos contextos pessoais em que se insere (Kahneman, Krueger, Schkade, Schwarz & Stone, 2006; Ferraz, Tavares & Zilberman, 2007, cit.in Silva, Matos, Diniz, 2010). Investigar e identificar os vários domínios associados ao BE é fundamental, uma vez que o BE envolve os aspetos exógenos e endógenos de cada indivíduo (cit.in Silva, Matos, Diniz, 2010).

### **1.1.3. Indicadores de Bem-estar Subjetivo**

Investigadores que se debruçaram sobre o estudo de condições subjetivas do bem-estar, felicidade e satisfação com a vida, definiram, globalmente, bem-estar subjetivo como as conclusões que as pessoas extraem relativamente a aspetos referentes à sua vida, quando a avaliam (Gómez et al., 2007).

Além disso, investigações direcionadas para o estudo da relação entre traços de personalidade (McRae, 1992) e BES aferiram que satisfação com a vida estava mais correlacionada com fatores de consciência (juízo avaliativo); afetos positivos correlacionados com o fator extroversão; e afetos negativos correlacionados com fatores neuróticos (Deneve e Cooper, 1998, cit. in Gilman, Huebner & Laughlin, 2000).

#### **1.1.3.1. Satisfação com a vida (SV)**

Desde a antiguidade que o ser humano se preocupa em saber, embora sem respostas concludentes, o que é a felicidade (FEL) e o que é uma vida boa, com qualidade (Gómez, Posada, Barrera, Cruz, 2007).

No BES identifica-se uma dimensão subjetiva de QV (abrangendo conceitos como satisfação com a vida, apreciações individuais e diferenças socioculturais, relativas ao que percebem e consideram um modelo de vida) e outra objetiva (com indicadores observáveis e quantificáveis; ex: saúde, meio ambiente físico, recursos, bens pessoais). Verifica-se que em certos grupos, ao compartilharem a mesma cultura, ainda existem variações pessoais relativas aos seus valores, crenças, objetivos e necessidades, o que parece confirmar que a gênese do conceito SV está implícita às concepções de qualidade de vida (Siqueira & Padovam, 2008).

SV pode ser definida globalmente como a avaliação cognitiva do BES, de acordo com os padrões próprios de cada indivíduo (Pavot & Diener, 1993, cit. in Lewis, Huebner, Malone, Valois, 2010), com a avaliação e valorização que faz da sua vida global, ou de um domínio em particular da vida (ex., família, escola, colegas,...) ou ainda de um aspeto pessoal específico, relevante (ex., resultados escolares) (Lyubomirsky, 2008, cit. in Borges, Matos & Diniz, 2011).

FEL engloba outros conceitos como BE, SV, incluindo as dimensões afetivas e subjetivas de uma pessoa. Daí se referir que as pessoas mais felizes demonstram menos hostilidade, menos autoritarismo, estando mais propensos aos problemas dos outros, são mais generosas, tolerantes, decididas, criativas, cooperantes e são de maior confiança (Myers, 1993, cit. in Cuadra, Florenzano, 2003).

No âmbito de estudo científico do bem-estar psicológico, Diener (1984) avaliou os aspetos globais da vida de um indivíduo, designando-os por satisfação vital ou satisfação com a própria vida (Casas, 2000).

SV é um conceito que foi redefinido pelos vários estudiosos das ciências comportamentais, passando a ser um construto integrante da conceptualização de BES (Siqueira & Padovam, 2008).



A satisfação com a própria vida pode permitir diferenciação dos níveis de satisfação abaixo e/ou acima de um ponto neutro, sendo um fator preditor de resultados positivos em muitos domínios da vida. Alta satisfação com a vida promove maior sucesso interpessoal, ocupacional e físico (Lyubomirsky et al. 2005, cit. in Lewis, Huebner, Malone, Valois, 2010).

A SV, como dimensão cognitiva de BES, foi reconhecida nos anos 1980 por alguns pesquisadores (George & Bearon, 1980; Stones & Kozma, 1980; Stull, 1987, cit. in Lewis, Huebner, Malone, Valois, 2010) o que se tornou extremamente importante não só para se diferenciar SV da componente emocional (afetos positivos/negativos) de BES, mas também para permitir compreender a estruturação desses dois construtos de BES. Deste modo, SV é referenciada como um dos elementos compósitos do BES com características predominantemente cognitivas, referindo-se à avaliação e valorização que as pessoas fazem da sua vida global, de um domínio da vida delimitado ou de aspetos referentes a um domínio, por ex. a satisfação pessoal com os resultados escolares obtidos (Lyubomirsky, 2008, cit. in Lewis, Huebner, Malone, Valois, 2010).

Começam a aparecer construtos literários (Arocena, Lucero, Muñiz, 2005) sob diferentes perspetivas teóricas relacionados com o “bem-estar subjetivo” (Diener, 1980), “optimismo aprendido” (Seligman, 1992) e “felicidade objectiva” (Kahneman). A investigação do bem-estar psicológico e da felicidade carecia de uma definição tão precisa que permitisse a sua medição, sendo Diener considerado um dos pioneiros do estudo do BES, como defendido por Arocena, Lucero, Muñiz (2005).

O BES, constituído por vários fenómenos, inclui, assim, vários domínios de satisfação e julgamentos globais de satisfação com a vida de acordo com a emocionalidade pessoal (Galinha & Ribeiro, 2005).

No parecer de Casas, Rosich, Alsinet (2000) o bem-estar depende de fatores tanto de índole económica como psicológica, sendo um dos critérios de avaliação do bem-estar

subjetivo, a percepção relativa de felicidade. Constatou-se, contudo, que variáveis demográficas (ex. sexo, idade, aspeto socioeconómico...) foram pouco relevantes para a satisfação global de vida das C-J (Huebner et al., 2000, Gilman & Huebner, 2006.)

Diener (1984) destacou três características, no âmbito de estudo científico do bem-estar psicológico (Casas, 1996). A primeira considera a experiência pessoal do indivíduo, relativamente às suas percepções e avaliações sobre a mesma e que apesar de haver influência dos fatores físicos e materiais no bem-estar psicológico, não os considera como parte intrínseca e necessária ao mesmo. Em segundo, destaca e relaciona os aspetos positivos e negativos, os quais devem ser bem compreendidos, em detrimento de alguns estudos que enfatizavam a saúde mental. Por fim, incluiu a avaliação de aspetos globais da vida de um indivíduo, designando-a por SV (Casas, 1996).

Consequentemente, e segundo a opinião de Pavot e Diener, (1993, cit. in Arocena, Lucero, Muñiz, 2005), emergiu a definição do construto “satisfação com a vida” (SV) mediante a valorização da qualidade de vida que os indivíduos atribuem segundo critérios próprios, dando prioridade a diferentes aspetos pessoais (saúde, relações interpessoais, trabalho, ...) conjugando-as umas em detrimento das outras, com maior ou menor grau de satisfação (cit. in Arocena, Lucero, Muñiz, 2005).

Satisfação de vida global refere-se à qualidade da avaliação cognitiva, também global, baseados em critérios pessoais de seleção de padrões (Diener et al., 1999). Satisfação com a vida, sob este ponto de vista, apresenta-se como uma componente-chave transcendendo, assim, as inconstâncias emocionais momentâneas (Diener & Diener, 1996, cit. in Seligman & Csikszentmihalyi, 2000); por outro lado, poderá influir nas mudanças comportamentais dos indivíduos (Lewinsohn et al., 1991, cit. in Gilman & Huebner, 2006).

De acordo com Keyes e Cols (2002, cit. in Siqueir & Padovam, 2008) SV afigura-se como o julgamento e reflexão que cada indivíduo produz relativamente à sua vida pessoal.

Pela reflexão permiti-lhe compreender o quanto se distancia ou se aproxima das suas aspirações pessoais (Campbell & Cols, 1976). Este estado psicológico possibilita aferir mais a relação com o BE do que propriamente as avaliações objetivas da QV individual (cit.in Siqueira & Padovam, 2008).

Aparece, deste modo, a satisfação com a vida, como um juízo cognitivo da qualidade de vida de cada um e inerente aos critérios de avaliação próprios de cada indivíduo (Pavot & Diener, 1993, cit. in Arocena, Lucero, Muñiz, 2005). Shin e Johnson (1978) refere que: “La satisfacción vital ha sido definida como una estimación cognitiva acerca de la calidad de la propia vida individual, a partir de los estándares de comparación elegidos por cada cual” (Casas, 2000, p.76).

As pessoas com alta SV possuem características peculiares permitindo-lhes viver mais tempo, combater doenças mais facilmente ou sentirem-se melhor, relacionamentos sociais mais positivos, maior produtividade/satisfação no trabalho e ter mais lucros financeiros que aquelas com menores níveis de SV. Evidenciam também menores níveis de psicopatologia (Lewis, Huebner, Malone, Valois, 2010).

Gilman, Huebner & Laughlin (2000) analisaram a satisfação com a vida, relativa à avaliação cognitiva global da qualidade de vida de um indivíduo (Campbell et al, 1976; Diener, 1984; Shin e Johnson, 1978), por considerarem que as perspectivas eram mais fundamentadas em referências cognitivas do que em reações emocionais referentes a acontecimentos de curta duração (Pavot & Diener, 1999).

A satisfação com a vida apresenta-se como uma componente cognitiva concetualmente considerada mais estável do que a componente afetiva (Diener & Larsen, 1984), logo surge como um indiciador relacionado com autoestima e imprescindível ao BES positivo (Argyle, 1987; Diener & Diener, 1995, cit.in Gilman, Huebner & Laughlin, 2000).

Por outro lado, os conceitos de bem-estar e felicidade confundem-se pela dificuldade em defini-los e por não haver formas de os medir através de instrumentos de avaliação (Ryan & Deci, 2001, cit. in Ballesteros et al., 2006). O conceito bem-estar subjetivo deriva das perspetivas hedónicas, o qual implica satisfação com a vida e prevalência de aspetos positivos em detrimento dos negativos, determinando, globalmente, a felicidade (Ballesteros et al., 2006).

Ryff e Keyes (1995) fizeram estudos no sentido de diferenciar bem-estar psicológico de BES, considerando que a satisfação com a vida pode ser um indicador de bem-estar psicológico (cit.in Ballesteros et al., 2006).

Para Casas (2000), a revisão exaustiva que Diener (1984) fez ao BEP, e apesar de não ter sido o único autor a realizá-la, é uma referência ou mesmo um marco no estudo do bem-estar psicológico, do qual surgiram vários desafios para posteriores trabalhos científicos.

Também com os estudos de Cantril (1965), que desenvolveu a sua escala SASS (Seu-Anchoring Striving Scale), mostrou-nos que era possível estudar, com bastante rigor, a satisfação dos seres humanos e relacioná-la, globalmente, com as nossas vidas ou até com aspetos mais concretos das mesmas. Estes estudos resultaram como uma mais-valia para estudos subsequentes, que apesar dos confrontos iniciais traduziram-se em trabalho colaborativo, pelo estudo diversificado de inúmeras variáveis, com importantes dados psicológicos a aplicar, emergindo, daí, a necessidade de investigar mais variáveis para estudos posteriores (cit. in Casas et al., 2000).

Porém, poucos estudos se têm efetuado na investigação da SV direcionados para crianças e adolescentes (e.g., Bender, 1997; Veenhoven, 1993), o que se repercute consideravelmente na avaliação da SV de C-J, cujos parâmetros de avaliação não podem ser equivalentes para crianças e adultos, atendendo ao diferencial de características inerentes a

cada população (Collins, 1991; Dusek, 1987, cit.in Gilman, Huebner & Laughlin, 2000; Park, Huebner, Laughlin, Valois & Gilman, 2004).

Isso pode dever-se ao facto de se construírem poucos instrumentos a administrar a esta população. Excetua-se o instrumento Multidimensional Student Escala de Satisfação de Vida (MSLSS: Huebner, 1994) que foi projetado para obter uma avaliação geral de SV das crianças e fornecer um perfil multicontextual da SV de crianças, contribuindo, se necessário, para uma intervenção mais específica, cujos esforços se destinam a promover o BE positivo nas crianças (Huebner, 1994; Huebner et al, 1998; Park, Huebner, Laughlin, Valois & Gilman, 2004).

Perante os estudos de Huebner, aplicados desde 1990, foram desenvolvidas diferentes escalas direcionadas para o BE das C-J, entre 8 e 14 anos (Huebner, 1991; 1994). Huebner (1994) desenvolveu uma escala multidimensional, a escala MSLSS, a qual foi adaptada (Alsinet, 1998; Rosich, 1999) para avaliar a satisfação da vida em cinco setores: autoavaliação, na família, amigos, na escola e mediante as experiências vivenciadas no meio ambiente (cit.in Casas, 2000).

Referente à SV de C-J, os acontecimentos de vida stressantes e os comportamentos de internalização (McKnight et al., 2002) estão relacionados com os acontecimentos stressantes e os comportamentos de externalização (cit.in Suldo & Huebner, 2004). Daí que a avaliação da SV não se pode reportar única e exclusivamente a fatores intrínsecos ao indivíduo, mas também à sua capacidade adaptativa ao meio (Gilman & Huebner, 2006).

A Satisfação com a escola é uma componente da SV em geral, sendo alvo de constantes estudos, designadamente no âmbito dos modelos multidimensional da satisfação com a vida de Huebner et al. (2009), Escala de Estudantes Multidimensional de Satisfação de Vida (MSLSS) (cit.in Lewis, Huebner, Malone, Valois, 2010). É uma avaliação subjetiva e cognitiva da QV escolar (Baker, 1998). A SV escolar assume-se, portanto, primordial para os

alunos se sentirem bem na escola (Bordwine & Huebner, 2010). Os resultados de estudos com C-J propõem que existem associações significativas entre algumas variáveis relacionadas com a escola e a SV (cit.in Lewis, Huebner, Malone, Valois, 2010).

Gilman, Huebner & Laughlin, (2000) destacaram que as variáveis demográficas (sexo, idade, etnia, ano de escolaridade) tinham pouca relevância, relativamente à satisfação de vida dos jovens.

A investigação do BES relativa aos adolescentes com alta satisfação da vida global demonstrou resultados significativamente mais elevados em todas as valências pessoais: académicas, relações interpessoais e em todo o desenvolvimento global da juventude, comparativamente aos alunos que manifestam baixa SV. Relativamente às variáveis escolares, os alunos com alta satisfação da vida global relatam experiências escolares mais positivas e maior participação. Aferiu-se, ainda, que níveis elevados de SV estão correlacionados com o índice comportamental/psicológico positivo dos adolescentes e há uma maior conexão positiva entre a SV e o contexto escolar/social (cit.in Gilman, Huebner & Laughlin, 2000).

Os estudantes que concluíram os estudos relataram níveis mais elevados de SV do que aqueles que abandonaram a escola, antes de se formarem. Também os alunos com alta SV tendem a ter resultados académicos superiores, comparativamente aos alunos com SV mais baixa (Gilman e Huebner, 2006, cit.in Lewis, Huebner, Malone, Valois, 2010). Menos envolvimento em contexto escolar implica emoções negativas mais frequentes e menos SV (Lewis, Huebner, Malone, Valois, 2010).

Estes jovens manifestam, também, menos stresse social, menos angústia intrapessoal e uma perceção mais positiva relativa aos professores, em relação aos jovens que relataram níveis médios de SV. Globalmente, os níveis elevados da SV afiguram-se como uma força fundamental para o funcionamento psicológico humano (Gilman & Huebner, 2006).

O primeiro estudo efetuado em Portugal, com a aplicação da escala de satisfação com a vida em estudantes universitários dos dois sexos, revelou resultados satisfatórias nesta população. Não tendo diferenças de género na SV, o estar apaixonado influenciou a satisfação, assim como a autoestima, entre outras variáveis da SV (Neto, 1999).

A pesquisa relativamente à satisfação escolar e emoções positiva na vida é importante, uma vez que as emoções positivas só recentemente começaram a terem interesse de investigação, pois havia a tendência para se centrar prioritariamente nas emoções negativas. Fredrickson (2001) desenvolveu e construiu a Teoria das Emoções positivas específicas, em oposição às emoções negativas, pela sobrevalorização dos pontos de vista de uma pessoa, o aumento da atenção à aprendizagem e a flexibilidade em responder (cit. in Lewis, Huebner, Malone, Valois, 2010).

### **1.1.3.2. Tonalidade Emocional**

As primeiras referências aos componentes emocionais do BES tiveram lugar num debate de Bradburn (1969, cit.in Siqueira & Padovam, 2008), ao defender que os afetos positivos e negativos formavam dois polos contínuos, distintos de afetividade, correlacionados com as características específicas da personalidade de cada um. Referiu-se uma estrutura bidimensional para os afetos positivos e negativos.

O conceito SV apresenta um caráter estável por ser do âmbito cognitivo e logo menos dependente de situações momentâneas, enquanto o conceito felicidade (FEL), associado aos aspetos emocionais (positivos ou negativos) e afetivos, se apresenta como um conceito efémero, sujeito às alterações de humor do indivíduo (Lyubomirsky, 2008).

Ostrom (1969) defendia que as atitudes eram compostas por elementos cognitivos/intelectuais e afetivos/ emocionais, referenciando o BES como uma atitude (Siqueira & Padovam, 2008).

Há, por conseguinte, duas dimensões a destacar no bem-estar subjetivo: a cognitiva referente à vida global de um indivíduo e a emocional que se reporta aos polos de afetividade positiva e negativa. Os indivíduos que têm tendência para o bem-estar subjetivo e satisfação pela vida revelam uma dimensão emocional muito mais positiva dos que não sentem essas emoções de bem -estar (Omar et al., 2005).

O carácter afetivo/emocional conferido à FEL não impede de que também se caracterize pela dimensão cognitiva, dado esta interferir no nível de satisfação pessoal, inerente às emoções positivas ou negativas do indivíduo, aumentando-as ou diminuindo-as, por exemplo, ao tentar conscientemente evitar pensamentos tristes, direcionado o pensamento para momentos prazerosos, podendo aumentar, assim, a felicidade (Cuadra & Fiorenzano, 2003; Ferraz et al., 2007; Lyubomirsky, 2008, cit. in Silva, Matos, Diniz, 2010).

Inerente ao processo de debates sobre quais os elementos integrantes dos conceitos psicológicos do BES surgiram, no âmbito dos afetos negativos, traços como ansiedade e depressão, enquanto para a composição de afetos positivos, destacaram-se variáveis como a autoestima, conceito psicológico que representava saúde mental. Este conceito foi sublinhado porque o indivíduo reconhecia-se, numa perspetiva de autoavaliação, como sendo uma pessoa de valor e munido de características positivas e negativas. Outros conceitos foram também surgindo relacionados com a dimensão positiva de BES, como autoaceitação, autoimagem e autorrespeito (Siqueira & Padovam, 2008).

Mais tarde, pesquisadores (Diener & Emmons, 1985; Watson, Clark & Tellegen, 1988, cit.in Siqueira & Padovam, 2008) reforçaram a relevância dos estudos de Bradburn (1969), confirmando as duas dimensões existentes na estrutura dos afetos. BES surge, assim, como



um construto psicológico que integra experiências emocionais positivas e negativas. Essas experiências passaram a designar-se experiências de afetos positivos (positive affects) e de afetos negativos (negative affects) (cit.in Siqueira & Padovam, 2008).

A autonomia, os vínculos afetivos e as competências pessoais são, de acordo com Ryan e Deci (2001), necessidades básicas que promovem satisfação nas crianças e favorecem o seu desenvolvimento psicológico, a integridade e o bem-estar subjetivo. É a autorregulação e a emocionalidade positiva das crianças que determinam o BES e contribuem para a redução do stresse e ansiedade (Cheng, 2004; Norlander, Johansson & Bood, 2005, cit. in Omar et al., 2005).

Estes estudos corroboram os resultados de Diener e Seligman (2002) ao reportarem-se aos jovens mais autoeficazes como potenciadores de maiores níveis de bem-estar. Por outro lado, verifica-se que há um vínculo entre as relações de afetividade interpessoal e felicidade (Myers, 2000), sobressaindo um relacionamento estreito entre bem-estar e os aspetos pessoais/sociais do indivíduo (cit.in Ballesteros et al., 2006).

Para avaliar estes afetos foi criada a versão infantil da Tabela Afeto Positivo e Negativo (PANAS-C; Watson, Clark & Tellegen, 1988) baseada em bases teóricas e psicométricas. Este instrumento de avaliação, idêntico à PANAS-C adulto, globalmente, é uma medida breve e útil que diferencia a ansiedade de depressão, em C-J. Estas doenças, ansiedade e depressão, associadas a inúmeras consequências negativas, são características e as que mais prevalecem na infância (Bernstein & Borchardt, 1991; WM Reynolds, 1992, cit.in Laurent, Catanzaro, Rudolph, Joiner, Potter, Lambert, Osborne & Gathright 1999).

As C-J infelizes pela experimentação sucessiva de fatores negativos são mais propensas também a sofrimento psíquico (Basche, 1995; Lewinsohn et al., 1991) e a problemas inerentes a relações interpessoais (Furr e Funder, 1998, cit.in Gilman, Huebner & Laughlin, 2000).

As C-J que sofrem de depressão experimentam baixa autoestima, têm sentimentos de desespero e sentem-se desamparadas, antecipando resultados negativos em várias vertentes da sua vida (Joiner & Barnett, 1994; Kendall, Cantwell & Kazdin, 1989, cit.in Laurent, Catanzaro, Rudolph, Joiner, Potter, Lambert, Osborne & Gathright 1999). São C-J deprimidas com limitações no seu desenvolvimento comportamental e social, designadamente quando envolvem situações de comunicação, manifestação de afeto e de participação em atividades (Kendall et al., 1989). A tendência para o suicídio é também patente neste grupo de C-J deprimidas Mitchell, McCauley, Burke e Moss (1988), sendo mesmo as tentativas de suicídio superiores às dos adultos deprimidos. São, ainda, um potencial grupo de futuros adultos deprimidos e ansiosos, cujos distúrbios poderão permanecer para toda a vida (Garber, Kriss, Koch & Lindholm, 1988; Keller et al., 1992; Ollendick & King, 1994; Pine, Cohen, Gurley, Brook & Ma, 1998, cit.in Laurent 1999).

Uma visão emergente na literatura é que essas perturbações estão associadas a sintomas de comportamentos de internalização negativos. Esta relação da comorbidade em C-J com as perturbações internalizantes tem merecido bastante atenção por parte dos estudiosos (e.g. Brady & Kendall, 1992), assim como a comorbidade entre as perturbações de externalização (e.g., Kuhne, Schachar & Tannock, 1997; WM Reynolds, 1992, cit.in Laurent et.al, 1999).

Pesquisas demonstraram que indivíduos com SV inferiores são mais propensos a desenvolverem fatores de risco, isto é, problemas psicológicos e sociais, designadamente baixa autoestima, depressão e interações sociais complexas (Furr & Funder, 1998; Lewinsohn et al., 1991, cit. in Park, Huebner, Laughlin, Valois & Gilman, 2004).

Um dos principais objetivos propostos para a educação é a promoção do bem-estar emocional /social. Verifica-se, contudo, que este propósito é negligenciado em contexto educacional, referente ao rendimento escolar, dado as instituições educacionais se centrarem na evidência dos resultados académicos e, conseqüentemente, na promoção do

desenvolvimento cognitivo (Berger, Alcalay, Torretti, Milicic, 2011). Os resultados comprovam que as variáveis sócio/emocional estão associadas ao sucesso educativo pelo aumento da autoestima e subsequente rendimento escolar (Berger, Alcalay, Torretti, Milicic, 2011).

O papel das emoções positivas entre os jovens no ambiente escolar tem sido pouco investigado. Fredrickson (2001) formulou a teoria do ampliar-e-construir em que frequentes emoções positivas aumentam o pensamento e concebem comportamentos positivos, proporcionando melhores recursos psicológicos e conseqüentemente um nível mais elevado de SV escolar (Bordwine & Huebner, 2010). A presença de emoções positivas em contexto escolar, além de indicador positivo de bem-estar, é determinante para que os adolescentes apresentem satisfação pela escola. A Pesquisa de Fredrickson ainda hoje sustenta a noção de que as emoções positivas resultam na construção de recursos pessoais (físicos, intelectual/psicológico e social), a longo prazo (cit.in Bordwine & Huebner, 2010).

Tem-se constatado que as adversidades ocorridas na primeira infância têm repercussões na saúde mental e física, que se verificam não só na infância, mas ao longo da vida, surpreendentemente, muitas vezes, décadas mais tarde (Taylor, Way & Seeman, 2011).

### **1.1.3.3. Satisfação com o Suporte Social**

Diener e Diener (1995) aludem à influência que o contexto sócio cultural tem relativamente à avaliação da satisfação pessoal ou bem-estar, descrevendo que nem sempre as situações adversas alteram a avaliação global de afeto positivo. Esta dimensão contextual das condições estruturais demarca os referenciais de descrição de bem-estar das pessoas, facilitando ou dificultando-o (cit.in Ballesteros et al., 2006).

Satisfação com o Suporte Social refere-se à rede social promotora do estabelecimento de relações de integração social, apoio social, saúde e bem-estar entre os membros e respectivos recursos existentes (Kevin, Hershberger, Russell & Market, 2001; Cutrona, Russell, Hessling, Brown & Murry, 2000; Coventry et al., 2004, cit. in Gaspar, Ribeiro, Matos, Leal & Ferreira, 2009).

Há evidências, em estudos realizados, indicativas de que o individualismo tem desvantagens psicológicas e sociais e que as pessoas que apresentam características individualistas têm menos competências para controlar as emoções pessoais, menos apoio social e, conseqüentemente, menor bem-estar (Omar et al., 2005).

Outra tendência comportamental investigada por Cuadra, Florenzano (2003) é que existe necessidade de pertença e de relacionamento social, inerente ao caráter de proteção e de reconhecimento social, que o ser humano carece. Analisaram, ainda, que as relações afetivas e a felicidade correlacionam-se (Cuadra, Florenzano, 2003).

A adolescência afigura-se como um momento do desenvolvimento propícia a definir a identidade, o estilo de vida e os modelos comportamentais (Minto, Pedro, Netto, Bugliani & Gorayeb, 2006, cit.in Borges, Matos & Diniz, 2011).

Estas percepções dos adolescentes repercutem-se em si próprios, mas também nos contextos socializadores em que se envolvem (família, escola, grupo, comunidade). A mudança e o modo como o adolescente enfrenta os obstáculos é determinante para o seu desenvolvimento sadio e evidente percepção de bem-estar (Berjano, Foguet & González, 2008; Bisegger et al., 2005; Matos & Batista-Foguet, 2007, cit.in Borges, Matos & Diniz, 2011). Nesta fase da vida a adoção de uma vida saudável é essencial para a construção de um estilo de vida com qualidade, na fase adulta (Bisegger et al., 2005; Rajmil et al., 2006, cit.in Borges, Matos & Diniz, 2011).

Recentemente, Ceballos (2009) referiu que a diferença do suporte social entre o género feminino e masculino também se acentua na adolescência, no seu ritmo de desenvolvimento, evidenciando, ainda, que nas idades mais jovens os níveis de satisfação com o suporte social e bem-estar eram superiores aos dos jovens com mais idade (Borges, Matos & Diniz, 2011).

O contexto escolar está estreitamente ligado com o BES das C-J portuguesas (Simões et al., 2008) devendo a escola empenhar-se na melhoria do BE dos adolescentes, como uma forma de melhorar a saúde mental dos adolescentes. Os adolescentes apresentam uma relação com a escola favorável e bons níveis de BE, não obstante carecer de melhoria nestes aspetos (Silva, de Matos, Diniz, 2010).

No entanto, quando as crianças apresentam competências sociocognitivas restritas ou são supervisionadas em contexto escolar, o seu suporte social percebido poderá estar ameaçado devido à ambiguidade em interpretar comportamentos dos pares, com tendência a responder hostilmente e a aumentar as dificuldades sociais (Dodge, 1986, cit. in Lanza, Rhoades, NIX, Greenberg, 2010). As limitações sociocognitivas, com a falta do reconhecimento de emoções e a falha ao implementar estratégias de resolução dos problemas estão relacionadas com as restrições pessoais a nível académico, na interação de pares, possibilidade de delinquência e internalização de problemas de agressão e rejeição (Denham, 1998; Dodge, Bates & Petit, 1990; Gumora & Arsenio, 2002; Howse, Calkins, Anastopoulos, Keane & Shelton, 2003; Izard et al, 2001; Sanguessuga et al., 2003; Mostow, Izard, Fine & Trentacosta, 2002; Shields et al, 2001; Sullivan, 2006, cit. in Lanza, Rhoades, NIX, Greenberg, 2010).

A partir do momento em que as C-J se tornam agressivas e revelam comportamentos de oposição, possivelmente também passarão a ser rejeitadas pelos outros pares (Patterson, Reid & Dishion, 1992), o que as torna mais ofensivas e as leva a associar-se a outros elementos, também hostis, resultando daí uma escalada de comportamentos adaptativos (Patterson et al.,

1992, cit. in Lanza, Rhoades, NIX, Greenberg, 2010). Estes problemas comportamentais precoces são fortes preditores de futuros comportamentos antissociais, remetendo para delinquência grave, insucesso escolar, desemprego em adultos e uma grande probabilidade de sobressaírem problemas de saúde mental (Burt et al, 2004; Caspi, Moffitt, Wright, & Silva, 1998; Hanlon, Bateman, Simon, O'Grady & Garswell, 2004; Hill, Lochman, Coie, Greenberg, & PreventionResearch Problemas TheConduct Group, 2004; Moffitt, 1993; Montague et al, 2005; Robins &Price, 1991, cit. in Lanza, Rhoades, NIX, Greenberg, 2010).

Dinis (2011) refere que o suporte social pode ter uma estrutura organizacional dicotômica: a origem (formal e informal) e o tipo (Ribeiro, 1999; Gaspar et al., 2009). A origem contempla familiares, vizinhos, pares/ amigos e alguns grupos sociais de referência (informal), bem como as organizações sociais e respetivos profissionais (formal) (Dunst & Trivete, 1990, cit. in Ribeiro, 1999).

Os tipos de suporte social referem-se ao suporte social percebido (avaliação global e subjetiva que as pessoas fazem da sua vida em geral, com maior relevância em níveis elevados de saúde) e ao suporte social recebido (objetividade das interações e trocas sociais estabelecidas) (Gaspar et al., 2009; Cramer, Henderson & Scott, 1997, cit.in Dinis, 2011).

As evidências remetem para a importância da aprendizagem precoce das competências afetivo/emocionais e sua utilização aquando das mudanças vitais das C-J, evitando problemas de saúde mental (Humphrey, Curran, Morris, Farrel, & Woods, 2007) e, conseqüentemente, promovendo o seu BE com repercussão na idade adulta (Bisquerra, 2008; Fernández-Berrocal & Ruiz, 2008, cit.in Matos, 2010).

O suporte social percebido para Pierce & Sarason (1994, cit. in Gaspar et al., 2009) promove a saúde individual, ao facultar melhor adaptação pessoal/ social (Siqueira, 2008).

Se isto se verifica no suporte social da população generalizada, então maior impacto se confirma nas crianças e adolescentes, no desenvolvimento de competências sociais e na aquisição de regras comportamentais, na futura adaptabilidade em sociedade.

Esta adaptação psicossocial conduz a um maior BES. Porém, o inverso também se verifica, as C-J com limitações e dificuldades em estabelecer relações interpessoais apresentam baixo BES e maior propensão para a psicopatologia. As relações interpessoais e sociais são decisivas na construção de representações mentais da criança, em relação ao mundo e aos outros (Gaspar et al., 2009).

A C-J situa-se em vários microssistemas sociais, desde o mais circunscrito, a família, até ao mais global, a sociedade, estando predominantemente inserido no sistema escolar (Bronfenbrenner, 2005). É neste contexto que são estabelecidas as relações sociais mais privilegiadas e que serão determinantes no desenvolvimento do adolescente (cit.in King, Huebner, Suldo & Valois, 2006)

O oposto também tem sido demonstrado pela literatura, crianças e adolescentes com relações deficitárias com os pais e rejeitadas pelos pares apresentam baixo bem-estar subjetivo e maior propensão para a psicopatologia (Gaspar et al., 2009).

A família direta, particularmente os pais, são a principal estrutura de suporte social (Vilhjansson, 1994; cit. in Ribeiro, 1999). A relação com a família direta/ interação entre pais e com os pares evidencia-se como um forte contributo para o suporte social, repercutindo-se na sua capacidade de socialização, prazer e interesse pelo meio circundante da C-J (Gaspar et al., 2009). Estas interações positivas estabelecidas com os pares fomentam adaptabilidade psicossocial e promovem o desenvolvimento de competências sociais, o que remete para um maior BES.

O envolvimento dos alunos nas atividades escolares é mediante mudanças e as próprias percepções de controlo, ou seja, quando o controlo percebido do aluno diminuiu, a motivação

também diminuiu, verificando-se o mesmo no reverso. Esta percepção de controlo está estritamente relacionada com as atitudes exercidas pelos professores (Skinner et al., 1998). Por conseguinte, se forem fornecidas oportunidades aos alunos para desenvolverem competências, as suas áreas percetivas aumentarão e, conseqüentemente, também a sua autonomia (Almqvist & Granlund, 2005).

#### **1.1.3.4. Qualidade de Vida /KIDSCREEN-10**

Para se entender o conceito de BES é necessário, primeiramente, definir-se o conceito de Qualidade de Vida (QV) (Arita, Romano, Garcia, Félix, 2005). Estes autores, baseando-se em Fernández- Ballesteros (1998), apoiaram-se em duas posições para investigar este tema. A primeira posição defende que a QV depende da percepção subjetiva que cada indivíduo tem relativamente a diferentes condições da sua vida, enquanto a segunda posição, defende que no estudo da qualidade de vida se deve considerar não só a avaliação das condições subjetivas que cada um faz da sua vida, como também as condições objetivas, avaliando as condições de vida independentemente do indivíduo.

De acordo García et al. (2000) a QV apresenta-se como uma dimensão subjetiva, de acordo com a avaliação que cada indivíduo faz da sua própria vida, de acordo com o nível de satisfação que obtém nos domínios mais importantes da sua vida. Defende, que há uma interação entre os fatores objetivos e subjetivos; sendo que os objetivos são considerados fatores externos (económicos, culturais, ambientais, sociopolíticos...) os quais podem facilitar ou dificultar o desenvolvimento da personalidade de um indivíduo. Aqui sobressai a dimensão psicológica que expressa a correlação entre os desejos e as expetativas inerentes a cada indivíduo e o seu modo de vida. Por sua vez, este está relacionado com o estilo de vida específico de cada indivíduo, que determina o seu comportamento, o seu perfil psicológico, no contexto social onde está inserido. Muitas destas categorias psicossociais (saúde,



mobilização da população para a mudança social e respetiva responsabilidade comum perante o ambiente e ecologia) contribuíram, de algum modo, significativamente para o estudo e desenvolvimento do BES (García-Viniegras, Benítez, 2000).

QV é um construto multidimensional e complexo que compreende as características próprias de cada pessoa e os relacionamentos interpessoais nos seus ambientes (McGrew & Bruintintas 1992; Schalock & Genung 1993, cit.in Nota, Soresi & Perry, 2006). O reconhecimento da importância psicológica do BES na qualidade geral de vida social e pessoal dos indivíduos tem aumentado consideravelmente (Strack et al., 1991, cit. in Park, Huebner, Laughlin, Valois & Gilman, 2004).

O termo QV tornou-se proeminente nos últimos 10 - 15 anos, apesar de esta definição já ter sido focada pela World Organização Mundial da Saúde (1948) ao definir saúde na vertente física, emocional e do bem-estar social, entre outra literatura incidente em indicadores sociais em 1970 (Andrews & Withey 1976; Campbell et al.1976, cit.in Nota, Soresi & Perry, 2006). QV sobressaiu como um conceito imprescindível na avaliação do sistema de saúde associado à prevenção, tratamento e reabilitação (Helseth & Lund, 2005).

A Sociedade de Pesquisa em Saúde da Criança, criada em 1933, promoveu, no decorrer destes anos, uma pesquisa interdisciplinar sobre crianças, cujos resultados permitem incentivar a melhoria da QV de crianças e famílias (Hagen, 2008, cit. in Guerra, Graham, Tolan, 2011).

De acordo com os recentes avanços de investigação verifica-se, cada vez mais, a necessidade de incluir equipas interdisciplinares entre cientistas e outros profissionais, com interesses diversificados, mas numa pesquisa-intervenção comum. Esses esforços multidisciplinares permitem aumentar a eficiência dos resultados, fazer comparações de estudos e melhorar essa consistência, em termos do desenvolvimento biopsicossocial da C-J (Guerra, Graham, Tolan, 2011).

A Organização Mundial de Saúde define QV como a percepção dos indivíduos relativamente aos seus objetivos, enquadrados no sistema de valores em que inserem, no contexto pessoal e sua relação com o meio envolvente e cultural. É um conceito amplo que engloba os aspetos biopsicossociais do indivíduo (saúde, estado psicológico, nível de independência, crenças, interrelações sociais) (Mugno, Ruta, D'Arrigo & Luigi, 2007).

QV é, muitas vezes, aplicada ao impacto da doença, sendo sugerido por Cowen (1994) que contemplasse outros fatores que não estivessem totalmente relacionados com a doença, mas com a capacidade de estabelecer relações interpessoais e o grau de satisfação em casa, trabalho ou escola, bem como na percepção e realização de tarefas apropriadas à sua idade e cultura (Nota et al., 2006).

Veenhoven (2000, cit.in Galinha & Ribeiro, 2005) menciona que a QV, por vezes utilizado como sinónimos dos conceitos bem-estar e felicidade, envolve, para além dos aspetos ambientais, aspetos intrínsecos a cada indivíduo, correspondendo ao Bem-Estar Psicológico e ao Bem-Estar Subjetivo (Veenhoven, 2005, cit.in Nunes, 2009).

A QV, patenteada numa base científica, cada vez é mais abrangente a grupos e populações como um todo. Na aceção do conceito, variadas condições objetivas e subjetivas de vida pessoal deverão ser consideradas. Os indicadores e valores subjetivos individuais da qualidade de vida integram uma ampla gama de domínios da vida, classificados em seis áreas: bem-estar material, físico, social, emocional e cívica. O conceito QV emerge, ainda, como um unificador no estabelecimento das metas e de serviços, para avaliar o seu impacto sobre o quotidiano da vida das pessoas. Permite, desse modo, mudanças nos indivíduos e respetivas identidades, no que respeita a experiências e estilos de vida, às suas próprias percepções e circunstâncias de vida (Felce, 1997).

Abbey e Andrews (1985, cit. in Casas et al.,2000) comprovaram, com modelos causais, que o autocontrolo, o apoio social e a realização pessoal desenvolviam percepções de

qualidade de vida, as quais, por sua vez, estavam relacionadas com as variáveis de cinco grandes dimensões: afetos positivos, afetos negativos, aspetos cognitivos (baseados nos estudos de Cantril), aspetos globais da vida e aspetos psicológicos específicos (Casas, 1989).

As transformações sociais positivas da QV estão relacionadas não só com os elementos materiais, mas também com elementos psicossociais. Estes, por sua vez, estão intrinsecamente interrelacionados com as perceções pessoais e respetivas avaliações e aspirações próprias da QV, conforme preconiza Campbell, Converse e Rodgers (1976, cit. in Casas et al., 2000). Como tal, à QV não se pode simplesmente associar questões de saúde, estado mental, satisfação com a vida, ou bem-estar geral, dado ser um conceito global que integra várias dimensões da perceção do indivíduo, mas também de outros aspetos da vida (Mugno, Ruta, D'Arrigo & Luigi, 2007).

QVRS é um resultado a considerar por clínicos e investigadores na compreensão do que as pessoas sentem acerca da sua saúde - autoavaliação do paciente (Pickard & Knight, s/d). Independentemente da falta de unanimidade na definição de QV, na avaliação e concetualização da QVRS, inerentemente subjetiva, dever-se-á ter em atenção duas componentes, a apreciação do estado de saúde (aptidão física, psicológica e social) e a avaliação emocional, como esclarecimento da apreciação do estado de saúde. Porém, nem sempre é possível a autoavaliação da QVRS, designadamente em populações mais débeis, inclusive pessoas com perturbações cognitivas (Pickard & Knight, s/d).

Para Barkmann (2003, cit. in Ravens-Sieberer et al., 2008) os problemas de saúde afetam o BE das C-J. Há, contudo, fatores que contribuem para o aumento da prevalência de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes, inerentes ao contexto familiar e respetiva situação socioeconómica, apoio dos pares e/ou a debilidade física (Dinis, 2011).

Na concetualização da QV os principais construtos são influenciados pela interação das C-J com os fatores ambientais (Bramston, Chipuer & Pretty, 2005; Fuh, Wang, Lu & Juang,

2005; Lawford & Eiser, 2001; WHOQOL, 1994, 1995; 1998; 1998b); pelos componentes objetivos e subjetivos; pela autodeterminação, recursos, expectativas pessoais, e sentido de pertença (Cummins, 2005; Skevington, 2002). A sua mensuração pode ser aplicada com instrumentos gerais ou específicos (Helseth & Lund, 2005; Koot, 2002; Zekovic & Renwick, 2003, cit. in Gaspar, Matos, Ribeiro, Leal, Erhart, Ravens-Sieberer, 2010).

O KIDSCREEN é um instrumento estandardizado na Europa que avalia dez dimensões da QV em das C-J e respetivos pais. É um questionário genérico da QVRS (considerada um subdomínio do construto geral da QV) que foi desenvolvido em 13 países europeus. Em Portugal essa avaliação é evidenciada através da versão KIDSCREEN- 52, cuja aplicação se verifica no contexto da C-J, avaliando indicadores do funcionamento mais holístico e relacionado com a saúde mental, para inferir a sua opinião. Tem como público-alvo as C-J, com idades compreendidas entre os 8 e os 18 anos (Gaspar, Matos, Ribeiro, Leal, Erhart, Ravens-Sieberer, 2010; Davis, Nicolas, Waters, Cook, Gibbs, Gosch, s/d).

Dada a imaturidade cognitiva das C-J, a dependência de outros e a experiência social delimitada, alguns estudiosos defendem que para avaliara a sua QV, certos itens possam ser avaliados pelos seus pais (Davis, Nicolas, Waters, Cook, Gibbs, Gosch, s/d).

Com a finalidade de criar uma medida geral para C-J, neste processo de desenvolvimento do projeto KIDSCREEN, verificou-se que os itens dos vários domínios, físico, psicológico e social, variavam significativamente. Daí a necessidade de se construir um instrumento estandardizado para verificar a qualidade subjetiva de vida das C-J e respetivos pais (Gaspar, Matos, Ribeiro, Leal, Erhart, Ravens-Sieberer, 2010).

O KIDSCREEN-52 demonstrou ser um instrumento fiável na perceção da QV em crianças e adolescentes. As dez dimensões atribuídas a este instrumento são: “Bem-estar físico, Autoperceção, Autonomia, Relações com Pais e Contexto Familiar, Recursos

Financeiros, Suporte Social e amigos, Envolvimento Escolar e Aceitação Social e Bullying” (Gaspar, Matos, Ribeiro, Leal, Erhart, Ravens-Sieberer, 2010, p. 50)

O KIDSCREEN-27 mede o bem-estar físico e psicológico, a relação com os pais, amigos, a autonomia, o envolvimento escolar e o apoio social. Os itens deste instrumento avaliam a frequência dos comportamentos, sentimentos ou até, se necessário, a intensidade de uma atitude (Davis, Nicolas, Waters, Cook, Gibbs, Gosch, s/d).

O KIDSCREEN-10, versão mais reduzida, avalia o bem-estar pessoal, numa escala de resposta de 5 pontos, usando 10 itens relacionados com a última semana da C-J (Ravens-Sieberer & European KIDSCREEN group, 2005).

Incidindo no BES das C-J, os estudos geralmente incluem interações entre as características pessoais (ex. autoperceções, BEP, disposição geral – humor geral); dados demográficos (ex. sexo, idade e nível socioeconómico) e as características interpessoais (ex. as relações sociais estabelecidas em família, na escola entre os pares e grupos e na comunidade, em geral) (Bronfenbrenner, 1989; Caldera & Hart, 2004; Gaspar, 2005; Mccullough, Huebner & Laughlin, 2000; Plancherel, Bolognini & Halfon, 1998). Estas interações estabelecem-se numa perspetiva holística ecológica, atendendo a múltiplos níveis de análise, ou seja, a perceções pessoais e da família (Harding, 2001; Nelson, Laurendeau & Chamberland, 2001, cit. in Gaspar, Matos, Ribeiro, Leal, Erhart, Ravens-Sieberer, 2010).

Perante os estudos de Davis, Nicolas, Waters, Cook, Gibbs, Gosch, (s/d), o questionário KIDSCREEN, relativo à QVRS, pode ser desenvolvido em colaboração com pais e crianças. Porém, na impossibilidade de autorrelatos das C-J, as conclusões demonstraram que pais e filhos nem sempre apresentam os mesmos raciocínios, podendo fazer diferentes interpretações em alguns itens, processando diferentes respostas às mesmas questões.

Uma revisão da literatura recente demonstrou que existe um número cada vez maior de questionários acerca da QV, para crianças, 14 instrumentos genéricos (concebidos para serem

aplicados a todos os subgrupos) e 26 específicos (aplicado a um grupo com uma característica específica, ex. C-J com DC), sendo importantes para aferir os resultados entre eles e para detetar as mudanças atribuídas a essa condição (Davis, Nicolas, Waters, Cook, Gibbs, Gosch, s/d).

#### **1.1.4 Modelos de Bem-estar Subjetivo**

Nos diversos estudos são abordados novos paradigmas na tentativa de clarificar o conceito de BES. Brown & Dunn (1996, cit.in Fenning Baker & Juvonen, 2011) referem que as diferenças individuais relativas à perceção na cognição social são demarcadas pela estabilidade de competências sociais, bem como por comportamentos de externalização (atitudes/ comportamentos socioculturais) e relações interpessoais (Dekovic & Gerris, 1994; Denham et al., 2002). Por outro lado, é a dinâmica da interação recíproca que proporciona estruturas para a internalização (atitudes intrínsecas ao indivíduo), uma vez que as influências dos vários contextos de socialização permanecem e influenciam as suas diferenças na cognição social (Ferryhough, 1997, cit.in Fenning, Baker & Juvonen, 2011).

Estas diferenças individuais promotoras de BES dependem, conseqüentemente, de fatores de índole comportamentais (de externalização e internalização), dos padrões socioculturais em que o indivíduo está inserido, da capacidade de adaptação e se são, predominantemente, constituídos por fatores genéticos ou aprendidos (Diener, 2000).

Os problemas de externalização na infância potencializam resultados académicos negativos, estando os bons resultados escolares, na adolescência e em jovens de idade adulta, relacionados com sintomas de internalização reduzidos (Masten et al., 2005, cit.in Klimes-Dougan, Long, Lee, Ronsaville, Gold & Martinez, 2010)

Masten et al., (2006) referem-se a esses problemas como efeitos de "Cascata", uma vez que os problemas iniciais de um domínio podem acumular-se e refletirem-se, mais tarde, em

outros domínios do desenvolvimento associados ao risco de adaptação (cit.in Burt & Roisman, 2010).

#### **1.1.4.1. Modelo Hedonic Treadmill (Escada Rolante Hedónica)**

O modelo Hedonic Treadmill (Escada Rolante Hedónica) ou Modelo da carga Hemostática foi desenvolvido por Brickman e Campberll em 1971 e reproduz, numa abordagem interdisciplinar, o conceito e quantificação do stresse crónico, relativamente a patologias manifestadas por indivíduos, ao longo de todo o seu ciclo de vida, no que concerne a interações entre a adversidade precoce, a genética, problemas ambientais, diferenças entre sexo e género. Centra-se, prioritariamente, na adaptabilidade do indivíduo, cujo processo de adaptação também se designa processo homeostático (cit. in Cummins et al., 2009).

É a investigação centrada no stresse da pessoa e na prática que diligenciam a sua saúde física e também a saúde mental. Surge como um modelo biopsicossocial que se relaciona a experiências desgastantes quando o organismo está sob stresse crónico. O grande obstáculo é que o conceito de stresse envolve interações entre fatores promotores de stresse ambientais, processos subjetivos (psicológicos) e processos objetivos (stresse biológico) (Levine, 2005; Levine & Ursin, 1991). Muitas vezes não são considerados uma construção multidimensional, sendo investigados isoladamente um do outro (cit.in Juster, Bizik, Picard, Arsenault-Lapierre, Sindi, Trepanier, Marin, Wan, Sekerovic, Lord, Fiocco, Plusquellec, Mcewen & Lupiena, 2011).

A literatura demonstra que o índice de hemeóstase está associado a grandes esforços biopsicossociais ao longo tempo da vida desenvolvendo estados de stresse, depressivos ou até mesmo resultados psicopatológicos nos indivíduos. Urge, numa abordagem holística e transdisciplinar, compreender e ajudar estes indivíduos na dinâmica dessas interações e respetivo impacto psicológico no indivíduo (Juster, McEwen, e Lupien, 2010), cujas

consequências poderão associar-se ao stresse crónico. Este modelo de adaptação oferece um enquadramento útil e transdisciplinar com o objetivo comum no impacto da saúde do indivíduo e na progressão de novas pesquisas na saúde e prevenção de psicopatologias ao longo da vida (cit.in Juster et.al, 2011).

Na adaptação positiva, considerada um importante conceito psicológico, Rutter (2000) observa que as C-J que vivenciam relações seguras com os adultos e mantêm algum autocontrolo sobre a sua vida pessoal têm uma maior probabilidade de gerirem situações complicadas e, implicitamente, experimentar maior desenvolvimento positivo, que se verifica desde a primeira infância e persiste pela vida adulta (Almqvist & Granlund, 2005).

Defendido pelo modelo adaptativo, o ser humano está provido de uma envolvência psicoemocional capaz de permitir a sua adaptação às diversas situações, criando respostas imunizadoras a estímulos constantes ou repetitivos, de forma a regressar ao estado neutral, criando, desse modo, defesas para novas reações (Lyubomirsky, et al., 2001; Diener, Lucas & Scollon, 2006; Martin, 2011; Norrish & Brodrick, 2008; Cummins et al., 2009). É o regresso à neutralidade hedónica, numa constante procura da felicidade, que nos permite debater contra os efeitos da adaptação, cujo ímpeto adaptativo remete o indivíduo novamente para o regresso ao estado inicial da neutralidade hedónica (Lyubomirsky et al., 2001; Diener et al., 2006; Norrish & Brodrick, 2008; Cummins et al., 2009; Cummins, 2010).

Diener et al. (2006) referem que este estado está ainda inerente à individualidade de cada pessoa e respetiva capacidade de regresso individual ou, mesmo, regresso múltiplos, daí a refutação ao regresso neutro defendido na teoria de Hedonic Treadmill, pois quando as pessoas evidenciam felicidade, apresentam um ponto de regresso positivo. Esta depende, ainda, da forma como cada indivíduo enfrenta as diversidades da vida e se consegue, ou não, adaptar-se, verificando-se que o processo homeostático não é mecânico nem obrigatório, mas flexível (Diener et al., 2006; Norrish & Broadrick, 2008).



Headey e Wearing (1988, cit. in Cuadra, Florenzano, 2003) propuseram a teoria de equilíbrio dinâmico em que as respostas emocionais estão condicionadas à personalidade e que apesar de vivenciarem situações de vida negativamente, retomam a estabilidade emocional de BE, resultantes da estabilidade ambiental, pessoal e emocional/afetiva (Kozma, Stone e Stones, 1997). Citando como exemplo, as pessoas que expressam BE e FEL na atividade profissional que exercem, também o manifestam nas suas atividades de lazer. Verifica-se, ainda, que o dinheiro é importante, mas não é preditor de FEL, afirmando-se a personalidade como um forte e consistente impulsionador do BES. Algumas pessoas têm uma predisposição genética para a FEL, provavelmente devido às diferenças congénitas do sistema nervoso. Associa-se, por conseguinte, BES à herança genética (Cuadra, Florenzano, 2003).

Preterida foi também a opinião de Brickman e Campberll (1971), quando Diener et al. (2006) argumentaram que as pessoas podem mudar os estádios de felicidade e que o BES diversifica-se de cultura para cultura ou de país para país. Diener (2000) encontrou relação entre cidadãos mais felizes com países mais desenvolvidos, associando-se a felicidade a BE económico, aos princípios e valores intrínsecos ao indivíduo, relações afetivas positivas e à religião (cit.in Cuadra, Florenzano, 2003). No entanto, as pessoas não se adaptam a todas as circunstâncias, daí a recente designação de adaptação parcial (Diener, 2009; Diener et al., 2006; Norrish & Brodrick, 2008; Cummins, 2010; Nes, 2010). Mesmo assim, os fatores estáveis da personalidade, relativos à teoria hemeostática, exercem influências a longo prazo sobre os indivíduos, independentemente dos fatores circunstanciais capazes de alterarem o BES, ainda que ligeiramente (cit. in Cuadra, Florenzano, 2003).

#### **1.1.4.2. Dois Modelos: Base – Topo e Topo – Base (Bottom – Up and Top – Down)**

Wilson (1967) desenvolveu estudos relacionados com satisfação e felicidade numa perspetiva de Base – topo e Topo base (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Gómez, Posada, Barrera, Cruz, (2007) avaliaram o bem-estar subjetivo a partir da autoeficácia, numa vertente de satisfação manifestada em alguns domínios da vida, em tempo de crise económica e social, tais como a saúde, as relações afetivas e o trabalho. O conceito de bem-estar surgiu de duas tendências, todavia suscetível de revisão nesse âmbito, uma considera que são as condições materiais produtoras do bem bem-estar objetivo, numa perspetiva abaixo-acima (“bottom-up”). A outra entende que as condições de vida de um indivíduo e a respetiva interpretação que este lhe dá, é que dão a sensação de bem-estar, segundo as teorias de perspetiva acima-abaixo (“top-dow”), daí a designação de BES (Gómez et al., 2007). Confirma-se que a acumulação de experiências de BE tem influência no BES em domínios, como por exemplo casamento, trabalho, família (Deci & Rayn, 2008; Diener et al., 1999; Sheldon & Elliot, 1999 cit. in Lyubomirsky et al., 2005; Feist et al., 1995; Brief, et al., 1993).

A acumulação de satisfação com um elevado BES promove o suporte empírico às teorias Base - topo. A perspetiva Base – topo refere-se à apreciação que as pessoas fazem referente ao seu BES global, quando analisado em relação às emoções associadas a experiências recentes. As pessoas sentem-se felizes quando manifestam experiências de vida positivas (Deci & Rayn, 2008; Diener et al., 1999; Sheldon & Elliot, 1999 cit. in Lyubomirsky et al., 2005).

Na perspetiva de Topo – base, mais que os acontecimentos em si, são as interpretações subjetivas que se lhe atribuem, que determinam o BES (Feist et al., 1995; Lyubomirsky et al., 2005).

#### **1.1.4.4. Modelo Threefold Stepwise.**

No modelo Threefold Stepwise preconizado por Bandura (2004) para a promoção do BES deve-se ter em consideração a motivação e a capacidade de autorregulação dos indivíduos. Aqui são evidenciados os benefícios de ser saudável, como ímpeto inicial para um estado de saúde ótimo. Quando um indivíduo se consciencializa da necessidade de mudança, esta pode ser condicionada pela autoeficácia percebida e influenciado por fatores externos e motivação. Também a delineação de objetivos pessoais pode contribuir para essa condição, pela implementação de comportamentos saudáveis e respetivos resultados daí advindos (ganhos ou perdas; prazer ou desagrado; aprovação ou desaprovação social). Ao perceber as barreiras e as facilidades, o sujeito vai autoavaliando os resultados e fazendo as adaptações necessárias, ou rejeitando alguns dos comportamentos elegidos. As experiências (positivas ou negativas) requerem mudanças, o que nem sempre é consensual nem fácil, pois estão afetas às características pessoais, demográficas e económicas dos sujeitos, impedindo-os, muitas vezes de alcançarem esses objetivos propostos (Bandura, 2004; Redding, Rossi, Velicer, Rossi & Prochaska, 2000, cit in Dinis, 2011)

Bandura (2004) enfatiza, ainda, a variável da autoeficácia percebida, como potencial promotora de mudança, direta ou indiretamente, no processo de BE e de uma vida saudável, confinando-a ao estabelecimento de objetivos mais elevados de forma a obter resultados mais positivos, mediante o perfil de cada sujeito. Se necessário será benéfico implementar estratégias de intervenção para reduzir os obstáculos à promoção de BE e implementar hábitos saudáveis (Bandura, 2004, cit in Hernández, 2006).

No concernente às C-J, Bandura (2004), considera importante o estabelecimento de programas de intervenção capazes de desenvolverem competências promotoras de altos níveis de autoeficácia e contribuir, dessa forma, para vivências de efetivo BES.

Verifica-se que quando as C-J revelam dificuldades de autorregulação podem desenvolver outros problemas de internalização (depressão, angústia ...) (Klimes-Dougan, Long, Lee, Ronsaville, Gold & Martinez, 2010, cit.in Lewis, Huebner, Malone, Valois, 2010). O seu envolvimento cognitivo inclui autorregulação, o que remete para a compreensão da importância da intervenção na escola, do investimento na aprendizagem e desejo de competição positiva (Fredricks et al. 2005). O envolvimento emocional relaciona-se com as reações afetivas das C-J para a escola ou para os seus professores (cit.in Lewis, Huebner, Malone, Valois, 2010).

Pela intervenção, prevê-se pelos resultados esperados e pela perceção de obstáculos facilitadores, que se implementem comportamentos positivos e os ajustes necessários à sua adaptação, sempre que necessite de efetuar mudança (Bandura, 2004, cit in Hernández, 2006).

#### **1.1.4.5. Modelo Integrativo da Felicidade (The integrative model of happiness).**

Desde a antiguidade que o ser humano se preocupa em saber, embora sem respostas concludentes, o que é a felicidade e o que é uma vida boa, com qualidade (Gómez, Posada, Barrera, Cruz, 2007). Vários estudos direcionados para a concetualização do BES erigiram FEL, como um dos seus grandes construtos.

A felicidade está correlacionada com as relações afetivas (Cuadra, Florenzano, 2003), tendo um papel ativo na obtenção do BE, não só pela capacidade de se relacionar com o mundo, mas também porque estão relacionados com saúde, trabalho, vida afetiva, familiar e amorosa, capacidade para estabelecer amizades, situação económica e BEP e emocional (Ballesteros, Medina, Caycedo, 2006).

Numa abordagem ao BES, vamos apoiar-nos no modelo Integrativo da Felicidade, adaptado de Lyubomirsky, Sheldon, Schkade (2005). Este está condicionado por alguns fatores: genéticos, de personalidade, dinâmicos e sensíveis ao tempo, circunstanciais e demográficos, motivacionais e atitudes.

Paralelamente ao processo psicológico de adaptação defende-se que um indivíduo pode ativar e atingir altos níveis de felicidade recorrendo a atividades dirigidas intencionalmente (Lyubomirsky et al., 2005). Pessoas felizes apresentam benefícios nos mais diversos domínios da vida, inerentes a este estado cognitivo positivo: casamento mais duradouro, maior número de amigos e de interações sociais, maior suporte social percebido, aumento de produtividade e qualidade de trabalho, mais atividade, maior autocontrolo e autodomínio, estruturação de estratégias em superar dificuldades, entre outros. São também pessoas com maior capacidade de altruísmo (Lyubomirsky, Sheldon e Schkade, 2005b, cit. in Ballesteros, Medina, Caycedo, 2006).

Constata-se que algumas pessoas, apesar das adversidades, são felizes, contrariamente a outras que em circunstâncias bastante favoráveis apresentam estados de infelicidade (Lyubomirsky, 2001, cit.in Ballesteros, Medina, Caycedo, 2006). Para o estudo do BES, Lyubomirsky, King & Diener (2005) procuraram interpretar as relações causais entre felicidade e respetivas características desejáveis.

É importante referir o quanto a genética tem influência no BES (Tellegen & Cols, 1988, cit.in Cuadra, Florenzano, 2003). Assim, o ponto de felicidade, além de geneticamente determinado, é definido de acordo com valor central e expectável dentro do intervalo de valor de cada indivíduo, imune a influências ou controlo (Lyubomirsky et al., 2005; Diener et al., 2006).

Baseando-se em literatura de bem-estar, os autores propõem no modelo integrativo a definição de felicidade crónica de uma pessoa e os fatores que a afetam (fatores genéticos,

circunstanciais e atividades intencionais). O ponto de partida para a felicidade Sustentável, felicidade circunstancial e felicidade relevantes nas Atividades e práticas está inerente a um processo dinâmico que permite aumentar a felicidade sustentável, através de intervenções aumentativas de felicidade (Lyubomirsky et al., 2005).

O modelo apresenta o conceito de -Nível de Felicidade Crônica (Chronic Happiness Level) emergindo este conceito como característico de felicidade, num momento específico da vida de uma pessoa, sendo este período de tempo considerado maior, comparativamente aos momentos de felicidade triviais e momentâneos do quotidiano e, além disso, suscetível de ser flexível e conquistado gradualmente (cit.in Lyubomirsky et al., 2005).

Níveis de Felicidade podem diferir de níveis de satisfação com a vida, mediante os estados positivos ou negativos de humor experimentados pelo indivíduo. Assim, este conceito remete para momentos de avaliação do humor e satisfação com a vida referentes a um recente período de vida, ou pela seleção de período de tempo da média de avaliação de humor e SV.

Uma mudança de atividade intencional pode fornecer um aumento de felicidade, assim como uma mudança de circunstâncias, porém na adaptação hedonista a longo prazo, podem ocorrer mudanças sustentáveis que contrariem esses fatores de felicidade. Os dados sugerem que as mudanças de felicidade sustentável potenciam a felicidade sustentável e podem alterar o nível crônico de felicidade, uma vez que alterar as circunstâncias da vida (ordenado, estado civil, local de trabalho e residência...) apenas pode permitir felicidade a curto prazo, pois quando são alcançadas estão mais dependentes da influência de adaptação aos constantes estímulos (Lyubomirsky et al., 2005; Diener et al., 2006; Gilman & Huebner, 2003),

O terceiro meio mais promissor de alcançar a felicidade, na opinião de Lyubomirsky et al., (2005), a atividade intencional, inclui uma ampla variedade de pensamentos e comportamentos que as pessoas realizam no decorrer das atividades quotidianas.

A atividade intencional refere-se a ações ou práticas pelas quais as pessoas podem optar, requerendo algum esforço na obtenção dos seus objetivos individuais, condicionados, ainda, pelas atividades desenvolvidas e circunstâncias da vida. Acredita-se que a atividade intencional pode influenciar o BE de uma pessoa (ex., algumas atividade cognitiva e comportamentais, como ser gentil com os outros, fazer exercício físico...) (Keltner e Bonanno, 1997; Magen & Aharoni, 1991, cit.in Lyubomirsky et al., 2005). No entanto, a atividade intencional é distinta das circunstâncias de vida, dado que quando uma pessoa incide numa circunstância que lhe aconteceu passa a ter intencionalidade na atividade realizada (Lyubomirsky et al., 2005).

Saber gerir as atividades e práticas positivas proporciona um nível crónico de felicidade (ex., o envolvimento em novas atividades positivas e subsequente aumento de vitalidade e humor nas pessoas inerente a essas práticas positivas (Ransford & Palisi, 1996, Stewart et al., 1997, cit. in Lyubomirsky et al., 2005), não obstante o caráter ocasional destas atividades impedir o início do processo de adaptação (Lyubomirsky et al., 2005; Diener et al., 2006).

São necessárias várias estratégias para se alcançar os níveis de felicidade proposta neste modelo integrativo da felicidade. A principal incide na atividade profissional que pode sofrer alterações, comportamental e/ou cognitiva, pelo manuseamento das atividades intencionais. Esta manipulação e respetiva seleção das atividades a implementar estão relacionadas com as particularidades inerentes a cada indivíduo. A atividade intencional pode neutralizar diretamente a adaptação, porém iniciar uma atividade intencional requer diferentes esforços para que seja mantida: o papel do esforço para iniciar a atividade e o esforço para manter e concretizar a atividade intencional. Esta aplicação de esforços distintos torna-se imprescindível porque requer autodisciplina, autodomínio e implica benefícios e consequências para a felicidade. A seleção positiva destas atividades recaem nos gostos e preferências dos indivíduos, sem descurarem, contudo, outras menos motivadoras ou que

exijam muito esforço. Optar pela situação certa, atendendo à frequência com que estas estratégias essenciais devem acontecer e quando o processo de adaptação se possa verificar, promove outros níveis de felicidade crónica, a longo prazo (Lybomirsky et al., 2005; Bandura, 2004; Sheldon & Lyubomirsky, 2006).

Verifica-se, deste modo, que o processo de adaptação não está relacionado com a seleção das atividades, mas que recai sobre as mesmas. Consequentemente, as atividades só são intencionais se não se tornarem habituais os modos como são implementadas, sob pena de se originar o processo de adaptação. Contudo, é importante que se tome a decisão habitual de encetar novas atividades (Lyubomirsky et al., 2005).

A teoria postula que o aumento de felicidade circunstancial, pela acumulação de experiências positivas em práticas e atividades intencionais, eleva os níveis de BES (Lyubomirsky et al., 2005; Diener et al., 2006; Sheldon & Lyubomirsky, 2006).

## **1.2. Conceito de Necessidade Educativas Especiais (NEE)**

O termo Necessidades Educativas Especiais (NEE) aparece pela primeira vez no relatório de Warnock (1978), na sequência dos movimentos de integração abrangente a quase toda a Europa, os quais questionavam os sistemas de categorização das deficiências e respetivo reflexo na intervenção educativa. Este conceito foi adotado no nosso país no final da década de 80 (Candeias, 2006).

O estigma da deficiência que caracterizava o indivíduo vai sendo gradualmente substituído pela categoria, necessidades educativas especiais (Relatório Warnock, 1978, cit. in Ministério da Educação, 2008). Para se construir o equilíbrio ecológico da pessoa (Bronfenbrenner, 1979), o diagnóstico não podia aceder apenas às características inerentes a um défice fisiológico ou cognitivo (Ministério da Educação, 2008).



Daí o conceito NEE ser bastante importante, atendendo a que se reporta a crianças que têm alguma Dificuldade de Aprendizagem (DA) e, conseqüentemente, exige alguma medida educativa especial. A avaliação centra-se nas características específicas dos alunos e responsabiliza-se a escola regular pelas respostas educativas a implementar, com as devidas adequações para cada situação específica (Candeias, 2006).

As necessidades educativas são resultantes de vários fatores incluindo distúrbios, devido a disfunção do sistema nervoso central, intrínsecos ao indivíduo que conduzem às dificuldades de leitura, escrita, matemática, compreensão, linguagem escrita, expressiva e recetiva (Hammill, Leigh, McNutt & Larsen, 1981, cit. in Semrud-Clikeman, 2005). Porém, estas dificuldades de aprendizagem podem estar relacionadas com outras problemáticas, incluindo o défice da atenção e hiperatividade (TDAH), depressão e ansiedade (Martinez & Semrud-Clikeman, 2004, cit.in Semrud-Clikeman, 2005).

Sob o prisma da integração, da educação especial e do professor de educação especial, como recurso da escola, tenta-se perspetivar uma escola inclusiva, de educação para todos. A escola inclusiva tem por base a dinâmica interativa defendida por Vigotsky e Bronfenbrenner, isto é, deve partir da funcionalidade de uma pessoa e fomentar as suas potencialidades e as suas aprendizagens em interação com os pares e respetivos contextos (Ministério da Educação, 2008).

Assim, o conceito de NEE envolve alunos que apresentam dificuldades ou incapacidades que se refletem numa ou mais áreas de aprendizagem, comparativamente aos seus pares, e exigem recursos ou condições especiais no processo de ensino/aprendizagem (Bairrão, 1998).

Porém, dado o carácter abrangente deste conceito, ao envolver um grupo de alunos bastante heterogéneo (NEE de ligeiras a severas) verifica-se que continua a centrar-se mais nas problemáticas dos alunos, em detrimento dos fatores ambientais extrínsecos aos mesmos,

os quais devem ser prioritários e poderão, em muitas situações, constituir a causa dessas dificuldades (Ministério da Educação, 2008).

O conceito DA, ainda controverso e pouco consensual (Fonseca, 1999), reflete uma problemática complexa, cuja origem surgiu da necessidade da percepção da quantidade de alunos que apresentavam constantemente insucesso acadêmico/ escolar, quando globalmente não pareciam apresentar qualquer problema (Correia, 2004).

Como se depreende, este conceito remete para uma incapacidade para a aprendizagem, principalmente numa ou mais áreas académicas, independentemente da sua capacidade intelectual. É também, por estas razões, passível de originar injustiça escolar e/ou desigualdade social. Esta situação, não raras vezes, provoca frustração nas crianças e restringe-lhes a previsão de objetivos futuros (idem).

Hallahan e Kauffman (1977), num artigo direcionado para a educação especial, concluíram que não se justificava categorizar as dificuldades de grande incidência DA, DCL, DCG para se fazer os procedimentos diferenciais na elegibilidade para a Educação Especial (EE). Consideram que é difícil subdividir as crianças com défices pelos graus das áreas de diferenciação da EE (cit.in Sabornie, Cullinan, Osborne, Brock, (s/d)). Estas opiniões favoreceram o ingresso dos alunos, com os diferentes graus de dificuldades, nos mesmos ambientes educativos (idem).

Reschly & Tilly (1999) e Tilly, Reschly & Grimes (1999) reforçaram este paradigma da não categorização dos alunos da EE, especialmente as relacionadas com os estudantes com dificuldades de grande incidência, aquando da referência/ elegibilidade EE (cit.in Sabornie, Cullinan, Osborne, Brock, s/d).

Uma avaliação de C-J com problemas de aprendizagem requer medidas de atenção, compreensão, memória e capacidade de trabalho, quando estas não respondem à intervenção. Para esta intervenção especializada, além dos conhecimentos científicos e neurológicos, é

importante preparar os professores para avaliarem as competências das C-J nas várias abordagens interventivas, com eficácia (Semrud-Clikeman, 2005). Os resultados indicam que as intervenções mais eficazes envolvem avaliação /intervenção contínua e sistemática, ao longo de toda a escolaridade dos alunos, no sentido de promover o sucesso educativo e minimizar a probabilidade dos alunos em situação de risco necessitarem de EE (Shaywitz, 2003, cit.in Semrud-Clikeman, 2005; Masten et al., 2006, cit.in Burt, & Roisman, 2010; Simonsen, Shaw, Faggella-Luby, Sugai, Coyne, Rhein, Madaus, & Alfano, 2010).

No respeitante às três variáveis de interesse para a clarificação dos procedimentos de elegibilidade (QI, rendimento académico e comportamento) e respetiva definição de cada categoria de deficiência de grande incidência, verifica-se que muitas C-J são identificadas como tendo deficiência e, conseqüentemente, elegíveis para a Educação Especial (Reschly, & Tilly, 1999). Estas três dimensões deverão ser tidas em consideração nos procedimentos perante C-J com DA, DCL ou DC/E (cit. in Sabornie, Cullinan, Osborne, Brock (s/d).

Enfatizado em vários países, entre os quais Portugal, o conceito de NEE, veio implementar uma gradual democratização das sociedades, pela aplicação da equidade de direitos e pela não discriminação das crianças e adolescente em idade escolar. Há um apelo à filosofia da integração, independentemente da raça, religião, opinião pessoal, mas essencialmente das diferenças intelectuais e físicas (Correia, 1997).

Correia (1993) globaliza ainda mais este conceito de NEE, abrangendo-o não só às limitações sensoriais, físicas, intelectuais e emocionais das C-J, mas também a outras DA advindas de factores orgânicos ou ambientais. Verifica-se, deste modo, que subjacente ao conceito global de NEE emerge o conceito de DA, como parte integrante desse conceito, reforçado pela investigação de Warnock Report (1978) ao promover a responsabilização da escola e do professor na educação de todas as C-J com NEE (Costa, 1996).

Das múltiplas definições resultantes dos estudos dos diversos autores evidencia-se a mais consensual, DA refere-se a um grupo heterogéneo de desordens, intrínsecas ao indivíduo, com disfunções do sistema nervoso central e podem manifestar-se no decorrer de toda a vida. São provocadas por dificuldades significativas no processo de ensino/aprendizagem, designadamente na aquisição e produção da fala/ audição, na literacia da leitura e escrita e no raciocínio lógico matemático (Candeias, 2006). Paralelamente, poderão coexistir outros problemas (e.g. autorregulação comportamental, perceção social e interação social) que, por si, só não constituem dificuldade de aprendizagem (Candeias, 2006).

Por vezes, as DA ocorrem em simultâneo com outras incapacidades e problemas de internalização (por exemplo, dificuldades sensoriais, perturbações emocionais e défice cognitivo) ou de externalização, como é o caso das diferenças sócio culturais, inerentes aos fatores ambientais, que impedem as crianças de adquirirem os conhecimentos adequados (Candeias, 2006, Burt & Roisman, 2010).

Warnock Report contribuiu, ainda, para transferir o enfoque da abordagem médica das deficiências para a centralização na aprendizagem escolar, através de um currículo ou programa. Para tal, há necessidade de se adaptarem os meios para os alunos acederem ao currículo, com adequações do processo de ensino e de aprendizagem, no caso de alguns alunos necessitarem de um currículo especial com alterações curriculares de conteúdos e competências, atendendo ao contexto escolar onde o aluno está inserido (Bairrão et al., 1998).

O conceito de Inclusão começa a sobressair em detrimento do conceito de Integração (Santos, 2006).

### 1.2.1 Crianças e jovens com NEE

As C-J com NEE subdividem-se em dois grupos: NEE de carácter permanente, alunos que se enquadram na legislação da EE, que exigem diferentes graus de especialização e adequações do currículo de acordo com o perfil de funcionalidade de cada um e NEE temporárias, quando há adequação do currículo num dado momento da sua vida escolar, adaptando-o às características do aluno (Correia, 1997).

Na atual conjuntura legislativa, no âmbito da Educação Especial, pelo Decreto-Lei nº 3/2008, de 7 de Janeiro 2008 permitiu-se diferenciar os perfis de funcionalidade dos alunos elegíveis e não elegíveis para os serviços de EE. Assim, este modelo biopsicossocial, operacionalizado pela classificação da CIF, possibilitou um maior conhecimento dos alunos e das suas necessidades. A aplicação da Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF) no processo de avaliação das NEE é entendida numa perspetiva dinâmica, compatível com todas as dimensões do ser humano e veiculada por este sistema de classificação (Ministério da Educação, 2008).

Os professores e todo o sistema educativo, partindo da premissa de que as escolas se mobilizam no sentido de responder às necessidades de toda a população escolar, devem implementar respostas educativas que ajudem as crianças com NEE a participar o mais ativamente possível nas aprendizagens e a sentirem-se aceites no grupo de pares e na comunidade a que pertencem (Ministério da Educação, 2008).

O perfil do professor, o seu desempenho e as expectativas são fundamentais neste processo de socialização, na seleção/indicação dos estilos de vida saudáveis e na orientação das tomadas de decisão e na participação escolar dos alunos (Baptista, Tomé, Matos, Gaspar & Cruz, 2008).

As expectativas do professor, positivas ou negativas, são determinantes para que as C-J adquiram sucesso acadêmico, maior ou menor envolvimento nas atividades e oportunidades de participação, em todo o contexto educativo (Jussin & Harber, 2005, cit.in Camacho, Tomé, Matos, Gamito, Diniz, 2010). Refira-se, todavia, que os professores revelam, cada vez mais, consciência da importância do bem-estar emocional para a aprendizagem em todos os níveis de ensino (Collins et al 2002; Greenhalgh 1994, cit. in Sheehy & Nind, 2005).

Sobressai que a contribuição dos pares e o perfil do professor são determinantes e influenciam essa participação nas atividades escolares, assim como o locus de controlo interno dos alunos e respetiva autonomia de desempenho. Um indivíduo é autónomo quando procede conforme as próprias crenças, sem influências externas (Almqvist & Granlund, 2005).

As teorias desenvolvimentais (Piaget, 1967; Vygotsky 1978) conceitualizam que é pela interação, pelo diálogo, que se desenvolvem competências cognitivas e variáveis sociais, demasiado importantes para o desenvolvimento cognitivo da qualidade e quantidade da aprendizagem (Brown & Palincsar, 1989; Patrício 1997, cit. in Rodrigues, s/d).

Sob o ponto de vista das estratégias aplicadas pelos professores na escola, Moreira (2002) argumenta que as sociedades promovem, cada vez mais precocemente, o envolvimento de crianças na aprendizagem pelo desenvolvimento de competências de cariz cognitivo, em detrimento da valorização e aprendizagens de variáveis sócio afetivas. Este estudo, corroborado por outros estudiosos (e.g. Azevedo, 2003), alerta para o Sistema deficitário do ensino português, promotor de insucesso escolar, ao falhar na preparação e adaptação dos indivíduos à sociedade (Moreira, 2002). Consequentemente, quando a escola não proporciona a satisfação das necessidades básicas da criança e condiciona o desenvolvimento integral dos alunos, está a ser negligente (Moreira, 2002, 2003, 2004).

O mesmo é defendido por Silva, Matos, Diniz (2010) ao afirmar que na promoção do BES a escola não deve apenas investir no desenvolvimento de estratégias e aprendizagens do foro cognitivo, mas também em programas de desenvolvimento de competências sócio emocionais.

Neste processo de socialização da C-J, a escola é responsável pela transmissão de normas de condutas, valores e padrões comportamentais. Desse modo, possibilita o aumento da capacidade de relação interpessoal pela assimilação de comportamentos sociais, pelo desenvolvimento da autoestima e da personalidade, enquanto espaço privilegiado de interação entre os jovens (Baptista, Tomé, Matos, Gaspar & Cruz, 2008).

Por outro lado, verifica-se uma crescente preocupação, por parte de todos os intervenientes do contexto educativo, com as dificuldades manifestadas pelos alunos a nível sócio/emocional, de violência entre os alunos da escola (Berger Lisboa, 2008; Pellegrini, 1998), pelos sintomas de ansiedade/depressivos (Del Barrio, Moreno & López, 1997), acrescidas de desmotivação (Ryan, 2001, cit.in Berger, Alcalay, Torretti, & Milicic, 2011).

A escola, além de desenvolver e promover a aquisição de competências relativas ao processo de ensino/aprendizagem, circunscreve, também, o desenvolvimento da estabilidade emocional pessoal e social, pela promoção das relações interpessoais positivas (Ruini, et al., 2009, cit.in Camacho, Tomé, Matos, Gamito, Diniz, 2010).

Jokisaari (2004) considera que as emoções e as atribuições positivas promovem bem-estar (Omar et al, 2005). No entanto, o esforço para compreender as necessidades emocionais e intelectuais das C-J com deficiências só recentemente tem sido alvo de apreciação. Este é um grupo populacional a quem ainda não lhe foi conferida a dignidade básica do ser humano, muito menos ter em consideração os seus pensamentos e sentimentos (Lacey 1996, cit. in Sheehy & Nind, 2005).

São várias as pesquisas (Stainback; Stainback, 1999; Capellini, 2004; Pacheco et al., 2006) que demonstram que as relações interpessoais estabelecidas entre professor/aluno e aluno/aluno, em contexto de sala de aula do ensino regular, na realização de atividades da vida diária (AVD) e no desenvolvimento de competências acadêmicas, de linguagem e comunicação são benéficas para o aluno portador de deficiências. Estes ambientes inclusivos evidenciam que as crianças com deficiências têm maior sucesso educativo e melhores desempenhos nos âmbitos social, educacional e ocupacional (cit.in Capellini & Rodrigues, 2009).

Assim, o Sistema Educativo deverá ser orientado para uma epistemologia da prática, impulsionadora de estratégias e conhecimento empiricamente validado, na promoção da evolução dessas variáveis sócioafetivas. Este desafio exige à escola e à educação em geral uma “Alfabetização Emocional” (Moreira, 2002, p.30). Todas essas vantagens deverão ser estruturadas e integradas no sistema de ensino, de modo a permitir que as crianças conheçam o seu mundo interior e aprendam a gerir adaptativamente as suas “emoções, cognições e motivações” (Moreira, 2001).

Neste processo de socialização da C-J, a escola é responsável pela transmissão de normas de condutas, valores e padrões comportamentais. Desse modo, possibilita o aumento da capacidade de relação interpessoal pela assimilação de comportamentos sociais, pelo desenvolvimento da autoestima e da personalidade, enquanto espaço privilegiado de interação entre os jovens (Baptista, Tomé, Matos, Gaspar, & Cruz, 2008, cit.in Camacho, Tomé, Matos, Gamito, Diniz, 2010).

A criança já não vai à escola apenas para aprender, mas para “aprender a aprender” e desenvolver aprendizagens significativas, pela ativação das suas Inteligências (Candeias, 2006).



Cabe à escola criar recursos para dar as melhores respostas educativas aos alunos portadores de NEE e, em simultâneo, permitir que beneficiem de ambientes inclusivos, cuja orientação educativa lhes deve propiciar condições de aquisição de aprendizagens para um saber/fazer, construtivo (Hoffmann, Tafner, Fischer, s/data).

A participação dos alunos é um conceito amplamente usado em debates e estudos direcionados para o contexto escolar. Sobressai deste contexto um grupo muito específico, os alunos com limitações acentuadas e incapacidades graves. Neste grupo a participação ou a restrição da mesma é determinante para fomentar a motivação e o interesse pela escola (Paldanius, 1999, cit.in Almqvist & Granlund, 2005).

Verifica-se que a participação e o envolvimento nas atividades escolares, para C-J com deficiência são diminutos (Simeonsson, Carlsson, Huntington, McMillen & Brent, 1999), acrescido de falta de informações sobre que contextos específicos e pessoas estão envolvidos com a participação desses alunos (Almqvist & Granlund, 2005).

O envolvimento escolar pode afetar vários aspetos da vida das C-J, penalizando ou contribuindo para a realização pessoal, rendimento académico e o proporcionar de bem-estar (Sellstrom & Bremberg, 2006).

São as relações estabelecidas com os pares que influenciam a sua ligação à escola, aos professores, que por sua vez influenciam os resultados académicos. As oportunidades de aprendizagens com os pares com sucesso académico determinam, ainda, a superação de dificuldades manifestadas, daí a importância do trabalho colaborativo (Hughes, Dyer, Luco, & Knok, 2009, cit.in Camacho, Tomé, Matos, Gamito, Diniz, 2010).

Neste contexto, a escola surge com um papel imprescindível na estimulação da Inteligência (Antunes, 2005). No entanto, Moreira (s/d) defende que "... não há uma Inteligência Cognitiva que se separe de uma Inteligência Emocional."p. 30, o que remete

para a compreensão de todas as variáveis sócio afetivas interligadas com as variáveis cognitivas e que implicam uma nova abordagem da escola e da educação (Moreira, 2003).

Zins, Payton, Weissberg e O'Brien (2007, cit.in Berger, Alcalay, Torretti, Milicic, 2011) argumentam que sob a perspectiva sócio/emocional, numa vertente de inteligência emocional (Goleman, 1996; Salovey & Mayer, 1990), as competências e as características inerentes a cada aluno são consideradas fundamentais para explicar resultados acadêmicos, ao promover a autoeficácia e uma atitude positiva perante a escola, através da obtenção de maiores objetivos educacionais.

Para tal, não poderá haver distinção entre as aprendizagens cognitivas e o desenvolvimento de competências sócio/emocionais (Berger, Alcalay, Torretti, Milicic, 2011). Estudos de Elias & Haynes (2008; Extremera & Fernández-Berrocal (2003); Stipek & Miles (2008) demonstram esse impacto das variáveis sócio emocionais na promoção do sucesso educativo e na obtenção de melhores resultados escolares.

No entanto, só recentemente as capacidades sociais e emocionais dos alunos são consideradas como um fator imprescindível na melhoria das competências escolares, estando associadas a um aumento de melhores comportamentos sociais e a uma diminuição da internalização e a problemas de externalização (Berger, Alcalay, Torretti & Milicic, 2011).

A desorganização dos problemas de externalização nas C-J pode provocar graves prejuízos académicos, a longo prazo as evidências apontam que estas duas apreciações (problemas de externalização; insucesso escolar) estão interligadas, às vezes antes do início da escolaridade obrigatória (Hinshaw & Anderson, 1996). Por outro lado, os problemas de rendimento escolar poderão contribuir para aumentar a gravidade do comportamento de externalização, cuja escalada torna-os um grupo de risco (Patterson, Forgatch, Yoerger, e Stoolmiller, 1998, cit.in Burt & Roisman, 2010). Também o reverso se pode verificar, quando as C-J apresentam comportamentos agressivos e disruptivos, devido a comportamentos

perturbadores internos com repercussões, igualmente negativas, em termos de sucesso educativo (Campbell et al., 2000). Emerge uma necessidade de intervenção e prevenção precoce nesses domínios comportamentais (Burt & Roisman, 2010).

Esta perspectiva emergente associada ao bem-estar social e emocional tem tido de bastante relevância para os resultados educacionais nas escolas, nos últimos anos, apesar de se confirmarem algumas divergências na clarificação da definição (Hoffman, 2009, cit. In Berger, Alcalayb, Torrettib & Milicicb, 2011).

Blackorby & Wagner, (s/d ), consideram que os primeiros anos de escolaridade são essenciais para a aquisição de competências académicas mas também sociais, sendo determinantes para o sucesso dos alunos em anos posteriores. Referem, ainda, que este é o tempo ideal para intervir no sentido de resolução de problemas.

Correia (2004) defende que quando os alunos estão constantemente a ter insucesso escolar e apresentam incapacidades devido a limitações intelectuais abaixo da média, comparativamente aos seus pares (QI abaixo de 70, quando medido por um teste de inteligência), fazem aprendizagens concernentes com as suas capacidades cognitivas. Estas limitações nas realizações pessoais não se enquadram nas DA, mas num défice cognitivo.

Há exclusão destes alunos quando as DA são equiparadas a défices cognitivos e as C-J padecem de desvantagens sociais, perturbação emocional ou diferenças culturais, que lhes acentua a discrepância entre o rendimento escolar e sua aparente capacidade para aprender. As crianças com DA graves manifestam, além de dificuldades académicas, aumento de défices sociais e comportamentais (Lyon, 1996).

Correia (2004) preconiza que as DA se insiram no grupo das NEE, no sentido de beneficiarem de serviços especializados, porém a atual conjuntura política, pela legislação vigente (D.L.3/2008), não inclui alunos com estas características, pois nessa abrangência legal apenas envolve alunos que se diferenciam pela gravidade das limitações, das restrições

nas Atividades e Participação e das deficiências nas Funções do Corpo (Ministério da Educação, 2008).

Por outro lado, o crescimento dos alunos elegíveis para a EE é motivo de preocupação, em termos políticos, uma vez que os serviços de educação especial são mais dispendiosos do que o ensino regular (Chambers, Parrish & Harr, 2002, cit.in Vaughn & Fuchs, 2003).

Barroso (2003) e Canário (2006), não obstante as mudanças paradigmáticas da epistemologia do sistema educativo, refletem sobre a forma como a escola tem atuado e contribuído para a contínua desigualdade educativa e subsequente exclusão de alunos (Santos, 2006).

A Educação Especial surge como um conceito e devido ao seu cariz abstrato a sua operacionalização também é complexa e de difícil resolução. A área da Educação Especial principiou pela patologia do indivíduo, cuja categorização permitia responder às NEE das C-J com condições patológicas, DA e de comportamento (Hoffmann, Tafner, Fischer (S/data).

No entanto, hoje em dia, isso é insuficiente. É necessária a ativação de serviços e respostas educativas, pois como os próprios jovens com NEE declararam em Lisboa, em 2007, (durante a Presidência Portuguesa da União Europeia, organizada pelo ministério da educação e a European Agency for Development in Special Needs Education, da qual resultou um documento, Declaração de Lisboa: Pontos de vista dos jovens sobre Educação Inclusiva), a inclusão na escola deve ser representativa de uma melhoria da qualidade dos serviços e não o contrário (DGIDC, 2008).

Preconiza-se, conseqüentemente, o apoio integral às C-J com deficiências pela fixação de objetivos comuns, com estratégias diferenciadas na elaboração dos currículos e respetivas adequações. Pretende-se promover respostas educativas profícuas, o mais inclusivas possível, de forma transversal, não descurando a orientação vocacional para a vida ativa. Este paradigma educacional abrangente da EE deverá ser concretizado pelos diferentes agentes

interventivos no sentido de prestar um serviço melhorado, implicando, conseqüentemente, uma articulação entre todas as tutelas envolvidas: Educação, Ensino Superior, Saúde, Segurança Social/Trabalho, Juventude, etc. (Ministério da educação, 2005).

A participação impulsiona mudanças, com vista à equidade de oportunidades e de direitos, ora o mesmo se aplica aos portadores de NEE, os quais devem atingir igual estatuto social que os restantes membros da sociedade sem NEE. A Declaração de Salamanca, subscrita por muitos países, designadamente Portugal, já reiterava esse propósito em 1994, ao considerar que os alunos com NEE deveriam potencializar as suas potencialidades, na escola regular, com a ativação de um serviço educativo de qualidade. No entanto, e apesar do que se tem feito, permanecem muitas barreiras de natureza diversa, quando em educação especial importa, essencialmente, os interesses das crianças e jovens com NEE (DGIDC, 2009).

O número de C-J com NEE cresce exponencialmente de ano para ano, conseqüentemente, verifica-se uma gradual evolução da Educação Especial, que se vai reformulando constantemente para que as C-J com NEE, não obstante a severidade da sua problemática, possam usufruir duma educação apropriada, de acordo com as suas necessidades e características próprias (Ministério da educação, 2005; DGIDC, 2009).

### **1.2.2. Reptos de Educação Inclusiva / Educação Especial**

O discurso da educação inclusiva foi introduzido e divulgado pela Conferência da UNESCO, em Salamanca, no ano de 1994 (Santos, 2006).

Inclusão, apesar de ser um termo amplamente tratado em debates internacionais alusivo ao movimento da Escola para Todos e defendido na Declaração de Salamanca, ainda hoje origina ambigüidade conceptual e de terminologia na mudança de integração para inclusão,

no que concerne à permanência nas salas de aula do ensino regular do aluno deficiente, sem discriminação de ninguém (Capellini & Rodrigues, 2009).

Esta questão da terminologia de integração para inclusão é alvo de debate por parte de alguns autores, destacando-se Stainback e Stainback (1999), que defende uma nova escola e uma nova sociedade ajustadas à mudança de paradigma para inclusão, de modo a garantir o direito de ser diferente, sem ser estigmatizado, isto é, sem ser rotulado, discriminado ou segregado. Para tal, preconiza três componentes básicos interligados no processo inclusivo, para que se verifique inclusão: o componente organizacional; o trabalho pluridisciplinar/colaborativo/em equipa; e o ambiente na sala de aula, o qual deve ser acolhedor e possibilitar a todos os alunos a aquisição de competências básicas, no decurso das aprendizagens pessoais e sociais (Capellini & Rodrigues, 2009).

Inclusão é um desafio para a criação de ambientes de aprendizagem onde todos possam crescer, pessoal e socialmente, de acordo com as potencialidades individuais. Este conceito leva a que novas metodologias e estratégias educativas sejam aplicadas aos alunos, mediante os problemas que lhes são inerentes (Ainscow 1995, 1997; Costa 1996, 1998, 2006; Hegarty, 2001; Morgado, 2003a, 2003b, 2004; Porter, 1997; Rodrigues, 2000, 2001, 2003, 2006; Wang, 1997, cit. in Santos, 2006).

Mendes (2003) defende que “a inclusão é um imperativo moral e um princípio de valor inquestionável” (cit. in Capellini & Rodrigues, 2009, p.355). Este argumento remete-nos para o universo da educação, pelo desenvolvimento de um movimento mundial designado “Inclusão Social” e pela procura da igualdade de oportunidades, no direito de acesso aos recursos e serviços da sociedade, para todas as pessoas excluídas (Capellini & Rodrigues, 2009).

Carvalho (1997, cit. in Davis, Nicolas, Waters, Cook, Gibbs, Gosch, s/d) referiu que a inclusão, como mudança de paradigma numa cultura, é um processo a conquistar

gradualmente e um direito humano e de cidadania, uma vez que a sociedade ainda não se habituou ao ser diferente.

Na inclusão, para Rodrigues (2006 cit. in Davis, Nicolas, Waters, Cook, Gibbs, Gosch, s/d), há duas dimensões complementares: a essencial e a eletiva, sendo a essencial o alicerce da eletiva, uma vez que se apresenta como a base social, sem discriminação de participação de todo o cidadão no acesso à educação, saúde, emprego, ócio e cultura. Relativamente à inclusão eletiva, esta assegura ao cidadão, o direito a usufruir dos serviços que entender em benefício dos seus próprios interesses. Depreende-se daqui que o debate referente à inclusão escolar é polémico e crítico sendo urgente que estes pressupostos deixem de ser ideológicos para serem análise da realidade e que daí possam advir orientações do foro político (Aranha, 2000, cit. in Davis, Nicolas, Waters, Cook, Gibbs, Gosch, s/d).

Tem-se verificado que a tradicional orientação educativa com base no rótulo da deficiência está patente nas escolas e salas de aula. Equaciona-se, portanto, uma mudança de paradigma mais concernente com a filosofia de escola inclusiva, apesar dos inúmeros obstáculos (Santos, 2006).

“Evitar a indiferença diante da diferença” (André, 1999, cit. in Capellini & Rodrigues, 2009, p. 359), priorizando a individualidade de cada aluno com deficiência, pela compreensão das suas dificuldades e dessa forma promover melhorias na prática docente.

Na revisão de literatura, confirma-se, que o DC tem sido desvalorizado e estigmatizado pela sociedade, cuja segregação se reflete nas relações interpessoais estabelecidas (Atkinson & Williams, 1990, cit.in Beart, Hardy, & Buchan, 2005). O facto de se ter DC pode revelar-se negativamente na identidade da pessoa (Beart, Hardy & Buchan, 2005).

Na verdade, tem-se demonstrado pela recente pesquisa bibliográfica ao BE, de acordo com a teoria psicodinâmica da negação, que as pessoas portadoras de DC vão utilizando este mecanismo de defesa para lidar com a dor da sua identidade social e, dessa forma, arranjar

subterfúgios para a sua referência, na diferença (Sinason, 1992, cit. in Beart, Hardy & Buchan, 2005). As pessoas com DC só serão reconhecidas na sociedade pela adoção de papéis e comportamentos relevantes na sociedade (Beart, Hardy & Buchan, 2005).

De acordo com os princípios inclusivos e legislativos de cada país, baseados em práticas educativas eficientes e valores registados em diferentes documentos e convenções, surge conhecimento científico que vai delimitando e regulamentando a Educação Especial. Em Portugal, estas linhas políticas orientadoras da inclusão/EE estão publicadas no Decreto-Lei n.º 3/2008 (Simeonsson, Ferreira, Maia, Pinheiro, Tavares, Alves, 2010).

São vários os países em que pela legislação se pretende erradicar a discriminação na sociedade, cujo enquadramento legal visa a inserção social, educacional e do exercício de uma profissão por parte de todos os cidadãos (Gil; Bengoechea, 1991, cit.in Capellini & Rodrigues, 2009). Porém, o que se verifica é que os direitos consignados na lei nem sempre são cumpridos, continuando a ser violados quotidianamente os direitos das pessoas estigmatizadas pela sociedade (Capellini & Rodrigues, 2009).

As grandes mudanças no domínio da educação especial em Portugal ocorreram nos anos de 2005 a 2009, período no qual se iniciou um longo processo de inovação do desenho curricular ao nível da intervenção e implementação de medidas educativas, cujo objetivo era o de melhorar a política da inclusão na escola pública. As perspetivas referentes à educação especial e o modo como esta pode ser operacionalizada de acordo com as medidas elencadas, foram objeto de amplo debate a nível internacional e nacional (DGIDC, 2009).

Nesta filosofia da inclusão, o problema está no modo como o indivíduo e a sua deficiência são entendidos no meio envolvente em que está inserido e não no indivíduo em si (MRECH, 1998, cit.in Davis, Nicolas, Waters, Cook, Gibbs, Gosch, (s/d).

Apesar da exclusão social afetar grupos minoritários, como é o caso das crianças e jovens com deficiência, o princípio de inclusão escolar só se realizará pela avaliação de



situações de inserção gradual, sistemática e de projeção no sistema de ensino dessas C-J (Capellini & Rodrigues, 2009).

As escolas têm que se reorganizar para receberem, indistintamente, todos os alunos. Na concepção inclusiva, o aluno pela autorregulação das aprendizagens assimila novas aprendizagens/ conhecimentos de acordo com a sua capacidade, ritmo e funcionalidade. Há sistematização e generalização contínua dos seus próprios conhecimentos. Esta é uma questão cívica, social e de unificação dos conceitos utilizados em textos legislativos e normativos (Gomes, Fernandes, Batista, Salustiano, Mantoan, Figueiredo, 2007).

Nas escolas inclusivas as diferenças individuais existentes são vistas como potenciadoras do desenvolvimento pessoal, mas também de enriquecimento das atividades educativas. Por sua vez, a evolução do processo de ensino/ aprendizagem do aluno e respetivas dificuldades vivenciadas possibilitam a melhoria e o avanço da prática educativa do docente. As aprendizagens significativas resultam do aprender a dar um sentido próprio às experiências (Capellini & Rodrigues, 2009).

Contudo, também se verifica o inverso ao subestimar as potencialidades, os conhecimentos e a realização pessoal dos alunos quando submetidos a programas educativos individuais limitadores. Neste aspeto, as crianças com necessidades educativas especiais merecem uma atenção muito especial, pois a procura de respostas à diversidade subjacente à educação inclusiva deve refletir os conceitos de igualdade de oportunidades e de qualidade de ensino (cit. in Capellini & Rodrigues, 2009).

Preconiza-se, deste modo, a inclusão pela frequência da escola Regular em detrimento da escola especial, para que esta não iniba o desenvolvimento dos alunos com NEE, ao superprotegê-los. O princípio fundamental das escolas inclusivas consiste em estimular aprendizagens conjuntas com os pares para que, dentro do possível, aprendam juntos, não obstante as dificuldades e diferenças manifestadas. De certa forma, prepara os alunos com

NEE para a vida autêntica, em sociedade, no futuro. Em simultâneo promove valores como tolerância e a solidariedade. Uma escola inclusiva que atende às necessidades/direitos básicos de alunos com deficiências é uma escola mais condescendente para todos os alunos (CAPUCHA, 2008).

Embora esta seja uma tarefa difícil, a viabilidade destes pressupostos está cada vez mais ao alcance dos educadores, entre outros profissionais, uma vez que têm bastante acesso à investigação científica, baseada em estudos empíricos e com evidências em práticas específicas de ensino (ex., Gersten, Fuchs, Williams, & Baker, 2001; National, cit. in Simonsen, Shaw, Faggella-Luby, Sugai, Coyne, Rhein, Madaus, & Alfano, 2010).

As C-J estudantes com DC assumem-se cada vez mais como capazes de obter melhores resultados e mais sucesso, relativamente ao seu desempenho académico, social e responsabilidade em contexto escolar, autonomia e independência pessoal e social (Blackorby & Wagner, s/d).

Relativamente ao domínio social, estes alunos foram classificados, pelos pais, com bastantes competências sociais gerais. Revelam independência comportamental em casa e na comunidade, assim como, competências de autodeterminação ao gerir os auto cuidados, entre outras competências básicas de processamento cognitivo. Verifica-se, porém, que por mais competências que tenham adquirido ainda possuem uma posição social inferior em comparação com os estudantes em geral (Blackorby & Wagner, s/d).

CAPUCHA (2008) defende que a inclusão e a participação social representam o acesso aos direitos de cidadania. Para que se verifique inclusão, nenhum aluno deve ser excluído do sistema educacional regular, devendo o sistema educativo ter em atenção as necessidades educativas dos alunos, ao planificar e elaborar os programas educativos, adequando, sempre que necessário, metodologias e currículos ao perfil de funcionalidade do aluno (Capellini & Rodrigues, 2009). A escola, para Denari (2006, cit. in Capellini & Rodrigues, 2009) deve

constituir-se de forma a permitir que os alunos desenvolvam conteúdos específicos de acordo com o seu nível de desempenho.

A educação inclusiva é uma questão de direitos humanos para os alunos com deficiências, os quais fazem parte integrante da escola onde estão incluídos, de forma ativa e não passiva. Caso isto não se verifique, estes alunos apenas estão inseridos no sistema educativo. É necessário habilitar os agentes educativos para trabalhar a pedagogia diferenciada, na diversidade e na diferença dos alunos com deficiência (Capellini & Rodrigues, 2009), mantendo ambientes educativos flexíveis, recorrendo a estratégias e metodologias de intervenção baseadas em pesquisas científico pedagógicas (MRECH, 1998, cit. in Davis, Nicolas, Waters, Cook, Gibbs, Gosch, s/d).

Uma das condições centrais do D.L. nº3/2008 é a utilização da Classificação Internacional da Funcionalidade Incapacidade e Saúde, versão crianças e jovens (CIFCJ), cuja classificação aponta não para as deficiências, mas para as capacidades, dentro das limitações apresentadas. É a base para a avaliação e identificação de necessidades das C-J. Além disso, representa uma alternativa à utilização do diagnóstico médico na referenciação e identificação dos alunos que necessitam de educação especial (DGIDC, 2008). No caso de elegibilidade contribui para uma construção de programas educativos individuais (PEI) mais rigorosos e precisos, proporcionando a ativação dos apoios necessários (CAPUCHA, 2008).

Para Correia (1997) as respostas educativas mais adequadas às NEE dos alunos com limitações graves depende do interesse da comunidade educativa pela deficiência e respetiva compreensão das problemáticas associadas, mas essencialmente do entendimento que se tem por estes alunos.

O aluno com DC não corresponde aos parâmetros preconizados pela escola regular, que mantêm um paradigma educacional conservador e uma gestão centralista. Nestas escolas há tendência a acentuar a deficiência, a estigmatizar. O aluno com DC tem dificuldade em

construir conhecimento, não se podendo equiparar, em termos de aquisições acadêmicas, aos seus pares sem deficiências, uma vez que a sua capacidade cognitiva está muito limitada (cit. in Gomes, Fernandes, Batista, Salustiano, Mantoan, Figueiredo, 2007).

No entanto, o ensino com níveis diferenciados aplica-se a todos os alunos, atendendo a que “todos” significa que a totalidade da população escolar deve ser incluída no mesmo tipo de ensino, para que possam aprender. Porém, há alunos que necessitam de apoio pedagógico acrescido ou de adequações curriculares individuais para ter sucesso educativo (Porter, 1994).

Esta mudança de atenção às diferenças individuais e ao contexto educativo promotor da aprendizagem, no sentido de atender a todos os alunos com necessidades individuais terá que implicar também uma flexibilização da organização curricular, reformulação das metodologias/estratégias de ensino, dos recursos a gerir e do currículo a aplicar (Porter, 1994).

Para Correia (1997) as respostas educativas mais adequadas às NEE dos alunos com DC depende do interesse da comunidade educativa pela deficiência e respetiva compreensão das problemáticas associadas, mas essencialmente do entendimento que se tem por estes alunos.

Por isso, para haver mudanças significativas nas escolas de alunos com DC é necessário um trabalho profissional dos docentes em equipa, contrariando o tradicional ensino. Há inúmeras evidências que comprovam que os alunos com necessidades educativas especiais não necessitam de grandes adequações de estratégias pedagógicas, mas carecem de mais tempo, de mais práticas pedagógicas com abordagens individualizadas, para poderem fazer aprendizagens (Bairrão, 1999; Porter, 1994; UNESCO, 1994).

Esta é uma exigência que só será possível se a escola promover uma pedagogia da aprendizagem, em detrimento duma pedagogia do ensino (Bloom, 1972, cit.in UNESCO, 1994).

No discurso da inclusão verifica-se, contudo, contradição entre a legislação e as práticas educativas ministradas nas escolas (Wilson, 2000) pois se os docentes adequam o seu discurso a ambientes inclusivos, as suas práticas só muito moderadamente o refletem. O mesmo acontece com a política legislativa que regulamenta a EE e pelas ideologias da inclusão, preconizadas por alguns autores (Gaspar, 2008).

Este é um conceito abrangente, cuja ênfase incide na qualidade do ensino e nas mudanças significativas a exercer em todos os contextos educativos e sociais. Pretende-se, deste modo, responder à diversidade de todos os alunos, sem distinção, através de um currículo específico, de alterações organizacionais e pela ativação de repostas educativas adicionais (DGIDC, 2011). Por fim, poderemos sintetizar que:

Uma escola inclusiva é uma escola que consegue responder às necessidades de todos os alunos...distingue as necessidades educativas que resultam de desvantagens de ordem social, cultural e económica, passíveis de ser ultrapassadas através de um ensino de qualidade no quadro da gestão da diversidade, daquelas que efectivamente requerem apoios e recursos adicionais altamente diferenciados e especializados. (DGIDC, 2011, p.13).

### **1.3. Défice cognitivo**

Ao fazermos uma retrospectiva histórica referente às NEE, designadamente à problemática da deficiência, verificamos que não se confirma um consenso na definição de Défice Cognitivo (DC). Só a partir do século XX é que se começou a instituir uma definição para o DC, intrinsecamente relacionada com as capacidades cognitivas e respetivas dificuldades de adaptabilidade (Marques, 2005).

Os estudos sobre crianças com deficiência são frequentemente baseados em rótulos de diagnósticos sobre as problemáticas em relação ao fenómeno em estudo, no entanto, há inúmeras causas para um resultado específico (Mahoney & Berghomem, de 2002; Wachs, 2000, cit.in Almqvist & Granlund, 2005).

Este é um conceito relativamente recente e direcionado para o grau das capacidades de cada indivíduo com DC em que:

a variedade terminológica referente àqueles que se desviam da média (deficientes, excepcionais, inadaptados, diferentes, com necessidades educativas especiais ou específicas em desvantagem ou portadores de um handicap) é, em si mesma, um reflexo das mudanças sociais e simultaneamente a prova da necessidade de se encontrar um consenso geral relativamente a esta problemática (Silva,1993, p.219,cit. in Kirk & Gallagher).

A literatura tem-se debruçado sobre o estigma e identidade social das pessoas com défice cognitivo (Beart, Hardy & Buchan, 2005). A condição de se ter DC é por si só um fator altamente estigmatizante, apesar das pessoas com DC não terem noção dessa identidade. Porém, estas considerações são alvo de revisão e discussão constante (Beart, Hardy & Buchan, 2004), sendo, contudo, necessário efetuar pesquisas adicionais para esclarecimento de muitas questões relativas à problemática inerente a um DC, uma vez que a deficiência mental pode ter impacto na sua identidade.

A pessoa com DC nem sempre compreende a identidade social que lhes é imputada e dos estudos que lhes são aplicados nem sempre é possível obter respostas conclusivas nem assertivas, dadas as limitações de compreensão manifestadas por estes indivíduos, a nível semântico e do vocabulário aplicado nos questionários para classificação. Não têm consciência da sua identidade como portadores de DC, logo não se apercebem do estigma social de que são alvo, exceto quando interagem continuamente com outras pessoas e

reconhecem que são segregados e estigmatizados, o que se torna uma experiência emocional demasiado dolorosa. Estes factos impedem de se retirar conclusões quantitativas dos estudos aplicados a indivíduos com DC (cit.in Beart, Hardy & Buchan, 2005).

Para a Associação Americana de Cidadãos com Deficiência Mental (American Association on Mental Retardation - AADM), a definição de défice cognitivo submete-se a três critérios, ao funcionamento intelectual, cujos valores se situam abaixo da média, entre 70 e 75, em termos de avaliação do QI; às limitações significativas em duas ou mais áreas do comportamento adaptativo e, por último, que estas características se verifiquem desde a infância (Luckasson et al, 1992).

Nas pessoas portadoras de DC, é esta capacidade de adaptação do indivíduo ao meio circundante e aos outros que melhor o distingue em relação à normalidade. Daí que às discussões mensuráveis de QI estejam implícitos outros aspetos que deverão ser considerados (Luckasson et al, 2002, cit. in Carvalho, & Maciel, 2003).

Segundo a descrição do DSM.IV,TR, (2002), DC é quando uma pessoa tem “um funcionamento intelectual significativamente inferior à média, acompanhado de limitações significativas no funcionamento adaptativo em pelo menos duas das seguintes áreas de habilidades: comunicação, auto-cuidados, vida doméstica, habilidades sociais, relacionamento interpessoal, uso de recursos comunitários, auto-suficiência, habilidades académicas, trabalho, lazer, saúde e segurança” (p.41)

Apesar do DSM-IV,TR (2002) apresentar uma secção específica e relacionada com as perturbações diagnosticadas durante a infância ou adolescência, pretende clarificar que não há diferenciação evidente entre as perturbações infantis e as dos adultos.

Um teste de QI administrado individualmente em C-J, numa avaliação clínica, revela funcionamento intelectual significativamente abaixo da média, com um QI aproximadamente de 70 ou inferior, com limitações de funcionamento adaptativo. A gravidade dos graus

diferencia-se mediante o DC apresentado: leve/ ligeiro, moderado, grave e profundo, bem como DC de gravidade não especificada (DSM-IV,TR, 2002).

Mais tarde, em 2002, a associação AADM reformulou a definição de “atraso mental” como uma “incapacidade caracterizada por significativas limitações no funcionamento intelectual (Q.I. 70-80 ou abaixo) e no comportamento adaptativo” (Ferreira & Lapa, cit. in Marques, 2005, p.21) remetendo prioritariamente a incapacidade para o resultado da interação da pessoa com o meio ambiente.

Reiss (1994, Ferreira & Lapa, cit. in Marques, 2005) defende que a adaptação da criança portadora de deficiência ao meio permite compreender melhor a sua condição/situação. Remete para uma perspectiva ecológica e transacional (“ecological-transactional”) defendida por Bronfenbrenner (1979) que desenvolve um paradigma ecológico, onde constam os determinados aspetos do meio, sistemas complexos que interagem reciprocamente, em que a criança se desenvolve e que poderão afetar o desenvolvimento individual da criança; por Horowitz (1987) (o temperamento/características do indivíduo/efeitos do meio na pessoa); Rutter (1987) (o meio interage com as características do indivíduo) e Sameroff (1975,1990) (transações indivíduo/meio social, em que cada uma das partes influencia constantemente a outra, aplicadas ao DC (Marques, 2005).

No entanto, estas definições, relacionadas com as limitações de funcionalidade do ser humano e de acordo com o sistema social onde está inserido, relativizam o conceito e o diagnóstico de DC. Há variáveis de deficiência e de questões que envolvem o conceito de qualidade de vida que podem estar confinadas a uma cultura e a outra não, quanto à sua conceituação, medição e aplicação de modelos que podem variar significativamente de país para país ou até de região para região, dentro do mesmo país (Schalock, Brown, Brown, Cummins, Felce, Matikka, Keith & Parmenter, 2002).



A complexidade do conceito DC constitui uma dificuldade para o ensino regular e para a delimitação dos apoios especializados pela grande dificuldade de diagnosticar esse déficit, principalmente se for ligeiro. O diagnóstico de DC está confinado a medidas do quociente de inteligência (QI), o qual foi utilizada durante muitos anos como critério de sinalização dos casos. O próprio CID 10 (Código Internacional de Doenças, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde), ao especificar o DC (F70-79), ainda propõe uma definição com base nesse critério de seleção em relação ao QI, classificando-o entre leve, moderado e profundo, conforme a gravidade (Gomes, Fernandes, Batista, Salustiano, Mantoan, Figueiredo, 2007).

Vários estudiosos teceram teorias psicológicas, sociológicas, antropológicas, com especial relevo para o estudo do DC, contudo, ainda persiste a imprecisão de um conceito único para definir DC (Gomes, Fernandes, Batista, Salustiano, Mantoan, Figueiredo, 2007).

Esta sobreposição e dificuldades na distinção entre a sintomatologia de DC e psicopatologia explicam algumas limitações de capacidades entre a capacidade cognitiva e o avaliador, cujo fenômeno é conhecido como “diagnóstico ofuscado” (Reiss & Szyszko, 1983, cit.in Embregts, 2000).

Porém, às pessoas com DC também podem estar associados várias perturbações psicopatológicas. Pesquisadores demonstraram que pessoas com DC ligeiro têm maior tendência a provocar distúrbios psicopatológicos (Baker & Cantwell, 1987; Borthwick-Duffy & Eymann, 1990, cit.in Embregts, 2000), sendo também um grupo com propensão a desenvolver distúrbios comportamentais e emocionais comparativamente aos seus pares sem NEE (Leahy et al, 1982; Matson & Barrett, 1982; Menolascino & Swanson, 1982; Reid, 1980, cit.in Embregts, 2000).

Há uma tendência generalizada para o desenvolvimento de perfis de risco, associados às condições mais adversas na infância, muitas vezes em idades precoces e com efeitos

devastadores na saúde mental e na física, com dificuldade adaptativa e até probabilidade de sobrevivência a curto prazo (Zhang et al., 2006, cit.in Taylor, Way & Seeman, 2011).

Estes comportamentos agressivos e antissociais com transtornos de conduta (Charlot et al., 1993; Glick & Zigler, 1995; Reiss & Rojahn, 1993, cit.in Embregts, 2000) levam a que cometam alguns crimes e, conseqüentemente, sejam enviados para a prisão mais frequentemente (Lang & Kahn, 1986, cit.in Embregts, 2000).

Emerson (2003) encontrou fortes evidências de que a presença de DC é potencialmente um fator de risco para o desenvolvimento de distúrbios psiquiátricos específicos (cerca de sete vezes mais probabilidade, comparativamente aos seus pares sem DC), também já referidos por Rutter et al. (1976), Linna et al. (1999) (cit. in Emerson, 2003).

A desvantagem social aliada a modelos de funcionamento familiar desestruturados está associada às características da criança e respectivas perturbações psiquiátricas (Emerson, 2003). Estes resultados confirmam outros estudos sobre a saúde mental das crianças e adolescentes em geral (Meltzer et al 2000; McMunn et al. 2001, cit. in Emerson, 2003), apesar de não se poder generalizar que esses fatores têm uma relação causal com as perturbações psiquiátricas.

Conforme Embregts (2000) a avaliação da psicopatologia em pessoas com DC carece de instrumentos eficientes e válidos. Um dos instrumentos que melhor avalia problemas de comportamento é o “Child Behavior Checklist” (CBCL) (Achenbach & Edelbrock, 1983). Este instrumento de avaliação foi concebido para consignar problemas de comportamento e competências das crianças partir dos 4 anos a 18, relatados por pais ou substitutos. Apesar do CBCL não ter sido traçado para avaliar a psicopatologia em pessoas com DC os estudiosos recorrem frequentemente a esse instrumento (Larson e Lapointe, 1980; Matson et al., 1988; Margalit et al. 1989; Thompson et al., 1990; Margalit & Ankonina, 1991; Dykens et al., 1992 & Hodapp et al., 1997, cit. in Embregts, 2000)

Embregts (2000) apresentou resultados com a aplicação do “Child Behavior Checklist” com alguma fiabilidade na avaliação de psicopatologia entre C-J com DC ligeiro. A validade dos instrumentos aplicados depende da avaliação das respostas dos indivíduos com DC, uma vez que demonstram ser dependentes, sendo a confiabilidade no avaliador determinante.

Dos resultados obtidos no estudo de Embregts (2000) pela apresentação do instrumento de avaliação “Child Behavior Checklist” em avaliação da psicopatologia em pessoas com DC, constatou-se que quanto menor o nível de capacidade cognitiva, menor o nível de concordância entre os avaliadores. Daí considerarem que a lista desse instrumento nem sempre é de confiança para a avaliação de problemas comportamentais de crianças e jovens com DC ligeiro. Reforçam, contudo, que poderá ser um procedimento de avaliação mais global, apesar de Larson e Lapointe, (1980); Margalit et al., (1989); Matson et al, 1988; Thompson et al, (1990); Margalit & Ankonina, (1991); Dykens et al, (1992); Hodapp et al, (1997) evidenciarem a necessidade de se ter em consideração a confiabilidade das informações obtidas (cit. in Embregts, 2000).

Tem-se verificado em dados recentes que as famílias com crianças com distúrbios psiquiátricos e DC são ainda mais prejudicadas, devido a adversidades sociais e económicas, daí o apoio a ministrar à C-J com DC ser também para a família onde está inserido (Albin et al. 1996, cit. in Emerson, 2003).

O BES da família de um filho com DC altera-se consoante a gravidade da deficiência. Por aferição de estudos em famílias com C-J com DC comprovou-se que estas enfrentam desafios bastante diferenciados das outras famílias com C-J sem deficiências, com um desenvolvimento típico (Stone-homem, 1997, cit.in Abbeduto, Seltzer, Shattuck, Krauss, Orsmond, Murphy, 2004).

Glidden, Bamberger, Turek & Hill (2009), relativamente à personalidade parental, apontaram como evidência que a qualidade das interações entre pais-filhos com

incapacidades ou deficiências é influenciada não só pelas características da criança e pais, mas também pelo bem-estar socioeconómico, entre outras variáveis familiares.

Quando as C-J têm DC em síndromes que têm origem genética, os pais podem ter diferentes reações e serem afetados pelas próprias características, implícitas aos genes pessoais, originadores da síndrome, e revelarem comportamentos vulneráveis ao desafios inerentes ao DC (Abbeduto et.al, 2004).

O papel diferenciado dos pais, mesmo sob as melhores circunstâncias, é um papel exigente e desgastante, estando estreitamente relacionado com o autoconceito pessoal e a própria satisfação com a vida. É um facto que a personalidade pode influenciar as nossas vivências, a forma como vemos o meio envolvente e conseqüentemente, pode alterar o nosso comportamento (Belsky et al 1995; Spinath & O'Connem 2003, cit.in Glidden, Bamberger, Turek & Hill, 2009).

A experiência de paternidade em C-J com deficiência, principalmente com C-J com DC, tem-se revelado uma experiência negativa, daí que os modelos de estudos propostos por psicólogos apontem variáveis de estudo aos pais de criança com essas características (Baumrind, 1971; Belsky, 1984, cit. in Glidden et.al., 2009).

As mães apresentam maior responsabilidade para cuidar dessas crianças e são, portanto, mais submetidas aos desafios inerentes à deficiência da C-J (Gray & Holden, 1992, cit.in Abbeduto et al., 2004).

Mais uma vez, a intervenção junto das famílias para se adaptarem a situações stressantes no contexto de mudança cultural é fundamental como promotora de bem-estar emocional e de saúde (Szapocznik, Kurtines, Santisteban, & Rio, 1990; Szapocznik, Rio, Perez-Vidal, Kurtines, e Hervis, 1986; Szapocznik, Santisteban, Kurtines, Perez-Vidal, e Hervis, 1984, Fenning, Baker, & Juvonen, 2011; Lanza, Rhoades, Rhoades, NIX, Greenberg, 2010, cit.in Cox, Mills-Koonce, Propper, & Gariépy, 2010).

A pobreza num contexto familiar favorável nem sempre é um fator de risco para a criança em desenvolvimento, porém pode tornar-se em fator redutor quando impõe restrições à aquisição de competências académicas às C-J, em contexto escolar (Cox, Mills-Koonce, Propper & Gariépy, 2010).

O BE, o status social e a extroversão relatados pelas crianças são fatores preditores de alguns comportamentos parentais. Também o estatuto profissional dos pais é compreendido como um fator positivo, bem como a classe social e a qualidade interativa entre pais- criança (Hoff-Ginsberg & Tardif, 1995, cit. in Glidden et.al., 2009).

Entwisle e Alexander (1993) assinalaram que as mães com caráter mais positivo influenciam e interagem mais positivamente com as suas crianças (Glidden et.al., 2009). Quando estas nascem em ambientes desfavorecidos há desvantagem relativamente ao desenvolvimento das crianças, com influência no processo de aquisição da linguagem, cognição e comportamento social (Glidden, et.al., 2009).

Shin, Crittenden, (2003) desenharam e aplicaram o modelo ABCX, proposto por McCubbin e Patterson (1983), para comparar o bem-estar psicológico das mães de C-J com DC, a nível do stresse. Aferiu-se que as crianças com comportamento desajustados afetam fortemente o stresse materno, dado estas terem de despende de mais tempo e mais energia para disciplinar os filhos. Carecem, conseqüentemente, de um apoio intensivo ou de serviços, de informação acrescida, principalmente quando manifestam atitudes negativas em relação à deficiência, o que lhes provoca aumento de stresse. Importa a motivação maternal para que defendam os seus filhos (cit.in Shin, Crittenden, 2003).

Para Olsson, Larsman & Hwang, (2008) o senso de coerência apresenta-se como um fator de proteção. Sugerem que as intervenções direcionadas para os pais de C-J com DC devem abordar aspetos capazes de atenuar de fatores de risco, reforçando o impacto positivo em fatores de proteção, de modo a proporcionar um crescente bem-estar e melhor QV.

O período da adolescência e o início da vida adulta é um período transitório altamente inquietante para os pais de filhos com DC, devido à transição iminente da escola para o trabalho ou frequência de uma instituição, bem como relativamente ao futuro do seu educando (Lueckling & Fabian, 1997, Abbeduto et.al., 2004; Lanza, Rhoades, Rhoades, NIX, Greenberg, 2010).

De facto, ainda hoje se verifica que a muitos cidadãos com DC lhes é impedido o direito ao bem-estar emocional, tornando-se adultos muito limitados em quase todas as áreas do desenvolvimento pessoal e social. O bem-estar social e emocional apresenta-se como uma proposta primordial da educação, estando relacionado com a autoestima (Berger, Alcalayb, Torrettib & Milicicb, 2011).

A correlação entre as características sócio emocionais e o rendimento escolar proporciona maior bem-estar psicológico e emocional nas crianças, refletindo-se na diminuição da ansiedade e dos sintomas depressivos (Jiménez & Lopez-Zafra, 2009, cit.in Berger et.al., 2011; Almqvist & Granlund, 2005).

São as características pessoais ou os perfis de personalidade individuais que determinam estados de BE e/ou depressivos na vida das pessoas (Costa & McCrae 1980; Bloco 1993, cit. in Glidden et.al., 2009).

Também contribui para uma atitude positiva perante a escola, o aumento da autoestima, a promoção da autoeficácia (Flouri, 2006) e melhores resultados escolares, (Milicic, 2001; Valentine, DuBois & Cooper, 2004, cit. In Berger et.al., 2011).

É necessário prestar especial atenção às suas aptidões, limitações e às suas necessidades de forma a realizar com sucesso competências e objetivos propostos (Eber, Nelson, & Miles, 1997; Hinton, De Vivo, Fee, Goldstein & Stern, 2004; Karande & Kulkarni, 2005, cit.in Simões et.al., 2010). Devido às múltiplas limitações que apresentam na aprendizagem, associados a défices ou atraso generalizado em todas as área e competências, inerentes

também ao DC e ao início do desenvolvimento intelectual/ escolar, comunicativo e socioemocional, estas C-J carecem de constante apoio em todas as atividades (Sheehy & Nind, 2005).

Assim, no desempenho acadêmico torna-se pertinente considerar, como preditores significativos, as características individuais socioemocionais e as características ambientais, os quais não devem ser negligenciados na realização escolar de competências, promotoras de maiores níveis de bem-estar (Deci & Ryan, 2000, Rodríguez-Carvajal et.al., 2010), de autonomia e de autoestima (Extremera & Fernandez-Berrocal, 2003; Goleman, 1996, cit. in Berger et.al., 2011).

Nessa linha de pensamento, os programas educativos devem incidir no reforço das competências das C-J com NEE, reconhecendo que o desenvolvimento é multidimensional, em detrimento da programação relativa somente às dificuldades dos alunos com DA ou DCL (Berger, Alcalayb, Torrettib, Milicicb, 2011). É necessária a prevenção do apoio escolar e do comportamento social, para atenuar a intervenção e fomentar comportamentos positivos (Simonsen, Shaw, Faggella-Luby, Sugai, Coyne, Rhein, Madaus & Alfano, 2010).

A maioria de C-J com NEE apresenta um rendimento escolar médio ou abaixo da média. Só um número mínimo de alunos obtém bons resultados. Existem, ainda, dados que apontam realizações escolares e resultados com classificações reduzidas (Eber, et al., 1997; Hinton et al., 2004; Karande & Kulkarni, 2005). Eber et al. (1997) referindo-se aos programas educacionais para alunos com deficiência, considera-os que, geralmente, não têm os resultados pretendidos. Continuam a existir altas taxas de insucesso escolar, taxas de graduação baixa, realização pessoal a nível escolar rudimentar, abandono escolar e subsequente encaminhamento para instituições de EE, fatores observados continuamente entre os alunos com NEE (Simões et.al., 2010).

As informações disponíveis sobre graves dificuldades na aprendizagem em C-J com DC dizem respeito a dificuldades de aquisição do processo de leitura, cujos estudos remetem para défices em consciência fonológica, independentemente dessa discrepância na capacidade de literacia. As intervenções são imprescindíveis e têm diferentes resultados, conforme a gravidade do DC da C-J, verificando-se que a intervenção com sucesso é muito mais difícil em C-J com défices graves na aquisição de competências de literacia do que em crianças com défices leve ou moderado. Se associado a défices de leitura, as C-J com DC apresentarem perturbação da atenção/ concentração agravada e é mais resistente à intervenção (Lyon, 1996).

Na perspetiva da neuropsicologia, na avaliação de crianças com DC deve ter-se em consideração a memória, a atenção, a compreensão e a capacidade de resposta às ordens emanadas, particularmente em crianças que não respondem à intervenção (Semrud-Clikeman, 2005).

A satisfação com a escola e os resultados apresentados estão interrelacionados com as metas e aspirações dos alunos. Estes dados revelam um impacto positivo e são corroborados por outros autores (ACT, 2009; Gouveia et al., 2008, cit.in Simões et.al., 2010).

O início da adolescência revela-se como um importante período para estabelecer relacionamentos próximos e íntimos com os pares (Ojanen, Grönroos, & Salmivalli, 2005) de modo a participarem e serem aceites pelo grupo (Fletcher, Hunter & Eanes, 2006, cit.in Berger, Alcalay, Torretti & Milicic, 2011).

As C-J com DC apresentam maior dificuldade em estabelecer relações amorosas, em aplicar estratégias na resolução de problemas (Herman & Shantz, 1983; Leffert, Siperstein, & Millikan, 2000). Adicionalmente, por vezes, concebem menos soluções eficientes, são mais agressivas ou recorrem a estratégias autoritárias (Gomez & Hazeldine, 1996; Leffert et al, 2000).



As investigações realizadas por Vayer e Roncin (1992) revelaram que a aceitação e sensibilização dos pares sem deficiência para a diferença dos colegas com NEE estava intimamente relacionada com relações interpessoais estabelecidas, no entanto, com tendência a diminuir durante a adolescência, mediante outros interesses (Santos, 2006).

Se o BES é fundamental para C-J sem deficiências assume-se com especial relevo em pessoas com DC, pela identificação e compreensão das suas necessidades básicas e na prestação de serviços/intervenções apropriadas (McGillivray, Lau, Cummins & Davey, 2009).

Baseando-se na Teoria Hemóstase de Bem-Estar Subjetivo McGillivray, Lau, Cummins & Davey (2009) consideram que os indivíduos com DC têm uma QV inferior aos outros sem défices cognitivos.

Cummins (2001, cit. in Nota, Soresi, & Perry, 2006) defende que o BES está submetido a fatores de personalidade (de extroversão e introversão) e às variáveis cognitivas (autocontrolo, autoestima e otimismo) (Cummins & Nistico, 2000) que sustentam a satisfação positiva. São estes fatores que equilibram os níveis de satisfação pessoal (Nota, Soresi, & Perry, 2006).

Ao longo do tempo, este processo de adaptação permanente pode levar alterações no sistema fisiológico, incluindo cardiovascular, endócrino, metabólico e os sistemas imunológico (Lupien et al., 2006) daí a autorregulação biológica através da hemóstase (cit. in Taylor, Way & Seeman, 2011).

Isto é particularmente relevante porque, desde que não haja uma situação de frustração marcante, os indivíduos mantem a hemóstase da QV referente ao BES. Porém, há exceções relativamente à avaliação do BES em pessoas com um DC. Uma vez que apresentam défices cognitivos e de linguagem (memória, compreensão e expressão) revelam dificuldades em se

pronunciar relativamente a aprendizagens complexas e com conceitos abstractos (Nota, Soresi & Perry, 2006).

As pessoas com problemas de saúde mental têm sido amplamente negligenciados e vistos como um grupo social distintos e desagregado, com serviços também diferenciados. Para atender ao bem-estar emocional das C-J com DC e às múltiplas dificuldades de aprendizagem que apresentam é imprescindível fazer valer os seus direitos humanos, no que concerne à sua QV (Sheehy & Nind, (2005).

Os indivíduos com DC grave têm dificuldade em responder a questionários, independentemente do formato de pergunta (Sigelman et al., 1981, cit.in Nota, Soresi & Perry, 2006), sendo-lhes bastante difícil fazer analogias com a qualidade de vida das outras pessoas, assim como manifestar a sua própria opinião (Newton et al.1991, cit.in Nota, Soresi & Perry, 2006). É necessário, por conseguinte, que na QV destes indivíduos com DC sejam considerados e investigados aspectos similares aos dos indivíduos sem deficiência, como é o caso da sua satisfação profissional ou da sua participação na vida familiar/social e de oportunidades para integração social (Schalock, 1996; Felce, 1997, cit.in Nota, Soresi & Perry, 2006).

Schalock (1996) descreve várias dimensões de qualidade de vida, para os níveis de DC, distintas umas das outras, mas que interagem com o ambiente e características pessoais (Hatton, 1998; Renwick, Brown & Raphael, 2000, cit. in McIntyre, Kraemer, Blacher, Simmerman, 2004).

QV incluiu também aspetos objetivos (fatores que são observáveis e mensuráveis, de um modo direto, Goode, 1990) e subjetivos (aspetos relacionadas com a satisfação do BE e a vida pessoal) numa abordagem holística (Hatton, 1998), (Cummins, 2000; Felce, 1997; Goode & Hogg, 1994; Hatton, 1998; Stark & Goldsbury, 1990, cit. in McIntyre, Kraemer, Blacher, Simmerman, 2004).

Há ainda serviços indissociáveis da QV a prestar a estes indivíduos com DC (educacionais, de saúde...) que podem ser primordiais na promoção QV global (Borthwick-Duffy, 1990; Oullette-Kuntz & McCreary, 1996), obviamente sem esquecer o envolvimento familiar na intervenção desses esforços (Park et al., 2004).

Nota, Soresi, e Perry (2006) defendem que na investigação da Qualidade de Vida existe correspondência entre a satisfação com a qualidade do serviço social de integração do residente e o bem-estar comunitário. Consistentes com vários outros estudos (Chadsey-Rusch 1990, Walker et al.1992; Nota & Soresi 1997), os níveis máximos de competências sociais foram associados aos níveis mínimos de problemas psicopatológicos cuja satisfação depende do perfil dos entrevistados.

Convém reforçar que a maioria desses indivíduos com DC graves tem dificuldade em fazer uma autoavaliação, sendo os proxies passíveis de ser relatores de confiança relativamente à QV, quando estes não têm capacidade para exprimirem dados de vida próprios (Cummins, 2002; Stancliffe, 1999, 2000). Esta natureza subjetiva da avaliação da QVRS é, muitas vezes, impossibilitada ou dificultada em grupos de risco: menores de idade, idosos ou que sofrem de DC. Daí poder ser solicitado a um intermediário, (ex. profissional de saúde ou um familiar) a referida avaliação da QVRS (cit. in Pickard & Knight, s/d).

No entanto, o recurso a intermediários tem também sido alvo de alguma controversa (Pickard & Knight, (s/d), Cummins, 2002), uma vez que às opiniões das C-J crianças estão implícitos vários desafios significativos (Lewis, 2004, cit. in Lewis, Porter, s/d).

Felce (2002) também levantou preocupações relativamente à obtenção de pontos de vista de pessoas com DC. Nesta perspetiva do ponto de vista pessoal, considera que requer mais cuidado em se assumir a validade de pontos de vista repassados pelos proxies (Lewis & Porter (s/d).

Os intermediários devem estabelecer diretrizes na recolha sistemática de pontos de vista de crianças e jovens com DA para autoavaliação crítica. Devem, para isso, proceder a todos os parâmetros de investigação e ética, no sentido de salvaguardar os direitos desses indivíduos com NEE, aos quais está subjacente um dos principais objetivos, o desenvolvimento de competências de comunicação. Também a elaboração das políticas tem dado ênfase à opinião das vozes individuais das crianças, porém, isso afigura-se como algo bastante complexo (Lewis, Porter, s/d).

As responsabilidades acrescidas dos adultos, nos cuidados com C-J com DC, favorecem as atividades de vida diária (AVD) destas crianças, esperando-se que promovam a sua autonomia pessoal (capacidade para os autocuidados) e social (interação positiva com os outros) (Carlsson-Agren, Berg & Wenestam, 1992, cit. in Rimmerman & Muraver, 2001).

As características específicas destas C-J com DC colocam, por conseguinte, desafios muito significativos às escolas, instituições e profissionais que cuidam e trabalham com eles. Para tal, será necessário planejar serviços e atividades de intervenção e de participação na comunidade que possam contribuir positivamente para o bem-estar destas pessoas (cit.in Nota, Soresi & Perry, 2006).

Também a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (1989, cit. in Lewis & Porter, s/d) chama a tenção dos governantes para que assegurem à criança o direito de expressarem todas as suas opiniões, argumentarem e formarem pontos de vista, de acordo com a idade e maturidade própria. É importante, conseqüentemente, ouvir a opinião das C-J com NEE, mas também dar-lhes apoios pessoais, sociais e jurídicos. Verifica-se ênfase e um crescente destaque na elaboração de políticas a partir das opiniões das C-J (Lewis & Porter, s/d), tal como se verificou nos Pontos de vista dos jovens sobre Educação Inclusiva, exarados na Declaração de Lisboa (2007).

### **1.3.1. Características das Crianças e Jovens com Défice Cognitivo**

A principal característica associada ao DC é a limitação do quociente intelectual (QI). Se for criança, o QI situa-se abaixo dos valores padrões considerados normais para idade, se for adulta reporta-se a um nível inferior comparativamente à média da população. Manifestam também um nítido atraso no seu desenvolvimento neuropsicomotor, na aquisição da fala e noutras competências (comportamento adaptativo, conceituais, sociais ou práticos). A gravidade do DC é variável, por isso não existem características específicas, comportamentais ou de personalidade, que estejam associadas unicamente ao DC. Uns são passivos, calmos e dependentes dos outros, enquanto outros são impulsivos e agressivos. Estes comportamentos perturbadores e agressivos são muitas vezes provocados pela ausência de competências para a comunicação, sendo uma forma de substituir a linguagem comunicativa. Para a sua realização pessoal e para que se sintam bem-sucedidos nos seus esforços académicos, o professor deve restringir-se a objetivos pragmáticos, realistas, a aplicar a estes alunos. As pessoas com DC podem estar desprotegidas quando são exploradas por outros (ex. sofrer abusos físicos e sexuais), condicionando ou comprometendo os seus direitos e oportunidades (DSM-IV),

O Manual Estatístico de Diagnóstico das Perturbações Mentais American Psychiatric Association (2002), 4ª Edição (DSM-IV), propõe a classificação da Deficiência Mental segundo quatro níveis de gravidade: ligeira, moderada, grave e profunda, de acordo com o funcionamento adaptativo do indivíduo, assegurando que nos procedimentos de avaliação intelectual seja considerada a origem étnico/cultural da C-J.

É relevante saber que os efeitos e características do DC são muito variáveis. Por vezes, o mesmo diagnóstico entre crianças diferentes determina avaliações distintas, mediante os vários domínios da C-J (cognitivo, afetivo, comportamental, social e ecológico). As

características físicas das C-J com DC ligeiro não se diferenciam significativamente das demais crianças. Excetuam-se os casos de DC grave e profundo e os trissômicos (T21), não obstante o nível de funcionamento cognitivo não se manter sempre igual e definitivo em todos os casos. Pode observar-se algum tipo de perturbação mental, no entanto, a existência dessa perturbação não comprova que seja diferente em indivíduos com DC (DSM-IV- TR, 2002),

Nielsen (1999) considera que nessas diferenças uma das características das C-J com DC são problemas de memorização a curto prazo, sendo esta uma das principais razões pela demora demonstrada na aquisição de conceitos e de competências. É necessário fundamentar e sistematizar continuamente. Também têm dificuldade em generalizar os conhecimentos adquiridos, logo revelam dificuldade em os aplicar, com a agravante de que a idade cronológica não corresponde ao seu desenvolvimento psicológico e emocional, procurando referências para os seus passatempos de crianças mais novas.

Apresentam, ainda, problemas de comunicação (linguagem e fala) produzindo discursos com alguma dificuldade de dição e estruturação frásica. Revelam dificuldades em seguir instruções complexas e com conceitos abstratos. Na escola desenvolvem competências académicas, sociais e de orientação vocacional com ritmos diferenciados, mediante o nível de deficiência (Nielson, 1999).

Davis, Nicolas, Waters, Cook, Gibbs, Gosch, Ravens-Sieberer (s/d) observam que no processo de ensino da criança com deficiência devem ser considerados alguns cuidados de diferenciação metodológica, por exemplo, subdividir as atividades em várias partes, eliminar alguma parte das atividade quando lhes é impossível realizá-las, providenciar acompanhamento mais individualizado, colocar o aluno em locais estratégicos, em caso de distratibilidade, entre outras. Porém, destacam a responsabilidade do professor ao subestimar

o que a criança é capaz de realizar, pois às vezes não adequa a programação de acordo com as potencialidades do aluno, limitando-o pela falta de desafios e de estímulos (idem, s/d).

Sabornie, Cullinan, Osborne, Brock (s/d), em estudos efetuados, assinalaram que as diferenças de realização pessoal no QI entre os grupos com DA e DC/E (Dificuldades Comportamentais e Emocionais) eram pouco significativas. Já o mesmo não se verificou no grupo com DCL, o qual se distanciava do perfil de realização dos grupos anteriores, em termos de Rendimento Académico, apresentando resultados muito díspares. Estes estudos corroboram outros estudos relativos a alunos com DCL (Trout, Nordness, Pierce, & Epstein, 2003, cit. in Sabornie, Cullinan, Osborne, Brock, s/d). Os resultados Sabornie, Cullinan, Osborne, Brock (s/d) mostram que os alunos com deficiências de grande incidência podem integrar-se em diferentes categorias, em função do QI, rendimento académico e comportamento.

Se no domínio académico os alunos com DCL se distanciam da média dos restantes alunos, em termos de limitações cognitivas, o mesmo não se verifica no domínio do comportamento, uma vez que apresentam ausência de diferença de comportamentos típicos do ambiente escolar, entre os estudantes com DA. Relativamente ao grupo com DC/E a diferença é significativamente maior, uma vez que estes últimos apresentam problemas adaptativos inerentes aos seus comportamentos disruptivos (Sabornie, Cullinan, Osborne, Brock (s/d).

Green & DeBacker (2004) em estudos direcionados para os adolescentes referem diferenças de género, relativamente às expectativas na motivação e orientação futura. Indicaram que o género feminino tem expectativas mais elevadas em relação ao género masculino e que as relações interpessoais e afetivas na escola se estabeleciam com mais facilidade em alunos mais jovens, sendo promotoras de participações mais significativas (cit. in Simões, Matos, Tomé, Ferreira, 2010). Demonstrou-se que os homens manifestam maiores

aspirações comparativamente às mulheres, porém as mulheres centram mais os seus interesses nos objetivos interpessoais.

O gênero masculino é significativamente mais propenso a exibir atos de agressão comparativamente ao gênero feminino. Também, as C-J com um DC grave têm maior tendência a provocarem autoagressão e a manifestarem mais comportamentos estereotipados do que as C-J com um grau ligeiro / moderado de DC (McClintock, Hall, Oliver, 2003).

Contudo, a dificuldade em comparar estudos, devido à falta de dados consistentes, impedem de se verificar se as características descritas são encetadas exclusivamente por pessoas com comportamento desafiador ou se são representativas simplesmente da população de pessoas com DC. Urge, por conseguinte, a necessidade de investigar isoladamente todas as variáveis de comportamento desafiador tendo em conta a possibilidade de sobreposição das variáveis (McClintock, Hall, Oliver, 2003).

Recentemente, os estudos HBSC/WHO study de Matos & Equipa do projeto Aventura social (2003) mostraram que nos adolescentes com NEE prevaleciam mais sintomatologias psíquicas e psicológicas, pois eram mais frequentemente vítimas do bullying, sentiam-se mais tristes, além de andarem sozinhos na escola (Simões et.al., 2009).

O mesmo é concernente em relação às suas aspirações futuras, relativamente à educação e profissionalmente, após a saída da escola (Eccles & Gootman, 2002, cit. in Simões et.al., 2009).

Deve haver, conseqüentemente, uma interrelação positiva entre o desempenho escolar e os objetivos pessoais, perspectivada e defendida por vários autores (Simões et.al., 2009).

Baseado na investigação verifica-se que existem características nas C-J com DC relativas às atividades e à sua participação na escola, como autonomia, locus de controlo e empenho, fatores ambientais (adaptação ao meio, nas interações pessoais e no ambiente escolar). Não obstante toda a filosofia da inclusão, ainda subsistem fatores discriminatórios



por parte dos colegas, quando os alunos com DC passam muito tempo isolados, convivendo pouco com os colegas, pois não são totalmente aceites pelos seus pares (Tamm & Skar, 2000, cit. in Almqvist & Granlund, 2005).

Observa-se, contudo, que a maioria dos alunos com DC usufrui da escola pela motivação para o ensino e pela participação em atividades escolares e na sala de aula. Apesar dos défices significativos assinalados na aquisição de competências académicas, uma grande parte dos alunos com NEE recebem notas positivas. No entanto, à medida que progredem nos estudos verifica-se que enfrentam dificuldades mais acentuadas nas competências curriculares, em simultâneo com outros desafios inerentes à sua transição para a adolescência (Sabornie, 1994), cuja iminência pode levar C-J a tomar atitudes mais negativas em relação à escola. O absentismo entre este grupo de alunos permanece relativamente excessivo, agravando-se principalmente entre alunos com perturbações emocionais, lesões cerebrais traumáticas (Blackorby & Wagner, s/d).

Há um impacto psicológico que a longo prazo provoca condições de vida reduzidas, baixa autoestima, autoimagem depreciativa e autoavaliações afetadas nas pessoas com DC (Jahoda et al, 2006), ao reconhecerem que são tratados negativamente e de forma diferente (Dagnan, 2008). Dagnan (2008) refere que são experiências de vida marcantes e discriminatórias em relação às pessoas sem DC, apresentando, conseqüentemente, desvantagens no seu bem-estar emocional.

Porém, estas considerações são alvo de revisão e discussão constante (Beart, Hardy & Buchan, 2004), sendo, contudo, necessário efetuar pesquisas adicionais para esclarecimento de muitas questões relativas à problemática inerente a um DC, uma vez que o DC pode ter impacto na sua identidade. Quanto mais grave é o DC, designadamente se for profundo, maior é a probabilidade da C-J ter outras doenças neurológicas (ex. convulsões), neuromusculares, visuais, auditivas, cardiovasculares, entre outras (DSM-IV-TR, 2002).

As perturbações mentais estão frequentemente coligadas a outras perturbações (défice de atenção com hiperatividade, estado de humor, movimentos estereotipados, perturbações generalizadas do desenvolvimento mental e devidos a doença (ex. DC provocado por traumatismo craniano). Constatou-se, ainda, que as C-J com Trissomia 21 (T21) têm maior tendência a desenvolver doenças tipo Alzheimer, na idade adulta (DSM-IV-TR, 2002).

O DC, quando a problemática assume um caráter estático, é variável e influenciável pelos fatores ambientais, o que remete para que um DC não seja uma perturbação para toda a vida. Evidencia-se que os indivíduos com DC Ligeiro manifestam prioritariamente limitações de aprendizagem nas áreas curriculares académicas. Se se fizerem as intervenções adequadas e lhes dermos oportunidades de inserção escolar e social podem desenvolver, em outras atividades, competências adaptativas e deixarem de apresentar o grau de diagnóstico consignado num de DC (DSM-IV-TR, 2002).

### **1.3.2. Etiologia**

A etiologia do Défice Cognitivo está associado a diversas causas, resultantes de vários processos patológicos que, por sua vez, afetam o funcionamento global do sistema nervoso central. Ou seja, há inúmeras causas e fatores de risco que podem levar ao DC, ressalve-se, contudo, que nem sempre é possível determinar com exatidão a causa do DC. As causas principais do DC devem-se a fatores genéticos, perinatais (ocorridos durante a gestação e o parto) e pós-natais. É contudo importante referir que nenhuma causa, por si só, provoca DC, apesar de se constituírem fatores de risco (DSM-IV-TR, 2002).

Assim, é necessário atender a alguns sinais e características para que se conjete um diagnóstico de DC, mas geralmente a capacidade intelectual define-se pelo QI obtido pela aplicação individual de vários testes de inteligência padronizados (e.g. Wechsler Intelligence

Scales for Children-Revised, Stanford-Binet, Kaufman Assessment Battery for Children) (DSM-IV-TR, 2002).

Tendo por base os critérios definidos no DSM-IV (2002) os fatores etiológicos podem assumir primeiro características biológicas ou psicossociais, ou até a associação das duas. Deste modo, demarca-se que em cerca de 30-40 % dos indivíduos assistidos em centros clínicos é indeterminada a etiologia do DC, apesar das inúmeras investigações, nesse sentido. Pode-se, contudo, considerar alguns fatores principais indiciadores de um DC: a herança genética (aproximadamente 5 %); erros de metabolismo, entre outras anomalias de expressão variável e cromossômicas (ex. síndrome de X frágil). Os fatores genéticos, associados a cromossomas ou genes, são identificados e classificados em síndromes que podem ser hereditários (recessivos ou dominantes) ou associados à gametogénese, como no caso da Trissomia 21 (T21). Estas síndromes, não raras vezes, recebem o nome de seus identificadores (Síndrome de Down, Síndrome de Rett). As características físicas das C-J com DC ligeiro não se diferenciam significativamente das demais crianças. Excetua-se os casos de DC grave e profundo e os trissómicos (T21), não obstante o nível de funcionamento cognitivo não se manter sempre igual e definitivo em todos os casos.

Alterações do desenvolvimento embrionário (aproximadamente 30 %); afetado por toxinas (ex., consumo materno de álcool ou infeções).

Cerca de 10 % de problemas intrínsecos à própria gravidez e perinatais (prematuridade, hipóxia, malnutrição fetal, infeções provocadas por vírus, entre outros traumatismos). Se houver um diagnóstico correto das causas perinatais poder-se-á atenuar os sintomas (de carácter tóxico, traumático, ou infeccioso, originados por vírus) ou até evitar sequelas cerebrais. Muitas destas sequelas denominam-se como deformações congénitas. Quando o DC é originado por uma lesão do sistema nervoso central (SNC), a probabilidade de recuperar essas áreas lesadas é muito reduzida.

Cinco por cento em doenças adquiridas na infância (infecções, envenenamento e traumatismos); influências ambientais entre outras perturbações mentais (cerca de 15-20 %). As causas pós natais que mais sobressaem nesse período de desenvolvimento inicial são os traumatismos cranianos, as doenças infectocontagiosas e as síndromes de abandono, maltratos, carências nutricionais e perturbações no metabolismo.

Associados a estes fatores estão implícitas outras variáveis, a privação da estimulação social e linguística, assim como as perturbações mentais graves (ex., perturbação do autista). Atesta-se, deste modo, que a causa da etiologia do DC é heterogénea, isto é, não se verifica um padrão habitual a aplicar à generalidade do DC. Refira-se, ainda, que os casos de DC Ligeiro através de programas educativos individuais especializados e adequados ao perfil de funcionalidade do aluno podem atenuar significativamente essas limitações (DSM-IV-TR, 2002).

O DC caracteriza-se por uma capacidade cognitiva substancialmente inferior à média, com um QI aproximadamente de 70 ou inferior. Segundo a CID-10 esses níveis diferem de acordo com processos quantitativos de pontuação: entre 50 e 69, Défice Cognitivo Ligeiro (DCL); entre 35 e 49, DC moderado (DCM); entre 20 e 34, DC grave (DCG) e DC profundo, inferior a 20. Na maioria dos casos de DC, especialmente os de níveis Ligeiro e Moderado, é difícil reconhecer as causas.

### **1.3.3. Prevalência**

A prevalência das NEE aumentou consideravelmente nos últimos 20 anos. Contudo, a prevalência do DC está sujeita a alguma controvérsia devido a uma indefinição consensual e respetivos critérios de identificação de DC (Lyon,1996).

De acordo com alguns investigadores, a taxa de prevalência reconhecida atualmente de 5%, não é fiável, pois há vários argumentos para não se poder determinar corretamente a prevalência do DC (Lyon, 1996). Numa perspetiva positiva verifica-se que o aumento das taxas de identificação inclui uma melhor investigação na definição de deficiência e problemáticas inerentes. Sob o ponto de vista mais negativo é o de se fazer uma triagem em definições superficiais de DA e de DC, com a agravante de se identificar alunos para a educação especial sem atender a todos os fatores ambientais proporcionadores desse dificuldade que em nada tem a ver com DC. Há autores, com uma vertente mais sociológica, que defendem a prevalência dos fatores constituintes da DC estreitamente relacionados com causas ambientais, enquanto os autores sociológicos, prevalecem as causas associadas a falta de estímulos em épocas cruciais da vida do ser humano. Também a inadequada preparação de professores em deficiências, na sua formação base nas universidades, contribuem para o aumento de alunos, sem qualquer necessidade de intervenção da educação especial (Lyon, 1996).

A taxa de prevalência da DM foi estimada em aproximadamente 1% (DSM-IV-TR, 2002). Segundo a Organização Mundial de Saúde, 10% da população em países de desenvolvidos é portadora de algum tipo de deficiência, sendo que 5% tem DM, independentemente de particularidades educacionais, raciais, étnicas ou económicas/sociais.

O défice cognitivo ocorre em 2,5-3% da população geral, independentemente de particularidades educacionais, raciais, étnicas ou económicas/sociais. O mesmo princípio se aplica aos alunos com NEE de carácter permanente, cuja taxa de prevalência, segundo os estudos mais recentes, é cerca de 1,8% (DGIDC, 2008).

A prevalência do DC, devido a alguns fatores biológicos mais conhecidos, é idêntica em C-J de níveis socioeconómicos altos e baixos, salve-se, contudo, que alguns desses fatores etiológicos reportam-se a um status socioeconómico inferior. Pensa-se, contudo, que o

funcionamento adaptativo da pessoa com DC está dependente dos vários fatores interventivos (educação, motivação, características pessoais, treino constante, oportunidades sociais /profissionais, necessidades práticas e condições médicas gerais) capazes de influenciar essa capacidade de adaptação do indivíduo com DC. Sabe-se também que o DC tem maior prevalência em homens, sendo a proporção homem/mulher de sensivelmente 1,5:1 (DSM-IV-TR, 2002).

Estudos diferenciados fixaram diferentes taxas em função das definições utilizadas, dos métodos avaliativos e da população em estudo (DSM-IV-TR, 2002). Deste modo, aproximadamente 87% dos portadores de DC tem limitações leves das capacidades cognitivas e adaptativas, podendo a maioria levar uma vida autónoma e independente, com integração social bastante satisfatória. Os outros 13% podem apresentar limitações acentuadas que, com intervenções sociais positivas, facilmente poderão integrar-se na sociedade.

Mais de 100 000 crianças recentemente nascidas têm possibilidades de evidenciar DC, segundo a Associação Americana de Deficiência Mental (AAMR) (2004). Batshaw (1991) considera, segundo estatísticas existentes, que uma em cada dez famílias apresenta um caso de deficiência mental.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), 10% da população em países de desenvolvidos são portadores de algum tipo de deficiência, sendo que 5% são portadores de DC. Conforme o relatório da ONU a percentagem de C-J que evidenciam DC oscila entre 4,6%, nos países em desenvolvimento e entre 0,5 e 2,5% nos países desenvolvidos (Relatório da ONU sobre Doenças Mentais). Verifica-se, por conseguinte, que o número de pessoas com DC está equiparado, segundo cálculos de estudiosos, ao grau de desenvolvimento do país em que estão inseridos. Esta diferenciação tão acentuada demonstra a importância dos cuidados de saúde e materno infantil, das intervenções precoces junto das famílias e concernentes

intervenções sociais, em alguns casos específicos, na prevenção da percentagem de nascimentos de crianças com DC.

O Comité Presidencial para a Deficiência Mental refere que 75% da população que apresenta DC é oriunda de zonas urbanas e rurais pobres. A taxa de prevalência global em estudos de McLaren & Bryson (1987); Roeleveld et al. (1997) é consistente com os resultados de pesquisas anteriores e observam que há aumento na prevalência de DC entre as C-J mais velhas e entre crianças criadas em condições de desigualdade social.

A escassez de estudos, a falta de dados sobre a incidência e a prevalência metodologicamente direcionados para comportamentos manifestados por indivíduos com DC, de acordo com os estudos de McClintock, Hall, Oliver (2003), impede uma análise quantitativa de diferenças estudo. Há pouca consistência entre as definições utilizadas, as estratégias de identificação de participantes e o método de avaliar as características do comportamento (idem). Também para a prevalência dos transtornos psiquiátricos entre crianças e adolescentes com e sem DC se verifica que há poucos estudos.

Em qualquer diagnóstico do ICID-10 na perturbação da conduta, do desenvolvimento, distúrbio de ansiedade, entre outras perturbações, a prevalência foi significativamente maior entre as crianças com DC do que entre os seus pares sem deficiência (Dykens, 2000, cit. in Emerson, 2003). Relativamente à prevalência de perturbações depressivas ou transtornos alimentares, entre crianças com e sem DC, não houve registo significativo de diferenças (Emerson, 2003).

Há contudo fatores estritamente relacionados com o aumento de psicopatologias entre C-J com DC, considerado um grupo de risco de perturbações psiquiátricas. De entre esses fatores destacam-se a idade, o sexo, a composição e funcionamento familiar, situações sociais e pessoais potencialmente stressantes, a saúde mental de quem cuida da C-J, assim

como a gestão das suas rotinas. São necessários serviços de apoio não só à C-J mas também à família que os acolhe (Emerson, 2003).

Com NEE, nomeadamente DA, a percentagem dos alunos das escolas públicas oscilam entre os 5%. Porém, tem-se verificado um aumento da prevalência nas DA, nos últimos 20 anos, que de acordo com Lyon (1996) se deve à falta de consenso na definição de critérios na DA, delimitando a taxa de prevalência, como atualmente é conhecida.

Este aumento está, conseqüentemente, associado à imprecisão da conceptualização de DA, à facilidade com que são referenciados para a educação especial e à falta de formação de base em NEE nas universidades (Lyon, 1996).

#### **1.3.4. Classificação de Défice Cognitivo (DC)**

Gispert (1997), apesar de atribuir uma falibilidade de tipo médio aos testes psicométricos utilizados para quantificar a inteligência, considera -os úteis e necessárias. Utiliza-se o teste individual de inteligência.

A partir de códigos diagnósticos específicos é que se determina a gravidade do DC. As metodologias aplicadas para definir a gravidade dos graus de atraso cognitivo diferem tenuemente de um sistema para o outro.

Os instrumentos de avaliação selecionados para interpretar os resultados devem considerar as condições que delimitam a aplicação dos mesmos, atendendo à origem sociocultural, língua materna e às incapacidades sensoriais, comunicativas e motoras associadas (DSM-IV-TR, 2002).

Em 1980, a OMS, para uma compreensão global das deficiências em geral, sugeriu três aceções: deficiência, incapacidade e desvantagem social. Revista e reeditada, em 2001, acrescentou-se que o funcionamento global da pessoa com deficiência estava concernente



com os fatores contextuais, daí a importância da estimulação no meio ambiente onde o se desenvolve numa perspectiva multidimensional (Gomes, Fernandes, Batista, Salustiano, Mantoan, Figueiredo, 2007).

A Associação Americana de Deficiência Mental (AAMR) (2004) estabelece quatro dimensões para avaliação do DC: capacidade intelectual e competências de adaptação; fatores psicológicos e emocionais; fatores fisiológicos, etiológicos e de saúde; e fatores ambientais.

Para tal, perspectiva-se a necessidade de descrição global da pessoa com deficiência mental, analisando-a relativamente a outras condições possíveis de deficiência, entre outros fatores endógenos (potencialidades e limitações nos aspetos físicos, psicológicos, emocionais, saúde) e exógenos (características dos ambientes que o indivíduo frequenta habitualmente - casa, escola/trabalho, e comunidade) que, por sua vez, possam ser passíveis de ajuda/acessibilidades ou, por outro lado, ser impeditivo do desenvolvimento da pessoa portadora de deficiência.

Contrariamente ao que se defendeu até sensivelmente meados do séc. XX (diagnóstico do DC baseado nos valores do QI) atualmente entende-se DC não só como um défice intelectual, mas também adaptativo. No DC, a capacidade de adaptação do sujeito ao meio envolvente e ao outro é o elemento mais referenciador da normalidade. Contudo, é a capacidade de adaptação que melhor determina o nível de DC, pelo que as questões mensuráveis de QI deveriam ser delegadas para segundo plano. O funcionamento adaptativo reporta-se à forma como os indivíduos enfrentam as exigências inerentes ao seu quotidiano e respetiva capacidade de autonomia, consoante o nível etário, origem sociocultural e comunidade a que pertence. A capacidade adaptativa pode, ainda, ser influenciada por fatores diferenciados, como características da personalidade, escolares, motivação, oportunidades socioprofissionais (DSM-IV-TR, 2002).

É importante reconhecer provas relacionadas com os défices da capacidade adaptativa, a partir de várias fontes de informação independentes, mas fiáveis (ex. avaliação médica, evolução académica) e a partir de escalas de mensuração do comportamento adaptativo, em áreas distintas (ex. Vineland Adaptive Behavior Scales e a American Association on Mental Retardation Adaptive Behavior Scales) (DSM-IV-TR, 2002).

Tal como para avaliar a capacidade intelectual, também na avaliação da capacidade adaptativa deve considerar-se a proficiência do instrumento de acordo com o nível sociocultural, educação, motivação, entre outras possíveis incapacidades aliadas, como a cooperação, do indivíduo com DC. Perante um indivíduo com consideráveis incapacidades (ex. dependência, passividade) algumas normas de uma escala adaptativa poderão ser invalidadas (DSM-IV-TR, 2002).

Atendendo ao QI, existem cinco graus de gravidade de DC propostos pela Associação Americana de Deficiência Mental (2004), pela DSM-IV-TR (2002) e pela Organização Mundial de Saúde, também preconizados por Gispert (1997):

As crianças com QI entre 69 e 84 têm dificuldades de aprendizagem DA, mas não DC, considerada deficiência limite ou borderline. As suas dificuldades apenas são evidenciadas na escola, podendo estas estarem inerentes à proveniência dos alunos de meios socioculturais desfavorecidos. Com a aplicação das respostas educativas adequadas as C-J têm a possibilidade de concluir a escolaridade obrigatória e atuarem, pessoal e socialmente, dentro dos parâmetros culturais padronizados.

Atualmente, para se proceder ao diagnóstico de DM, também devem ser preenchidos critérios descritos no DSM-IV. O DSM-IV-TR (2002) refere que o DC não deve ser diagnosticado num indivíduo com um QI inferior a 70, à exceção de evidenciar défices significativos ou insuficiências concomitantes no funcionamento adaptativo, no que concerne à eficácia do sujeito em corresponder aos padrões esperados para o seu grupo etário e pelo

seu grupo cultural, em pelo menos duas das seguintes áreas: comunicação, autocuidados, vida familiar, aptidões sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, autocontrole, aptidões escolares funcionais, trabalho, ócio, saúde e segurança.

1-Défice Cognitivo Leve ou Ligeiro (QI 52-68). Com QI entre 52 e 68, são consideradas como portadoras de DC Ligeiro (DCL) devendo beneficiar de educação e apoio pedagógico personalizado. É, prioritariamente, na escola que são detetadas as suas limitações cognitivas.

São considerados pedagogicamente educáveis, podendo completar os estudos do secundário. Apresentam dificuldades de aprendizagem e revelam dificuldade na aquisição de conceitos académicos, porém possuem capacidades básicas para agirem positivamente no seu quotidiano, podendo mesmo desempenharem uma situação profissional regular, com tutela. Geralmente não apresentam problemas de adaptação ao ambiente familiar e social.

As principais características que manifestam situam-se a nível comportamental (imaturidade, impulsividade, falta de autonomia); cognitivo (raciocínio específico, incapacidade para generalizações; pouca capacidade de avaliação crítica); de comunicação e de adaptação social (relacionamentos interpessoais e sociais restritos, dificuldade de adaptação a situações novas...). Revelam incapacidades mínimas nas áreas sensoriais/motoras e dificilmente se diferenciam das restantes crianças até idades posteriores. Durante a vida adulta poderão adquirir competências sociais e vocacionais adequadas a uma autonomia mínima, podendo, todavia, carecer de apoio, orientação e assistência quando estão sob stress social ou económico, fora do que é considerado habitual. Com ajudas terapêuticas e apoios adequados pode-se melhorar as dificuldades de adaptação do indivíduo com DC ao meio.

2- Défice cognitivo Moderado ou Médio (QI 36-51). Crianças com QI entre 36 e 51 já são diagnosticadas com um DC moderado. Possuem limitações de comunicação (fala e

linguagem) e de percepção social, todavia, podem desenvolver competências sociais e laborais. Revelam dificuldade na aprendizagem dos processos de automatização da leitura, escrita e apresentam discalculia. Equivale à categoria pedagógica de “treinável”, devendo beneficiar de programas educativos. Necessitam de supervisão na execução das atividades e com algum empenho podem aprender a sustentar-se, desde que realizem trabalhos acessíveis ou com monitorização, no entanto é pouco provável que atinjam um nível elevado de estudos, atingindo competências escolares, quase sempre, ao nível do 1.º ciclo. Têm como principais características a capacidade comunicativa, embora possam ter dificuldades na linguagem recetiva e compreensiva dos convencionalismos sociais. Podem aprender algumas competências sociais e adquirir rotinas de autonomia pessoal e social; têm boa coordenação muscular; necessitam de ajuda em situações de stresse e carecem de programas específicos de intervenção.

Durante a adolescência as suas dificuldades em reconhecer normas e valores sociais podem interferir com os relacionamentos interpessoais com outros adolescentes.

Na idade adulta são, na maior parte das vezes, capazes de realizarem trabalhos não qualificados ou semiquilificados, apesar de carecerem de constante supervisão.

3- Défice Cognitivo Grave (Q I 20-35). As crianças com um QI situado entre os 20 e 35 apresentam dificuldades de aprendizagem acentuadas e são consideradas portadoras de um DC grave. Têm como principais características: pouca autonomia, a nível social e pessoal, podem aprender a falar e comunicar, no entanto a sua linguagem oral é muito deficitária, podendo, contudo, recorrer a um sistema de comunicação alternativo para estabelecer comunicação; podem desenvolver algumas capacidades; têm pouca ou nenhuma capacidade expressiva; apresentam problemas psicomotores graves com coordenação muscular reduzida; podem aprender atividades de vida diária (AVD) muito simples. Para o progresso de algumas competências, beneficiam de um programa específico de desenvolvimento, com

competências acadêmicas funcionais. Podem recorrer a sistemas alternativos de comunicação para aprender algumas competências de literacia, como a aprendizagem de leitura global de alguns vocábulos imprescindíveis para a sua vida quotidiana.

Em adultos podem ter capacidade para realizar algumas tarefas simples, desde que supervisionados em instituições, adaptando-se facilmente à vida em família ou comunitária, exceto se sofrerem de alguma incapacidade social, a requerer cuidados interventivos.

4- Défice Cognitivo Profundo (QI inferior a 20). Com um Q.I. de 19 ou inferior, a criança é considerada portadora de deficiência profunda. Principais características: é limitada e apresenta disfuncionalidade em muitas funções do corpo. Possuem problemas neurológicos identificados que explicam o seu DC. Apresentam grandes problemas neuromusculares, com restrição na atividade e participação, de acordo com o contexto social que interage e graves limitações de comunicação com o meio. Nos primeiros anos da infância desenvolvem graves alterações do funcionamento sensorio/motor. Necessitam de cuidados especiais na aquisição e desenvolvimento de competências, pela estimulação contínua. São dependentes dos outros na maioria das atividades, podendo, excepcionalmente, ter alguma autonomia de deslocação, ainda que com ajuda. Têm uma esperança de vida curta.

5- Défice Cognitivo de gravidade não especificada. Neste diagnóstico de DC, apenas deve ser aplicado quando estamos perante um evidente DC, no entanto, ao indivíduo a avaliar não é possível aplicar-lhe os testes de inteligência habituais. As características definem-se pelas excessivas insuficiências ou falta de cooperação das C-J ou adultos, impossibilitando a sua avaliação. Podem ainda ocorrer nos casos de crianças consideradas intelectualmente abaixo das medidas preconizadas nas classificações e graus de gravidade anteriores. Geralmente quanto menos idade tiver uma criança mais dificultada fica a avaliação do DC.

Existem, mesmo assim, testes disponíveis (ex. Bayley Scales of Infant Development, Cattell Infant Intelligence Scales, entre outros) não facultando, porém, valores de QI.

As deficiências evidenciam problemas nas funções ou estruturas do corpo e podem ser temporárias ou permanentes; progressivas, regressivas ou estáveis; intermitentes ou contínuas (Ministério da Educação, 2008).

O conceito de inteligência é bastante complexo, conseqüentemente a sua avaliação também. Como acabamos de ver O DSM-IV-TR (2002) define três critérios para fins de diagnósticos: funcionamento intelectual claramente inferior à média; QI com limitações significativas no funcionamento adaptativo do indivíduo; manifestação dos sintomas anteriores precedentemente dos 18 anos.

Atualmente, para se proceder ao diagnóstico de DM, devem ser preenchidos os seguintes critérios, tal como vêm descritos no DSM-IV-TR (2002).

Tabela 1:

*Gráus de gravidade da Deficiência Mental (DSM-IV-TR)*

	Em função da gravidade
Leve/Ligeira	50 – 55 e aproximadamente 70
Moderada	35 – 40 e 50 – 55
Grave	20 – 25 e 35 – 40
Profunda	QI inferior a 20

DSM-IV-TR (2002).

O Sistema de Classificação apresenta diferenças significativas relativamente ao anterior sistema da AAMD, de Grossman, 1983, porque pressupõe a utilização de um código diagnóstico, tendo em conta a descrição das potencialidades e limitações do indivíduo, nas dimensões psicológicas, físicas e ambientais; e ainda no desenvolvimento de uma série de apoios necessários. Permite a análise pormenorizada do indivíduo e de cada uma das áreas

em que podem existir necessidades, facilitando a intervenção. Por outro lado, permite descrever e valorizar as competências do indivíduo como consequência do desenvolvimento pessoal, e da interação com o ambiente (família, escola, comunidade...), proporcionando aos indivíduos serviços e apoios que aumentarão as oportunidades de levar uma vida satisfatória, contribuindo assim para as possibilidades de crescimento e desenvolvimento do sujeito. Em relação à definição, classificação e atendimento de indivíduos com DC, esta nova concepção enquadra-se numa perspetiva multidimensional e individualizada, pressupondo a existência de uma equipa multidisciplinar (cit. in Miranda, 2006).

É necessário determinar o tipo e a intensidade dos apoios de que a C-J com DC necessita, baseado no QI e nos graus de deficiência. Para tal, é indispensável analisar os fatores ambientais e os prováveis sistemas de apoio, para que se possam suprir algumas carências existentes (cit. in Miranda, 2006).

#### **1.4.- Bem-Estar Subjetivo em C-J com Défice Cognitivo**

Atinente à população com deficiência ainda existem poucos estudos relativamente ao seu bem-estar subjetivo e aos fatores que o confinam, não obstante terem emergido vários estudos de investigação elencados para as diversas áreas da deficiência (Marques, 2005, Sheehy & Nind, 2005).

Nem sempre a literatura concernente ao estudo das crianças e jovens (C-J) com NEE foi clarificadora, quer pela ausência de estudos quer pela quantidade de estudos de casos individuais efetuados. O conceito de BE surge frequentemente associado ao conceito de Saúde, generalizando-se à Saúde Mental (Terris, 1975; O'Donnel, 1986, cit.in Galinha & Ribeiro, 2005).

Muitas vezes essas necessidades latentes de saúde mental em C-J são pouco aprofundadas pelos estudos de investigação, impedindo que sejam reconhecidas ou satisfeitas (Sheehy & Nind, 2005).

Concernente ao estudo das C-J com um desenvolvimento típico verifica-se um crescente interesse de estudo, embora muito mais seja necessário aprofundar, contrariamente ao estudo do desenvolvimento de crianças vulneráveis, com dificuldades no processo de funcionamento adaptativo ou com deficiências (Fenning, Baker & Juvonen, 2011).

Confirma-se que a psicologia tem manifestado mais interesse nas patologias destas C-J, remetendo para segundo plano o bem-estar psicológico, de cariz hedónico (Arocena, Lucero, Muñiz, 2005).

A emergência de estudo nos indivíduos com Défice Cognitivo (DC) revela-se, por conseguinte, uma área relevante (Cummins, 2001; Gregory, Robertson, Kessissoglou, Emerson & Hatton, 2001; Hensel, Rose, Kroese & Banks-Smith, 2002; Lunsky & Benson, 2001; Seltzer & Krauss, 2001; Stancliffe, 1999; Verri et al., 1999; Wehmeyer & Bolding, 2001, cit. in McIntyre, Kraemer, Blacher, Simmerman, 2004).

É um facto que cada vez mais as pessoas portadoras de incapacidades participam na sociedade em que vivem, têm direitos consignados na legislação vigente, consubstanciados em termos de integração ou inclusão, mas o que se verifica é que o bem-estar não é entendido como uma necessidade igual aos demais cidadãos sem NEE (Marques, 2005).

Os conceitos de integração e inclusão são um imperativo para o bem-estar das C-J com NEE, porém e apesar da vulgarização do conceito, na realidade a pessoa portadora de Deficiência Mental é menosprezada, sobrevalorizando apenas as limitações, não considerando as suas capacidades, necessidades nem sentimentos. Na construção do bem-estar pessoal, uma autoimagem e uma autoestima positivas dependem dos fatores ambientais



que permitam desenvolver essas aprendizagens, independentemente da limitação que possua (Marques, 2005).

A adolescência é um período de desenvolvimento de grandes mudanças e desafios principalmente para os jovens portadores de deficiências com NEE (Simões, Matos, Tomé, Ferreira, 2010).

O autoconceito físico está intrinsecamente interligado ao bem-estar pessoal, social e psicológico de qualquer indivíduo, porém é no decorrer da adolescência e da juventude que mais acentuadamente se manifesta, apesar de não existirem dados empíricos que atestem a relação entre esses dois construtos, sendo que os poucos que existem ainda apresentem resultados contraditórios, de acordo com Grandmontagne, Fernández e Garcia (2004). Deste modo, tendo por base a opinião dos mesmos autores, o autoconceito positivo acentua a satisfação pessoal, mas também a convivência em sociedade, cujo estudo do autoconceito, iniciado em meados dos anos setenta, deixou de ser unidimensional e global para incidir em outras dimensões mais específicas, num conjunto integrado e interligado de diferentes domínios pessoais (escolar, pessoal, físico, social...) e que contribuem para o bem-estar pessoal.

Segundo o artigo de Blanco e Diaz (2005) relacionado com o conceito de bem-estar social, que envolvia uma metanálise de vários estudos direcionados para alunos com dificuldades de aprendizagem (DA), deficiência mental ligeira (DML) e dificuldades comportamentais /emocionais (DC/E), constatou-se que há diferenças significativas de QI e de rendimento académico, consoante os diferentes domínios dos diferentes alunos envolvidos nos estudos, embora havendo menos disparidade de QI entre alunos com DA e alterações emocionais / comportamentais, mas maiores nos fatores comportamentais.

O BE nos grupos minoritários é geralmente reduzido devido a problemas de saúde que lhes estão associados, entre outros problemas do foro socioeconómico/cultural/étnico,

educativo, práticas de racismo e segregação, nas acessibilidades e expectativas no futuro (Martins & Silva, 2000; Teixeira, 2000, cit. in Gaspar, 2008).

Para Gaspar (2008) na intervenção junto destes grupos minoritários dever-se-á ter em consideração que as C-J revelam dificuldades em gerir conflitos e lidar com o stress, a ansiedade, nos relacionamentos interpessoais com o outro sexo, entre outros aspetos complicados que atravessam neste período do crescimento. Por vezes, os estados depressivos são uma constante, culminando em perturbações físicas e mentais ou levam ao consumo de substâncias prejudiciais ao organismo.

As estratégias interventivas na promoção do bem-estar dos adolescentes devem impulsionar alternativas a estes desafios, principalmente quando os fatores ambientais e socioeconómicos possam ser fatores negativos na construção das competências pessoais e sociais e faltas de expectativas de futuro (Hamburg, 1999; Matos, 2005, cit. in Gaspar, 2008).

#### **1.4.1 Satisfação com a vida**

Há poucos estudos replicados e direcionados para o BES, de acordo com a satisfação que as pessoas têm pela sua vida, tendo como público-alvo, grupos específicos, portadores de deficiência com NEE. Esta evidência contrasta com os vários estudos aplicados a pessoas sem NEE (Arocena, Lucero, Muñiz, 2005).

A relação bidirecional entre SV e envolvimento cognitivo da C-J com DC foi confirmada, no entanto isso não significa que exista relação entre SV e o envolvimento emocional/comportamental do aluno (Lewis, Huebner, Malone, Valois, 2010).

O mesmo se verifica no comportamento adaptativo, apesar das situações stressantes, estes indivíduos mantém autoestima elevada e satisfação com a vida (Howard & Medway, 2004). Comportamento adaptativo positivo, refere-se por exemplo, a situações de apoio social

e de humor. Quando os indivíduos não se adaptam recorrem, frequentemente, a comportamentos agressivos e/ou ao abuso de substâncias ilícitas (Carver, 1997, cit.in Yampolsky, Wittich, Webb & Overbury, 2008).

A aplicação de um modelo para validar valores ou sentimentos de satisfação em pessoas com DC grave é limitado, provavelmente por não se obter respostas concludentes acerca da sua satisfação com a QV, com dificuldades acrescidas na compreensão, expressão e interpretação, cuja complicação está inerente à validade das questões (Sigelman et al 1981; Antaki & Rapley 1996, cit. in Felce, 1997).

Há muito a ganhar com a opinião das pessoas com DC, porém não deve ser descurada a contribuição de indicadores objetivos de acordo com os interesses dos grupos vulneráveis ou desvalorizados em sociedade. É difícil medir a QV em C-J com DC, todavia o conceito de QV deve ser aplicado a todos, como uma população total, até para permitir refletir se as condições e satisfação de vida nos vários domínios são típicas de um padrão geral ou específico de um grupo significativamente diferente. A Política social exerce, neste sentido, uma importância fulcral de modo a responder às desigualdades flagrantes (Felce, 1997).

#### **1.4.2. Tonalidade Emocional**

As C-J em desenvolvimento com DC apresentam variações significativas, cujas limitações emocionais implicam perdas sociais, relativamente ao seu funcionamento social (Reiss, Levitan & Szyszko, 1982, cit.in Fenning, Baker & Juvonen, 2011). Podem ter desvantagens na autopromoção de estratégias pró-sociais, com tendência a provocar situações desadequadas.

As crianças com DC são inconstantes no funcionamento social. Pensa-se que as diferenças particulares, neste grupo com limitações cognitivas, estejam relacionadas com o

funcionamento emocional das crianças, inerentes aos atrasos do desenvolvimento cognitivo e, conseqüentemente, sejam responsáveis por perdas sociais (Fenning, Baker & Juvonen, 2011).

As necessidades emocionais das pessoas com DC têm sido negligenciadas. Além dos problemas de saúde, as C-J com DC manifestam dificuldades em estabelecer comunicação e em formar ligações seguras com os pares e pessoas que cuidam delas (De Scipper et al, 2006, cit.in Dagnan, 2008). Por outro lado, devido às limitações apresentadas, nem sempre tem sido possível falar com eles relativamente a questões de saúde mental. Daí o seu bem-estar emocional não se apresentar como prioritário no financiamento e nas investigações realizadas (Sheehy & Nind, 2005).

Destaque, ainda, para as dificuldades que as crianças com DC apresentam em estabelecer um romance social (Fenning, Baker & Juvonen, 2011).

As C-J que estabelecem boas relações com os seus pais adquirem maiores competências socioemocionais, assim como possuem maiores estratégias de resolução de problemas, com capacidade de adaptação a novas competências sociais, em situações complexas sociais (Fenning, Baker & Juvonen, 2011).

Fenning, Baker, and Juvonen, (2011), num estudo direcionado para a compreensão das emoções a nível sociocognitivo entre pais e filhos com DC, evidenciaram que, na resolução de problemas sociais, as relações interpessoais bem-sucedida e as competências sociais inerentes às C-J são determinantes para o seu desenvolvimento. Contudo, a instabilidade emocional está associada a competências sociais distintas entre C-J com DC, a comportamentos de externalização e conflito interpares (Dekovic & Gerris, 1994; Denham et al, 2002).

Da investigação médica e psicológica surgiu um novo paradigma de saúde, numa abordagem biopsicossocial, que inclui fatores biológicos (predisposição genética, sexo, idade,

etc.), comportamentais (estilo de vida, stress, crenças de saúde) e sociais (família, escola, suporte social, cultura, comunidade) (WHO, 1999, cit.in Gaspar, 2008).

A escola apresenta-se como o melhor dos locais para a promoção da saúde e, conseqüentemente, para o desenvolvimento do BE psicossocial das C-J (GTES, 2005; 2007, Matos, cit.in 2010). Neste contexto educativo dever-se -á desenvolver estratégias pessoais e sociais de adaptação à escola, na gestão de conflitos, pela regulação comportamental, e possibilitar o sucesso escolar (Frydenberg, 2008). Verifica-se que os alunos com insucesso escolar são os que revelam mais comportamentos antissociais, como nos demonstram os estudos de Roth e Brooks- Gunn (2000, cit.in Matos, 2010).

Apesar dos avanços dos estudos na previsão do papel da cognição social nos resultados psicossociais de crianças, pouco se sabe sobre o desenvolvimento dessas competências, particularmente na infância (Fenning, Baker & Juvonen, 2011).

#### **1.4.3. Satisfação com o suporte social**

Numa abordagem de desenvolvimento, considera-se a possibilidade das C-J com DC poderem experimentar processos semelhantes aos dos seus pares em relação ao apoio social e bem-estar (Seltzer et al., 1996). Perspetiva-se que as pessoas com DC sejam o mais autonomamente nos autocuidados, em relação aos outros e nas suas atividades diárias (Carlsson-Agren, Berg & Wenestam, 1992, cit. in Rimmerman, Muraver, 2001).

No desenvolvimento do apoio social é necessário implementar estratégias diversificadas de modo a responder assertivamente às necessidades individuais da C-J com deficiência, para atenuar o encargo diário dos encarregados de educação (Mugno, et al., 2007). Paralelamente, são necessários programas de apoio psicossocial às especificidades da

problemática inerente às necessidades especiais das crianças e respetivas famílias (Health e Qualidade de Vida Outcomes, 2007, cit. in Mugno, Ruta, D'Arrigo, & Luigi, 2007).

Taylor, Way & Seeman (2011) traçaram esses percursos analisando o status socioeconómico da família, o meio ambiente e a predisposição genética no funcionamento socioemocional, na primeira infância. A perturbação psicológica e os sistemas de grande stress poderão culminar em situações de risco, em termos de saúde física e mental. A base da saúde do adulto é definida nesta fase do ser humano.

O impacto das experiências na primeira infância tem reflexos na saúde do adulto e ilustra a importância da compreensão do desenvolvimento da psicopatologia global (cf. benefício das afeições/carinho no início da vida na regulação do funcionamento dos sistemas biológicos de stress e da saúde, em geral, Cicchetti & Rogosch, 2001; Cicchetti, Rogosch, Gunnar & Toth, cit.in Taylor, Way & Seeman, 2011).

São os pais ou encarregados de educação quem melhor podem apresentar ou ajudar a interpretar questões relevantes e fundamentais para compreender as necessidades substanciais das C-J com DC. Este grupo minoritário, caracterizado, ainda por falta de poder e baixo status social, carece de serviços especializados, verificando-se poucos avanços no sentido de o beneficiar (Irvine 1998; & Samuel Maggs 1998, cit.in Sheehy & Nind, 2005).

Ferguson et al. (1998) refere que o processo de transição para a vida ativa é desgastante para as famílias e moroso por causa dos serviços escassos descoordenados (cit. in Eisenhower, & Blacher, 2006). Neste sentido, o apoio social é imprescindível ao seu bem-estar, na promoção de maior satisfação com a vida, uma vez que a depressão entre famílias de indivíduos com DC está relacionada com a escassez de apoio social, bem como a incapacidade de saber gerir o stress diário (Lubben, 1988, Rimmerman & Muraver, 2001). O apoio instrumental e emocional contribui, deste modo, para maior satisfação de vida (Lubben, 1988, cit.in Rimmerman & Muraver, 2001). Baseado em modelos de stress, Krauss et al.

(1992) defendem que uma C-J com DC, a residir com os pais, exerce uma dependência contínua sobre estes na supervisão, nos cuidados pessoais sobre o filho com DC, no apoio financeiro e apoio social.

Este modelo vem confirmar a maioria das pesquisas anteriores relativas à consequência do stress familiar crónico com indivíduos de DC e respetiva monitorização por parte dos adultos e dos apoios financeiro/social. Biegel et al, (1991), Townsend et al, (1989) defendem que a experiência de cuidar de um filho com DC tem a ambiguidade de poder ser stressante, mas também gratificante (cit.in Rimmerman & Muraver, 2001).

Há evidências que comprovam que o stress parental não é provocado pela deficiência em si, mas devido aos problemas comportamentais implícitos à deficiência (Baker et al 2003; Glidden & Schoolcraft, 2007, cit in Glidden, Bamberger, Turek & Hill, 2009; Fenning, Baker & Juvonen, 2011).

Glidden & Schoolcraft, 2003; Glidden & Jobe (2006) relatam a influência que a personalidade dos pais pode exercer na educação dos filhos com DC, sobre a depressão, o bem-estar subjetivo e relativa a preocupações inerentes à transição da C-J com DC para o mundo adulto (Jobe & Glidden, 2008, cit. in Glidden, Bamberger, Turek & Hill, 2009).

As C-J educadas em ambientes familiares de pobreza ou em instituições sociais devem ser submetidas, o mais precocemente, a programas de intervenção especializada e personalizada, no sentido de colmatar lacunas inerentes a esses fatores ambientais, ao nível da comunicação, cognição e comportamento social (Glidden, Bamberger, Turek & Hill, 2009).

Rimmerman & Muraver (2001) evidenciaram que as mães idosas de C-J com DC, apesar dos vários desafios e responsabilidades inerentes a esse convívio e a acontecimentos indesejados, stressantes, no seu contexto de vida diária, nem por isso receberam menos apoio de retorno dos seus familiares com DC, mas tiveram significativamente mais dificuldades no

seu quotidiano, comparativamente a outras mulheres idosas que não tiveram filhos adultos com DC. Não houve, contudo, diferenciação relativa às atividades de vida diária, social nem de apoio e bem-estar (Rimmerman & Muraver, 2001).

Para Magaña et al., (2002) os preditores de sintomas depressivos, atendendo à diversidade dos fatores sociodemográficos e étnicos, demonstrando que as mães com mais problemas familiares apresentavam maiores sintomatologias de mais estados depressivos e excesso de trabalho. Ressaltam, ainda, a importância da situação socioeconômica como determinante para o bem-estar materno e familiar. Em situações de sobrecarga, num contexto da prestação de cuidados a filhos com DC, a situação de BE familiar fica dificultada.

As mães de famílias que apresentam mais problemas apresentavam níveis mais elevados de sintomas depressivos, acrescidos de uma normativa não desafiante perante a paternidade, em algumas situações, o que condiciona ainda mais o seu BES (Magaña et al., 2002).

Glidden et al., (2009) consideram que as mães com caráter mais positivo influenciam e interagem mais positivamente com as suas crianças. Quando as crianças nascem em ambientes desfavorecidos há desvantagem relativamente ao desenvolvimento das crianças, com influência no processo de aquisição da linguagem, cognição e comportamento social (Glidden, Bamberger, Turek & Hill, 2009).

Estas alterações individuais podem conduzir a um desajuste psicossocial e alterar o bem-estar emocional. O estabelecimento de relações interpessoais e respetivo apoio promove satisfação emocional (Desmond & MacLachlan, 2005, cit. in Oliveira, Costa, Rodrigues, 2008).

Eisenhower e Blacher (2006) ao examinarem a relação entre múltiplos papéis desempenhados por mães de jovens adultos com DC, concluíram que teve impacto no



desenvolvimento socioeconómico dos recursos familiares e, conseqüentemente, revelou-se benéfico. No entanto, a transição para a vida adulta dos indivíduos com DC é um período bastante stressante para suas famílias (Blacher 2001), uma vez que ao terminar a escolaridade obrigatória os pais podem perder oportunidades de emprego, pelo que, na perspectiva do bem-estar pessoal, ficavam afetadas (Eisenhower & Blacher, 2006).

Também o impacto das experiências escolares interfere na satisfação com o suporte social. Estes alunos são considerados, no domínio social, como tendo competências satisfatórias e uma grande parte dos alunos pertence a grupos organizados na escola ou na comunidade. Mantém, ainda, encontros informais com os amigos, pelo menos uma vez por semana (Blackorby & Wagner, s/d).

Os proponentes da psicologia positiva em contexto escolar têm contribuído para avaliações mais abrangentes de medidas positivas (ex., reforço pessoal positivo e de medidas negativas (ex., sintomas psicológicos). Desses estudos, no sentido de prevenir o funcionamento adaptativo dos adolescentes à escola, surgiram resultados que evidenciaram o incremento das emoções positivas, em relação às emoções negativas, como preditor significativa de satisfação com a escola. Quando demonstram comportamentos disruptivos e atitudes negativas em relação à escola, pode resultar em suspensão ou expulsão, mais especificamente entre os alunos com distúrbios emocionais associados a DC (Blackorby & Wagner, s/d).

No entanto, os alunos com DC que frequentam a escola regular relatam maior dependência do apoio por parte dos adultos e mais barreiras ambientais, em relação à interação com os seus pares, enquanto os alunos que frequentam as escolas especiais revelam experiências mais positivas, nestes aspetos. Esta justificação deve-se, ao facto da participação poder ser erigida mediante padrões diferentes ou combinações de variáveis que poderão permanecer estáveis ao longo do tempo. A intervenção e o envolvimento escolar são

imprescindíveis na participação das atividades escolares, cujo envolvimento se apresenta como um fator de motivação ou um sentido de pertença ao grupo (Eriksson & Granlund) e está dependente de fatores gerais relacionados com as características inerentes ao DC ou às interações pessoais e/ou ambientais (Almqvist & Granlund, 2005).

O BE, o status social e a extroversão relatados pelas crianças são fatores preditores de alguns comportamentos parentais. Já o estatuto profissional dos pais é compreendido como um fator positivo, bem como a classe social e a qualidade interativa entre pais- criança (Hoff-Ginsberg & Tardif, 1995, cit. in Glidden, Bamberger, Turek & Hill, 2009).

Os pais de crianças com atraso do desenvolvimento manifestam, ainda, comportamentos de interação familiar positivos, comparativamente aos pais de crianças sem esses problemas, não havendo diferença substancial de personalidade nos autorrelatos de pais de crianças com ou sem categorização de deficiência (Glidden, Bamberger, Turek & Hill, 2009). Também a relação comportamental entre as crianças dos dois grupos foi análoga entre si e as interações positivas manifestadas no decorrer do tempo conduzem a níveis mais elevados de BES (Glidden et al., 2009).

#### **1.4.4. Qualidade de Vida**

A qualidade de vida na deficiência é analisada como um construto multifacetado e complexo (Felce, 1997; Hughes, Hwang, Kim, Eisenman & Killian, 1995; McVilly, & Rawlinson, 1998), nas diferentes vertentes individuais (micro) e ambientais (macro) que se adicionam e interagem (Goode, 1994), com influências culturais, sociais e políticas (Renwick, Brown & Raphael, 2000 cit. in McIntyre, Kraemer, Blacher, Simmerman, 2004). Compreende as características próprias de cada pessoa e os relacionamentos interpessoais nos

seus ambientes (McGrew, & Bruintintas 1992; Schalock & Genung 1993, cit.in Nota, Soresi & Perry, 2006).

Na avaliação da QV dos indivíduos dever-se-á ter em consideração e reconhecer que a qualidade de vida tem vários domínios (Mcintyre, Kraemer, Blacher, Simmerman, 2004), em particular nas C-J com DC acentuado que terminam a escolaridade obrigatória, no seu processo de transição para o mundo adulto, os quais necessitam de serviços especializados administrados nas escolas públicas para promoção dessa transição (Kraemer & Blacher, 2001, cit. in McIntyre, Kraemer, Blacher, Simmerman, 2004).

O Bem-Estar e as condições de trabalho das C-J com DC, no processo de transição para a vida adulta, são aspetos precários que originam preocupação. São poucos os estudos com essa população em particular (Pavarini & Neri, 2000; Smrdel, 2003; Bruce, 2004; Von Vultée, 1999; Resende, Cunha, Silva e Sousa, 2007). Esta transição é uma mudança que pode ter um grande impacto sobre o jovem adulto e a família onde vive (Ferguson, Ferguson & Jones, 1988, cit. in McIntyre, Kraemer, Blacher, Simmerman, 2004). As famílias são fundamentais para o bem-estar das pessoas com DC e respetiva QV (Schalock, Seltzer & Krauss, 2001, cit. in idem).

Fujiura & Braddock (1992) reafirmam esta importância atribuída à família e a relevância do seu papel desempenhado na intervenção de indivíduos com DC, mesmo que estes continuem a residir com suas famílias (Kraemer & Blacher, 2001) ou em outros ambientes, como residências ou instituições comunitárias, (Baker & Blacher, 1993; Blacher & Baker, 1994; Seltzer, Krauss, Hong & Orsmond, cit. in McIntyre, Kraemer, Blacher, Simmerman, 2004).

Há abusos sobre C-J que provocam traumas e podem afetar os seus sistemas biológicos de regulação e saúde para toda a vida (Felitti et al, 1998; Gunnar & Donzella, 2002; Shonkoff, Boyce & McEwen, 2009, cit.in Taylor, Way & Seeman, 2011). A disfunção

familiar (conflito constantes, comportamento desajustados, falta de afetos, ou negligência) pode também exercer efeitos negativos sobre a saúde ao longo da vida (Repetti et al., 2002). Há um impacto do meio ambiente que se repercute no stresse biológico inicial. O mesmo acontece com o nível socioeconómico vivenciado na infância (Taylor, Way & Seeman, 2011).

O locus de controlo parental tem sido pouco estudado nos últimos anos. Entende-se por locus de controlo a tendência que uma pessoa tem para visualizar acontecimentos que são controlados por algum fator interno ou externo (Rotter, 1966, cit.in Lloyd & Hastings, 2009).

Uma pessoa com locus de controlo interno percebe mais facilmente o que está acontecendo consigo, enquanto uma pessoa com locus externo é afetada por experiências de controlos externos, cujos fenómenos o afetam (Skinner et al., 1998; Wehmeyer & Schwartz, 1998, cit. in Almqvist & Granlund, 2005).

O locus de controlo interno está associado a resultados mais positivos, como é o caso da rentabilidade escolar e da motivação no trabalho. Estas pessoas possuem maior capacidade de resistência ao stresse do que aquelas com um locus externo (Lloyd & Hastings, 2009).

Glidden, Bamberger, Turek & Hill (2009), relativamente à personalidade parental, apontaram como evidência que a qualidade das interações entre pais-filhos com incapacidades ou deficiências é influenciada não só pelas características da criança e pais, mas também pelo bem-estar socioeconómico e entre outras variáveis familiares. O papel dos pais, mesmo sob as melhores circunstâncias, é um papel exigente e desgastante, estando estreitamente relacionado com o autoconceito pessoal e a própria satisfação com a vida. De facto, a personalidade pode influenciar as vivências, a forma como se vê o meio envolvente e consequentemente, pode alterar o próprio comportamento (Belsky et al., 1995; Spinath & O'Connem 2003, cit.in Glidden, Bamberger, Turek & Hill, 2009).

O locus de controlo também pode estar associado a problemas psicológicos. De acordo com perspectivas teóricas, verifica-se que o locus de controlo externo em famílias com criança com DC pode ter impacto no bem-estar psicológico, por exemplo ao nível da ansiedade, enquanto um locus de controlo interno pode ser protetor (Lloyd & Hastings, 2009).

A experiência de paternidade em C-J com deficiência, principalmente com C-J com DC, tem-se revelado uma experiência negativa, daí que os modelos de estudos propostos por psicólogos apontem variáveis de estudo aos pais de criança com essas características (Baumrind, 1971; Belsky, 1984, cit in Glidden, Bamberger, Turek & Hill, 2009). No entanto, para Magaña et al., (2002) isso não significa irresponsabilidade parental no contributo para o bem-estar da família, designadamente filho com DC, porém há alguma negligência por parte dos pais relativamente aos cuidados a exercer junto destas C-J, atendendo à amplitude de desgaste que esta tarefa exige.

Na avaliação da QV dos indivíduos dever-se-á ter em consideração e reconhecer que a qualidade de vida tem vários domínios (Mcintyre, Kraemer, Blacher, Simmerman, 2004). Destaque, em particular, para as C-J com DC, uma vez que quando terminam a escolaridade obrigatória, no seu processo de transição para o mundo adulto, necessitam de serviços especializados administrados nas escolas públicas para promoção dessa transição (Kraemer & Blacher, 2001, cit. in McIntyre, Kraemer, Blacher, Simmerman, 2004).

QV é, por conseguinte, um construto multidimensional e complexo que compreende as características próprias de cada pessoa e os relacionamentos interpessoais nos seus ambientes (McGrew & Bruintintas 1992; Schalock & Genung 1993, cit.in Nota, Soresi & Perry, 2006).

Definir e avaliar a QV nos indivíduos com DC é um processo difícil, particularmente em indivíduos com DC grave, dado revelarem dificuldade de expressão e compreensão das necessidades e nível de satisfação com as condições de vida objetiva (Mcintyre, Kraemer, Blacher, Simmerman, 2004). O seu perfil de funcionalidade interfere também com a QV

(Kraemer, McIntyre & Blacher, 2003; Schalock & Keith, 1993; Schalock, Lemanowicz, Conroy & Feinstein, 1994), verificando-se maior QV em indivíduos com funcionalidade superior.

Nestes termos, o conceito de QV ainda é emergente no que concerne ao DC, contudo, verifica-se que atualmente há um interesse generalizado relativamente à sua conceituação, medição e aplicação. Inerentes aos estudos efetuados à QV das C-J com DC estão questões contextuais do foro político/económico, em termos de contenção económica, de atribuição de recursos, reformas de invalidez, autodefesa, assim como questões relacionadas com a eficiência dos serviços a prestar às pessoas com DC, se promovem um efetivo bem-estar pessoal (Schalock, Brown, Brown, Cummins, Felce, Matikka, Keith, & Parmenter, 2002).

É necessário, por conseguinte, que na QV destes indivíduos com DC sejam considerados e investigados aspetos similares aos dos indivíduos sem deficiência, como é o caso da sua satisfação profissional ou da sua participação na vida familiar/social e de oportunidades para integração social (Schalock, 1996; Felce, 1997, cit.in Nota, Soresi, & Perry, 2006).

O Bem-Estar e as condições de trabalho das C-J com DC, no processo de transição para a vida adulta, são aspetos precários que originam preocupação. São poucos os estudos aplicados a essa população específica (Pavarini e Neri, 2000; Smrdel, 2003; Bruce, 2004; Von Vultée, 1999; Resende, Cunha, Silva e Sousa, 2007). É uma mudança que pode ter um grande impacto sobre o jovem adulto e a família onde vive (Ferguson, Ferguson & Jones, 1988, cit. in McIntyre, Kraemer, Blacher, Simmerman, 2004).

As famílias são fundamentais para o bem-estar das pessoas com DC e respetiva QV (Schalock, Seltzer & Krauss, 2001, cit. in McIntyre, Kraemer, Blacher, Simmerman, 2004).

Fujiura & Braddock (1992) reafirmam esta importância atribuída à família e a relevância do seu papel desempenhado na intervenção de indivíduos com DC, mesmo que

estes continuem a residir com suas famílias (Kraemer & Blacher, 2001) ou em outros ambientes, como residências ou instituições comunitárias, (Baker & Blacher, 1993; Blacher & Baker, 1994; Seltzer, Krauss, Hong & Orsmond, cit. in McIntyre, Kraemer, Blacher, Simmerman, 2004, Burt & Roisman, 2010).

Marjoribanks (1997) refere que o ambiente familiar, circunscrito a uma C-J com NEE, determina aspirações sociais mais positivas. Todavia, também a escola é responsável por esta situação, uma vez que não dá às C-J a oportunidade de lhes esclarecer e frequentar cursos de orientação profissional, nem explorar situações de clarificação para o que querem para a sua vida pessoal, impedindo-os, dessa forma, de promoverem planos para o futuro (CPP, 2009; Smith- Maddox & Wheelock, 1998, cit. in Simões et.al, 2009).

A qualidade de vida na deficiência é analisada como um construto multifacetado (Felce, 1997; Hughes, Hwang, Kim, Eisenman & Killian, 1995; McVilly & Rawlinson, 1998), nas diferentes vertentes individuais (micro) e ambientais (macro) que se adicionam e interagem (Goode, 1994), com influências culturais, sociais e políticas (Renwick, Brown & Raphael, 2000 cit. in McIntyre, Kraemer, Blacher, Simmerman, 2004).

A incapacidade afeta diretamente as C-J e, conseqüentemente, altera aspetos comportamentais e formas de agir (Botelho et al., 2003, cit. in Oliveira, Costa, Rodrigues, 2008). A forma de ajustar-se à deficiência é aceitar psicologicamente a perda da capacidade associada, porém quando a deficiência é física o BE fica bastante comprometido, uma vez que essa situação pode provocar mal-estar e afetar as condições de saúde (Ephraim et al., 2003, cit. in Oliveira, Costa, Rodrigues, 2008).

A QV, na perspectiva do DC, deve ser reforçada e ser uma influência positiva para quem trabalha com essas pessoas. Neste paradigma de QV deve-se intensificar as questões relacionadas com a deficiência relativas à identificação, desenvolvimento e avaliação dos apoios, serviços e políticas para as pessoas com limitações significativas. Estas devem ter a

percepção do que realmente é essencial e importante para elas, atendendo que QV é diferente de indivíduo para indivíduo ao longo do tempo e os domínios de bem-estar são experimentados diferentemente por indivíduos e grupos culturais. A QV deve ser holística, considerando que alguns domínios da vida do indivíduo podem influenciar drasticamente outros domínios, daí a importância da diversão, exígua nas pessoas com DC (Schalock, Brown, Brown, Cummins, Felce, Matikka, Keith & Parmenter, 2002).

QV é importante para todas as pessoas com e sem deficiência, tendo este último grupo os mesmos direitos educacionais e de cidadania para desfrutar a mesma QV. Verifica-se pouca representação no mercado de trabalho de pessoas com DC e um estado de pobreza relativa, inerente a essa situação. As iniciativas do poder local político/económico devem contemplar e desenvolver técnicas e processos que promovam oportunidades de trabalho remunerado, igual ou superior ao salário mínimo. Sobressai que, relativamente às pessoas com DC, ainda é emergente o conceito de qualidade de vida (Schalock et.al, 2002).

Nota, Soresi & Perry (2006) defendem que na investigação da Qualidade de Vida existe correspondência entre a satisfação com a qualidade do serviço social de integração do residente e o bem-estar comunitário. Consistentes com vários outros estudos (e.g. Chadsey-Rusch 1992, Walker et al. 1990, cit. in Nota & Soresi 1996), referem que os níveis máximos de competências sociais foram associados aos níveis mínimos de problemas psicopatológicos cuja satisfação depende do perfil das C-J com DC.

A incidência, no futuro, dos esforços a aplicar no domínio da QV das C-J com DC deverá mover-se no sentido de melhorar as políticas públicas, na implementação de práticas sociais reflexivas dessa QV, nos apoios a ministrar às pessoas com DC direcionados para a qualidade de princípios de vida, com avaliação e monitorização constante das políticas e práticas sociais e respetivos programas de QV para prevenir ou minimizar os resultados problemáticos (Schalock et.al, 2002).



Sobressai, ainda, a necessidade de pesquisa interdisciplinar (equipas multidisciplinares de cientistas e outros profissionais), de modo a incentivar a utilização dos resultados para melhorar a QV das C-J e concernentes famílias (Hagen, 2008, cit. in Guerra, Graham, 2011).

Poucos estudos são, igualmente, aplicados em C-J com DC associado a outras deficiências. Por exemplo, a coexistência e a relação entre deficiência visual e cognitiva, cujo comprometimento ainda falta esclarecer, isto é, o quanto esse impacto negativo agrava a QVRS, nas dimensões pessoais, sociais e psicológicas. Aferiu-se, excepcionalmente, que o comprometimento cognitivo parece não alterar o impacto do comprometimento da visão referente à QVRS, uma vez que a redução visual, imprescindível à QVRS, revela um comprometimento idêntico em pessoas com e sem comprometimento cognitivo. No entanto, a presença de comprometimento cognitivo não altera o efeito da deficiência visual referente à QVRS (Elliott, McGwin & Owsley, 2009).

Em última análise, de acordo com os princípios de igualdade, é necessário implicar a comparação da QV entre os membros da população em geral e em subgrupos específicos da sociedade. Refira-se, contudo, que a definição de qualidade de vida ainda é imprecisa. Globalmente é referida como respeitante às condições de vida e estilo de vida de um indivíduo. Reporta-se à avaliação subjetiva das áreas mais relevantes dos domínios da QV, das condições e modo de vida das pessoas (Felce, 1997).

Há poucas referências relativas à qualidade de vida em pessoas portadoras com DC (Goode, 1988; Brown et al. 1989; Borthwick-Duffy, 1992; Cummins 1993; Schalock 1996, Bigelow et al. 1991), emergindo socialmente como um todo (Campbell et al., 1976, cit.in Felce 1997).

O dano verificado na QV de grupos específicos, como é o caso das pessoas com DC, de acordo com os seus interesses, verifica-se na desigualdade social. Felce (1997) propôs um modelo de avaliação das diferenças individuais para provar que é possível calcular a

importância dos diferentes aspectos da vida de forma significativa e refletir sobre os valores que orientam a sua vida.

Para todas as crianças é necessário potencializar as suas capacidades de forma a permitir um envolvimento na sociedade, o mais responsável e produtivo possível. No caso das C-J com DC ainda se torna mais pertinente para facilitar a sua aprendizagem produtiva, o comportamento adaptativo e atenuar os efeitos de mal-estar físico e mental (Shonkoff, Bales, 2011).

Neste aspeto, a ciência tem um papel primordial a desempenhar na divulgação dos melhores estudos para aconselhamento de políticas, às respostas dos problemas sociais mais complexos, principalmente os que afetam crianças (Gregory, & Miller, 1998a; Huston, 2008; Lubchenko, 1998; Shonkoff, 2000, cit.in Shonkoff, Bales, 2011).

Esta é uma forma de a partir de evidências se puderem mudar práticas educativas, uma vez que os pesquisadores do desenvolvimento da criança podem influenciar a formulação de políticas e apelar mais ao ensino da ciência do que revelar constante preocupação em seguir programas específicos. De acordo com Shonkoff, Bales, (2011) quando as relações entre cientistas e políticos se estabelecerem e as evidências forem aproveitadas estrategicamente, verificar-se-ão vários avanços nas políticas e práticas educativas que farão diferença significativa na vida das crianças e famílias.

Globalmente, constatamos que as mudanças que se verificam estão a fazer a diferença, pela manifestação de ativistas com deficiência, pela promoção dos seus direitos sociais e inclusivos, pela consciencialização geral dos seus direitos humanos básicos e pela melhoria da assistência à saúde mental (Sheehy & Nind, 2005). Chappell (1998, cit.in Sheehy & Nind, 2005) culpabiliza o modelo social de segregar as pessoas com deficiência, considerando a inclusão oportuna e necessária.

### 1.5. Objetivo e hipóteses do Estudo

O objetivo deste estudo foi avaliar o Bem-Estar Subjetivo em crianças e jovens com Déficit Cognitivo.

Testamos as seguintes hipóteses:

**H0:** Alunos com Déficit Cognitivo e sem Déficit Cognitivo não se distinguem ao nível do Bem-estar Subjetivo.

**H1:** Alunos com Déficit Cognitivo e sem Déficit Cognitivo distinguem-se ao nível do Bem-estar Subjetivo.

**H2:** Alunos com Déficit Cognitivo e sem Déficit Cognitivo distinguem-se ao nível da Satisfação com a vida

**H3:** Alunos com Déficit Cognitivo e sem Déficit Cognitivo distinguem-se ao nível da Tonalidade Emocional

**H4:** Alunos com Déficit Cognitivo e sem Déficit Cognitivo distinguem-se ao nível da Satisfação com o Suporte Social

**H5:** Alunos com Déficit Cognitivo e sem Déficit Cognitivo distinguem-se ao nível da Qualidade de Vida

## 2. Metodologia

Este é um estudo correlacional ou de post facto, perspectivada de acordo com a tipologia de Montero, e León (2007).

## 2.1. Participantes

Participaram neste estudo 496 crianças e adolescentes de escolas dos concelhos de Vila Nova de Famalicão, Guimarães, Alijó, Barcelos, Santo Tirso, Braga, Chaves, Esposende, Oliveira de Azeméis, Paredes, Porto e Vila Nova de Gaia. O grupo experimental foi constituído por 141 alunos (n=141) e o grupo de controlo por 355 alunos (n= 355).

Concernente aos alunos com défice cognitivo, grupo experimental, a amostra é constituída por 141 C-J (n=141), 67 alunos do género feminino (n=67) e 74 do género masculino (n= 74), com idades compreendidas entre os 4 e os 18 anos (M: 12.424; DP: 2.7049).

No grupo de controlo, alunos sem défice cognitivo, a amostra é constituída por 355 participantes (n= 355), 185 alunos do género masculino (n=185) e 167 do género feminino (n=167) com idades compreendidas entre os 4 e os 20 anos (M: 13,124; DP: 3,1338).

Trata-se de uma amostra de “conveniência”, dado que estes dois grupos foram seleccionados de forma não aleatória.

Tabela 2

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

	Total (n=141)				Masculino (n=74)				Feminino (n=67)			
	Min	Máx	M	DP	Min	Máx	M	DP	Min	Máx	M	DP
Idade	4	18	12.4 24	2.7049	4	18	12,47	2,774	5	17	12,37	2,668

Tabela 3

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

	Total (n=355)				Masculino (n=185)				Feminino (N=167)			
	Min	Máx	M	DP	Min	Máx	M	DP	M	Máx	M	DP
Idade	4	20	13,124	3,1338	4	20	13,30	3,243	5	19	12,90	3,024

## 2.2. Instrumentos

Foram avaliados quatro indicadores de bem-estar subjetivo: Satisfação com a vida (SV); Tonalidade Emocional (TE); Satisfação com o Suporte Social (SSS); Qualidade de Vida, pela aplicação do questionário genérico KIDSCREEN-10.

### 2.2.1. Satisfação com a Vida

A EBSV foi desenvolvida por Huebner,1997, com adaptação portuguesa de Paulo Moreira, Universidade Lusíada do Porto para avaliar a satisfação com a vida nas várias áreas da vida da C-J. É formada por seis itens que permitem avaliar cada uma das diferentes dimensões: família “ A minha vida familiar (em termos do grau em que estou satisfeito) é”; amigos “As minhas amizades (em termos do grau em que estou satisfeito) são”; escola “A minha satisfação com as minhas experiências na escola é”, self “A minha satisfação comigo mesmo é”; local onde vive “A minha satisfação com onde vivo é”; vida em geral “A minha satisfação com a minha vida em geral é). Para cada uma das dimensões há a possibilidade de seleccionar uma das sete respostas (Terrível; Infeliz; Insatisfatória; Em parte satisfatória e em

parte insatisfatória; Satisfatória; Agradável; Fantástica), apresentadas numa escala tipo Likert.

### **2.2.2. Escala Breve de Satisfação com o Suporte Social**

A EBSSS avalia a satisfação com o suporte social e foi desenvolvida em 2009, por Gaspar, Ribeiro, Leal, Matos & Ferreira (2009). Esta escala é constituída por doze itens. Sete desses itens avaliam a satisfação com o suporte social (ex., “Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer.”) e os restantes cinco itens avaliam a necessidade de envolvimento em atividades relacionadas com o suporte social (ex., “ Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam”). Cada C-J, numa escala tipo likert de 1 a 5, deve escolher apenas uma das respostas (Concordo totalmente; Concordo na maior parte; Não concordo nem discordo; Discordo na maior parte; Discordo totalmente). A escala apresenta características psicométricas adequadas, nomeadamente um Alpha de Cronbach de 0.70 (Gaspar et al, 2009).

### **2.2.3. Escala de Tonalidade Emocional (Rocha, & Moreira, 2010)**

A ETE avalia as emoções ou sentimento experimentadas durante as últimas semanas, (ex., interessado; entusiasmado; feliz; triste; nervoso; desanimado...). É constituída por vinte e sete itens. De acordo com a tradicional escala desenvolvida por Watson, Clark e Tellegen (1998) também nesta adaptação de Rocha e Moreira (2010) sobressaem duas vertentes, a subescala dos afetos positivos, constituída por doze itens (ex., alegre) e a subescala dos afetos

negativos, constituída por quinze itens (ex., aborrecido). Os itens de afeto foram elaborados de forma a captar estas emoções, positivas e negativas, pela apresentação de enunciados fáceis de ler e interpretar e adequados à idade cronológica das C-J. Esta escala tipo Likert apresenta cinco pontos: Nada ou muito ligeiramente; Um pouco; moderadamente; Bastante; Extremamente, devendo ser assinalada apenas uma resposta.

#### **2.2.4. KIDSCREEN-10**

É um instrumento de avaliação da qualidade de vida e bem-estar das C-J dos 8 aos 18 anos. É composto por dez itens relacionados com a última semana vivida. É um instrumento estandardizado na Europa, desenvolvido a partir do KIDSCREEN de 52 itens, que avalia 10 dimensões e do KIDSCREEN de 27 itens, que avalia 5 dimensões, desenvolvido por Raven – Sieberer e colaboradores para a avaliação da qualidade de vida (Raven – Sieberer et al 2008). O KIDSCREEN-10 foi adequado à população portuguesa conjuntamente com a aplicação simultânea em outros 14 países: Áustria, Bélgica, Bulgária, Alemanha, Gronelândia, Luxemburgo, Macedónia, Roménia, Rússia, Eslovénia, Espanha, Suíça, Turquia e Reino Unido (Erhart et al 2009). Esta escala é constituída por 10 itens (ex., “Sentiste-te cheio(a) de energia?”), com a possibilidade de 5 respostas, tipo Likert (1-Nunca; 2-Pouco; 3-Moderadamente; 4- Muito; 5- Totalmente). A escala apresenta boas propriedades psicométricas e apresenta boa consistência interna incluindo Rasch scalability (Gaspar & col., 2010).

## **2.3. Procedimentos**

### **2.3.1. Procedimentos de recolha de dados**

Os procedimentos iniciais centraram-se na autorização dos órgãos diretivos das escolas a aplicar os questionários. Deferida e homologada em conselho pedagógico, procedeu-se ao pedido do consentimento informado aos responsáveis legais dos alunos, com a garantia de confidencialidade dos resultados, pela atribuição de um código a cada participante. Selecionados os modo de aplicação dos questionários, em termos de logística de horários e espaços, decidiu-se pela aplicação dos mesmos e recolha dos dados pelos professores de educação especial e, em último recurso, pelos professores titulares de turma e diretores de turma.

A avaliação da compreensão para avaliar a capacidade dos alunos com DC em ler e compreender os itens foi pela realização de um pré-teste a cada aluno. Trata-se de uma metodologia desenvolvida por Cummins e Lau (2005) e adaptada à população portuguesa por Moreira e Oliveia, (2011). Os alunos que demonstraram conseguir ler e interpretar os itens foram incluídos neste estudo. Os que não conseguiram foram excluídos.

Os instrumentos de avaliação do BES foram ministrados em contexto de sala de aula, individualmente. Foram monitorizados pela investigadora deste estudo. O tempo de aplicação variou entre 45 a 60 minutos



### 2.3.2. Procedimentos de análise de dados

Todas as análises estatísticas foram realizadas usando o programa informático estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 19.0 para o Windows.

## 3. Resultados

O Bem-estar Subjetivo do grupo experimental, C-J com Déficit Cognitivo, diferencia-se do BES do grupo de controlo, C-J sem Déficit Cognitivo. O grupo experimental evidencia valores inferiores, relativamente ao grupo de controlo, no que respeita às variáveis: BES total (M= 194,8638 / M= 208,4585 com DP= 22,20605 / DP= 18,59339), ESSS negativo (M= 12,8000 / M= 15,3152 com DP=3,80789 / DP= 4,54103), ETE positiva (M= 41,2101 / M= 46,3349 com DP= 9,34774 / DP= 8,28618), ETE Total (M= 36,0159 / M= 111,4762 com DP= 6,80258 / DP= 14,08709), EBSV (M= 26,7090 / M= 29,7978 com DP= 6,97189 / DP= 4,77967) e KIDS (M= 36,0159 / M= 39,4535 com DP= 6,97189 / DP= 5,56688). O grupo de alunos com DC apresentou médias superiores nos indicadores: ESSS positiva (M= 15,1226 / M= 13,0462 com DP= 6,33117 / DP= 5,65249), ESSS total (M= 32,3226 / M= 27,7310 com DP= 6,82424 / DP= 7,95027) e ETE negativa (M= 31,5369 / M= 24,8854 com DP=12,02514 / DP= 9,21941).

Como se pode observar na Tabela 4, confirmam-se todas as hipóteses. Verificou-se que há diferença estatisticamente significativa entre o grupo de alunos com DC e o grupo sem DC ( $p = 0,001$ ). Relativamente aos restantes indicadores, continuando a observar a Tabela 4, confirmam-se que todas as diferenças de média e desvio-padrão destacadas têm estatisticamente significância.

A diferença do BES Total é estatisticamente significativa nas C-J sem Défice Cognitivo (M: 208.46, DP: 18.60) do que nas C-J com DC (M: 194.87, DP: 22.21). As dimensões dos indicadores do BES que mais se evidenciam na amostra são a ETE positivo, quer no grupo com DC (M: 41.22, DP: 9.35) quer no grupo sem DC (M: 46.34, DP: 8.29). Porém, verifica-se que a ETE total no grupo de controlo (M: 114.48, DP: 14.09), distingue-se significativamente do grupo experimental (M: 36.02, DP: 6.81).

Tabela 4

*Média e desvio padrão das dimensões BES com Défice Cognitivo e sem.*

	Com défice cognitivo			Sem défice cognitivo		
	N	M	DP	N	M	DP
BES total	141	194,8638	22,206505	355	208,4585	18,59339
ESSS positivo	141	15,1226	6,33117	355	13,0462	5,65249
ESSS negativo	141	12,8000	3,80789	355	15,3152	4,54103
ESSS total	141	32,3226	6,82424	355	27,7310	7,95027
ETE positivo	141	41,2101	9,34774	355	46,3349	8,28618
ETE negativo	141	31,5369	12,02514	355	24,8854	9,21941
ETE total	141	36,0159	6,80258	355	111,4762	14,08709
EBSV	141	26,7090	6,97189	355	29,7978	4,77967
KIDS	141	36,0159	6,97189	355	39,4535	5,56688

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

Na análise da diferença de médias dos resultados da amostra entre alunos com Défice Cognitivo e sem DC, pela aplicação do Teste de Mann-Witney, confirma-se que no BES total dos dois grupos apresentam diferenças estatisticamente significativas ( $p=.000$ ), sendo que o

grupo experimental (M=153.80) regista uma média inferior ao grupo de controlo (M=227.92).

Tabela 5:

*Teste de Mann-Witney para diferença de médias entre alunos com Défice Cognitivo e sem.*

	<i>Com défice cognitivo</i>		<i>Sem défice cognitivo</i>		<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
	<i>Mean</i>	<i>Sum of</i>	<i>Mean</i>	<i>Sum of</i>			
	<i>Rank</i>	<i>Ranks</i>	<i>Rank</i>	<i>Ranks</i>			
BES total	153,80	16764,00	227,92	69972,00	10769,000	-5,530	0,000*
ESSS - positivo	242,83	26469,00	196,31	60267,00	12989,000	-3,479	0,001*
ESSS - negativo	163,98	17874,00	224,31	68862,00	11879,000	-4,509	0,000*
ESSS total	263,42	28713,00	189,00	58023,00	10745,500	-5,555	0,000*
ETE - positivo	168,12	18325,50	187,84	68410,50	12330,500	-4,083	0,000*
ETE - negativo	267,68	29177,50	187,49	57558,50	10280,500	-5,086	0,000*
ETE - total	142,55	15537,50	231,31	71198,50	9542,500	-6,668	0,000*
EBSV	168,07	18320,00	222,85	68416,00	12325,000	-4,096	0,000*
KIDS	165,66	18057,00	223,71	68416,00	12062,000	-4,334	0,000*

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

De acordo com os resultados apresentados foram testadas as hipóteses formuladas:

H1: alunos com Défice Cognitivo e sem Défice Cognitivo distinguem-se ao nível do Bem-estar Subjetivo.

Pelos valores dos testes aplicados (u: 10769.000; z: -5.530) confirma-se que o BES total dos dois grupos apresenta diferenças estatisticamente significativas ( $p=0.000$ ). O BES

total dos alunos com Déficit Cognitivo ( $M=153.80$ ;  $S=16764.00$ ) distingue-se dos alunos sem Déficit Cognitivo ( $M=227.92$ ;  $S= 69972.00$ ).

H2: Alunos com Déficit Cognitivo e sem Déficit Cognitivo distinguem-se ao nível da Satisfação com a vida

A EBSV demonstra a existência de diferenças significativas nos alunos com Déficit Cognitivo ( $M=168.07$ ;  $S=18320.00$ ) e sem Déficit Cognitivo, cujos resultados apresentados expressam níveis mais elevados de Satisfação com a vida nos alunos sem Déficit Cognitivo ( $M= 222.85$ ;  $S= 68416.00$ ).

Os valores da Satisfação com a vida aplicados no teste ( $u=12325.000$ ;  $z: - 4.096$ ) confirmam diferenças estatisticamente significativas entre os alunos com Déficit Cognitivo e sem Déficit Cognitivo ( $p=.000$ ).

H3: Alunos com Déficit Cognitivo e sem Déficit Cognitivo distinguem-se ao nível da Satisfação com o Suporte Social

A ESSS Total demonstra a existência de diferenças significativas com níveis superiores de Satisfação com o Suporte Social nos alunos com Déficit Cognitivo, ( $M= 263.42$ ;  $S= 28713.00$ ) relativamente aos alunos sem Déficit Cognitivo ( $M= 189.00$ ;  $S= 58023.00$ ). Os valores da Satisfação com o Suporte Social aplicados no teste ( $u= 10745.500$ ;  $z:-5.555$ ) confirmam diferenças estatisticamente significativas entre os alunos com Déficit Cognitivo e sem Déficit Cognitivo ( $p=.000$ ).

O mesmo se verifica na dimensão da ESSS Positiva ( $u= 12989.000$ ;  $z: -3.479$ ,  $p=.001$ ) e da ESSS negativa ( $u= 11879.000$ ;  $z: -4.509$ ,  $p=.000$ ) demonstrando que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Quando comparamos as duas dimensões

verificamos que as médias no suporte social positivo dos alunos com DC (M= 242.83; S= 26469.00) são mais elevadas do que no suporte social negativo (M=163.98; S= 17874.00).

O grupo de controlo tem média inferior de Satisfação com o Suporte Social positivo (M= 196.31; S= 60267.00) relativamente ao grupo experimental, mas superior no suporte social negativo (M= 224.31; S= 68862.00).

H4: Alunos com Défice Cognitivo e sem Défice Cognitivo distinguem-se ao nível da Tonalidade Emocional

A ETE Total demonstra a existência de diferenças significativas nas médias com níveis inferiores da Tonalidade Emocional nos alunos com Défice Cognitivo (M= 142.55; S= 15537.50) relativamente aos alunos sem Défice Cognitivo (M= 231.31; S= 71198.50). Os valores da Tonalidade Emocional Total aplicados no teste (u= 9542.500; z: -6.668) confirmam diferenças estatisticamente significativas entre os alunos com Défice Cognitivo e sem Défice Cognitivo (p=.000).

Verifica-se, igualmente, nos valores das médias aplicadas na dimensão da ETE Positiva (u= 12330.500; z: -4.083; p= 0,000) e da ETE negativa (u= 10280.500; z: -5.086; p=.000) que os dois grupos se distinguem.

Confirmam-se diferenças estatisticamente significativas dos alunos com Défice Cognitivo nas dimensões ETE positiva (M= 168.12; S= 18325.50) inferiores à ETE positiva dos alunos sem Défice Cognitivo (M= 187.84; S= 68410.50). Relativamente à dimensão ETE negativa, o grupo experimental regista uma média superior (M= 267.68; S= 29177.50) comparativamente ao grupo do grupo de controlo (M= 187.49; S= 57558.50).

No entanto, quando comparamos as duas dimensões, ETE positiva e ETE negativa entre os alunos com DC, verificamos que a média da ETE negativa ( $M= 267.68$ ;  $S= 29177.50$ ) é superior à média da ETE positiva ( $M= 168.12$ ;  $S= 18325.50$ ).

H5: Alunos com Défice Cognitivo e sem Défice Cognitivo distinguem-se ao nível da Qualidade de Vida

Podemos verificar pelo registo da diferença de médias pela aplicação do questionário KIDS ao nível da Qualidade de Vida dos alunos com Défice Cognitivo ( $M= 165.66$ ;  $S= 18057.00$ ) e sem Défice Cognitivo que estes dois grupos se distinguem, confirmando-se que o nível da Qualidade de Vida é superior nos alunos sem DC ( $M= 223.71$ ;  $S=68416.00$ ).

Pelos valores dos testes aplicados ( $u:12062.000$ ;  $z:-4.334$ ) confirma-se que os resultados do KIDS dos dois grupos são estatisticamente significativos, cujo grau de significância de  $p=.000$ .

Os alunos sem Défice Cognitivo possuem maior bem-estar global, melhor satisfação com o suporte social, maior satisfação com a vida em geral, experienciam uma tonalidade emocional total mais positiva e apresentam uma qualidade de vida relacionada com a saúde mais positiva. Em contrapartida, os alunos com Défice Cognitivo estão mais satisfeitos com o suporte social positivo e total, mas sentem mais emoções negativas.

#### **4.Discussão**

O objetivo deste estudo foi avaliar o Bem-Estar Subjetivo em crianças e jovens com Défice Cognitivo. Definir e avaliar o BES nos indivíduos com DC é um processo difícil, particularmente em indivíduos com DC grave, dado revelarem dificuldade de expressão e

compreensão das necessidades e nível de satisfação com as condições de vida objetiva (Mcintyre, Kraemer, Blacher, Simmerman, 2004). O seu perfil de funcionalidade interfere também com a QV (Kraemer, McIntyre & Blacher, 2003; Schalock & Keith, 1993; Schalock, Lemanowicz, Conroy & Feinstein, 1994), verificando-se maior QV em indivíduos com funcionalidade superior.

Os resultados alcançados neste estudo permitem algumas apreciações e conclusões relevantes e com implicações significativas a nível da investigação.

Os resultados demonstram a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os alunos com Déficit Cognitivo e sem Déficit Cognitivo, confirmando-se as hipóteses e a influência dos indicadores compósitos do BES na promoção do BES.

Desta forma, a Hipótese Nula H0: alunos com Déficit Cognitivo e sem Déficit Cognitivo não se distinguem ao nível do Bem-estar Subjetivo é refutada. A revisão da literatura abrangente à temática do BES confirma esta evidência (Dagnan, 2008), não obstante, a constatação da existência de poucos estudos replicados até ao momento, relativamente ao BES em C-J sem DC, mas principalmente em C-J com DC.

Delinearam-se várias hipóteses alternativas que foram testadas em alunos com Déficit Cognitivo e sem Déficit Cognitivo, cujos resultados serão discutidos, de seguida.

H1: Alunos com Déficit Cognitivo e sem Déficit Cognitivo distinguem-se ao nível do Bem-estar Subjetivo.

Confirmou-se pelo estudo efetuado que alunos com Déficit Cognitivo e sem Déficit Cognitivo distinguem-se ao nível do BES Total, sendo inferior nos alunos com Déficit Cognitivo, comparativamente aos alunos sem DC, o que corrobora alguns dos estudos científicos consignados (Silva, de Matos, Diniz, 2010; Sabornie, Cullinan, Osborne, Brock,

s/d; Fenning, Baker & Juvonen, 2011; Grandmontagne, Fernández e Garcia, 2004; Blanco & Diaz, 2005; Carlsson-Agren, Berg & Wenestam, 1992; Arocena, Lucero, Muñiz, 2005).

Existem vários fatores que poderão fundamentar esta diferença de significância ao nível do BES total, mesmo considerando que as C-J globalmente apresentam uma relação com a escola favorável e bons níveis de BE (Silva, de Matos, Diniz, 2010), as componentes afetivo/emocionais, intrinsecamente relacionadas com o domínio cognitivo, os fatores ambientais / culturais, as peculiaridades pessoais, numa perspetiva subjetiva e psicológica, interrelacionando-se com as variáveis direcionadas para a escola (Almedom, 2005, cit. in Omar et al, 2005; Silva, de Matos, Diniz, 2010). O bem-estar social e emocional de acordo com os estudos de Berger, Alcalayb, Torrettib & Milicicb (2011) apresenta-se como uma proposta primordial da educação.

Por sua vez, as C-J com DC nem sempre usufruem de respostas à diversidade e da qualidade de ensino (Capellini & Rodrigues, 2009), podendo ser um dos fatores determinantes para os alunos com DC apontarem menor BES total, uma vez que alguns desses domínios que afetam o BES estão relacionados com a realização pessoal e os aspetos contextuais em cujos domínios se podem, ou não, experimentar satisfação (Gómez et al., 2007). A relevância do BE assume-se cada vez mais evidente, principalmente porque é consequência de aprendizagens precoces na utilização de competências socio/ emocionais, reduzindo problemas do foro cognitivo e consequentemente atenuando os aspetos mais negativos do BE (Humphrey Curran, Morris, Farrel, & Woods, 2007; Bisquerra, 2008; Fernández-Berrocal & Ruiz, 2008, cit. in Silva, Matos, Diniz, 2010).

Sobressai daqui a emergência de se repensar em melhorar o BES das C-J com DC, pela promoção de competências escolares, na família, sociedade em geral de forma a contribuir para a melhoria do bem-estar geral (Dagnan, 2008).



**H2:** Alunos com Défice Cognitivo e sem Défice Cognitivo distinguem-se ao nível da Satisfação com a vida

Os resultados testados confirmam que existem diferenças significativas ao nível da Satisfação com a vida entre os dois grupos, sendo a SV inferior no grupo de alunos com DC. Contudo, deve ter-se em atenção que a satisfação nos domínios fulcrais da vida pode afetar o BES, devendo considerar-se que ao conceito de BES estão implícitos outros valores (Ballesteros et al., 2006). Isto remete para o envolvimento de esforços na promoção de uma escola mais inclusiva, de forma a proporcionar melhor BES aos alunos com DC, de acordo com as metas e aspirações dos mesmos, uma vez que o BES está intimamente relacionado com as características destas C-J, como preconizam vários estudos (Nielsen,1999; Davis, Nicolas, Waters, Cook, Gibbs, Gosch, Ravens-Sieberer, s/d; Sabornie, Cullinan, Osborne, Brock, s/d; Simões, Matos, Tomé, Ferreira, 2010).

Devido à falta de dados consistentes destas evidências, nas várias dimensões do BES e limitada pela dificuldade de comparação de estudos, esta diferença de médias apresentada pelas C-J com DC pode estar subjacente a estados psíquicos e psicológicos negativos, de solidão, de tristeza e à falta de relações interpessoais em grupo escolar (Simões, Matos, Tomé, Ferreira, 2009); à falta de expectativas de realização escolar e de futuro (Gouveia, Diniz, Santos, Gouveia & Cavalcanti, 2008); a fatores discriminatórios por parte dos colegas (Tamm & Skar, 2000, cit. in Almqvist & Granlund, 2005); à desmotivação em geral (Blackorby & Wagner, s/d) inerente ao estigma e identidade social das pessoas com défice cognitivo, cuja condição de se ter DC é, por si só, um fator altamente estigmatizante (Beart, Hardy & Buchan, 2005). A SV assume-se, portanto, primordial para os alunos se sentirem bem nos vários contextos de vida, com particular incidência na escola (Bordwine & Huebner, 2010).

Inerente às limitações intelectuais das pessoas com DC é difícil validar valores ou sentimentos de satisfação, provavelmente pelas dificuldades de compreensão, expressão e interpretação reveladas (Sigelman et al 1981; Antaki & Rapley 1996, cit. in Felce, 1997) o que também pode ter contribuído para os níveis inferiores de SV, neste grupo experimental.

Os resultados superiores de SV apresentados pelos alunos sem DC poderão sustentar-se em estudos que defendem que os alunos com alta SV tendem a ter resultados académicos superiores, comparativamente aos alunos com SV mais baixa (Gilman e Huebner, 2006, cit.in Lewis, Huebner, Malone, Valois, 2010) e que menos envolvimento em contexto escolar implica emoções negativas mais frequentes e menos SV (Lewis, Huebner, Malone, Valois, 2010) podendo a SV estar relacionada com o locus de controlo interno e com os resultados positivos, inerentes à internalidade e às responsabilidades das C-J (Neto, 1999).

**H3:** Alunos com Défice Cognitivo e sem Défice Cognitivo distinguem-se ao nível da Tonalidade Emocional

No que concerne às análises dos resultados obtidos neste construto verifica-se que existe uma relação estatisticamente significativa entre os dois grupos, sendo a maior diferenciação ao nível da Tonalidade Emocional Total no grupo de alunos sem DC, bem como na ETE positivo. As médias dos alunos com DC resultantes deste estudo indicam, níveis mais elevados de ETE negativo, relativamente ao grupo de alunos sem DC.

Evidencia-se no grupo de alunos sem DC, por comparação da média da ETE positiva com a da ETE negativa, que a ETE negativa apresenta níveis superiores. Estes dados são congruente com os estudos que defendem que a emocionalidade das C-J, nos seus diferentes polos de afetividade positiva e negativa, revelam uma dimensão emocional muito mais positiva, dos que não sentem essas emoções de bem -estar (Omar et al., 2005; Diener e Seligman, 2002).

Sabe-se, então, que TE é um construto psicológico que integra experiências emocionais positivas e negativas. Provavelmente as C-J com DC apresentam traços de TE negativos como ansiedade e depressão que os impede de promover a autorregulação e a emocionalidade positiva (Cheng, 2004; Norlander, Johansson & Bood, 2005, cit. in Omar et al., 2005). Por vezes, estas perturbações estão associadas a sintomas de comportamentos de internalização negativos (Bernstein & Borchardt, 1991; WM Reynolds, 1992, cit.in Laurent et al.,1999).

A ETE negativa evidenciada no grupo de alunos com DC poderá também estar associada à experimentação sucessiva de fatores negativos, instabilidade emocional, originando, por sua vez, sofrimento psíquico (Basche, 1995; Lewinsohn et al., 1991), a problemas inerentes a relações interpessoais e a comportamentos de externalização (Furr e Funder, 1998, cit.in Gilman, Huebner & Laughlin, 2000; Dekovic & Gerris, 1994; Denham et al., 2002).

Atendendo a que as crianças com DC são inconstantes no funcionamento social, depreende-se que as diferenças neste grupo com limitações cognitivas estejam relacionadas com o funcionamento emocional das crianças, inerentes aos atrasos do desenvolvimento cognitivo e, conseqüentemente, sejam responsáveis por perdas sociais (Fenning, Baker & Juvonen, 2011; Reiss, Levitan & Szyszko, 1982, cit.in Fenning, Baker & Juvonen, 2011).

Relativamente aos níveis elevados de ETE total e ETE positiva constatada nos alunos sem DC, os resultados poderão estar congruentes com os estudos que comprovam que as variáveis sócio/emocional estão associadas às relações interpessoais bem-sucedida, às competências sociais, ao sucesso educativo pelo aumento da autoestima e subsequente rendimento escolar (Berger, Alcalay, Torretti, Milicic, 2011; Bordwine & Huebner, 2010).

**H4:** Alunos com Défice Cognitivo e sem Défice Cognitivo distinguem-se ao nível da Satisfação com o Suporte Social

Os resultados obtidos neste estudo confirmam a evidência de que se verifica um nível de Satisfação com o Suporte Social (SSS) Total superior no grupo de alunos com DC, em relação ao grupo de alunos sem DC, bem como no na SSS positivo. Por comparação da média da ESSS positiva com a da ESSS negativa, no grupo de alunos sem DC, a ESSS positiva apresenta níveis superiores.

Apesar de congruente com alguns estudos em que as C-J com DC podem experimentar processos semelhantes aos dos seus pares, em relação ao apoio social e bem-estar (Seltzer et al., 1996; Rimmerman, Muraver, 2001; Mugno, et al., 2007; Blackorby & Wagner, s/d; Glidden, Bamberger, Turek & Hill, 2009), temos também que considerar o funcionamento social das crianças com DC interrelacionado com as instituições que frequentam, o seu funcionamento emocional, com os pares (Fenning, Baker & Juvonen, 2011) e relacionado familiar em que estão envolvidos diariamente (Rimmerman & Muraver, 2001) que poderá influenciar a SSS.

No presente estudo também se verificou que o grupo de alunos com DC evidenciou médias inferiores de SSS negativo, comparativamente ao grupo sem DC, provavelmente porque o impacto das experiências escolares interfere na satisfação com o suporte social, na dependência do apoio por parte dos adultos, na interação com os seus pares, na falta de pertença ao grupo, nas barreiras ambientais (Almqvist & Granlund, 2005). O individualismo nas C-J, com e sem DC, implica desvantagens psicológicas e sociais, uma vez que ao não interagirem com os pares, não estabelecem redes sociais, refletindo-se nas competências sócio emocionais e nos níveis de BE (Omar et al, 2005). No entanto, os resultados de Blackorby & Wagner (s/d) referem que por mais competências que alunos com DC tenham adquirido e apesar do esforços envolvidos, ainda possuem uma posição social inferior, em comparação com os estudantes sem DC.

**H5:** Alunos com Défice Cognitivo e sem Défice Cognitivo distinguem-se ao nível da Qualidade de Vida

No que concerne à análise desta hipótese confirma-se que existe uma relação estatisticamente significativa entre os dois grupos ao nível da Qualidade de Vida relacionada com a Saúde. O registo de maior QV verifica-se no grupo de controlo, apresentando o grupo de alunos sem DC um nível de significância inferior.

Convergente com outros estudos, centrados nas características inerentes às C-J com DC, pode-se constatar pela aplicação do KIDSCREEN que os alunos com DC têm uma QV inferior aos outros sem défices cognitivos (McGillivray, Lau, Cummins & Davey, 2009), considerando que a QV delimita o BES, estando submetida a fatores de personalidade (de extroversão e introversão), aos aspetos exógenos e endógenos individuais e às variáveis cognitivas (autocontrolo, autoestima e otimismo) (Albuquerque & Lima, 2007; Veenhoven, 2005; Cummins & Nistico, 2000; Cummins, 2001, cit.in Nota, Soresi & Perry, 2006).

Deste modo, se as C-J com DC na última semana não demonstraram níveis de satisfação pessoal associados ao bem-estar, os resultados poderão estar comprometidos mediante a existência de situações de frustração marcantes nesse período. Considerar estes aspetos é fundamental, pois é imprescindível atender ao bem-estar emocional das C-J com DC e às múltiplas dificuldades apresentadas (Sheehy & Nind, 2005).

Apesar destes resultados serem convergentes com a literatura, poderá haver a existência de situações de frustração marcante nas C-J com DC na última semana em que se aplicaram os instrumentos de avaliação do seu BE. Também a sua dificuldade de expressão e compreensão das necessidades e nível de satisfação com as condições de vida (Mcintyre, Kraemer, Blacher, Simmerman, 2004) pode igualmente interferir com a QV dos alunos com DC (Kraemer, McIntyre & Blacher, 2003; Schalock & Keith, 1993; Schalock, Lemanowicz, Conroy & Feinstein, 1994). Os fatores ambientais desfavorecidos também podem trazer

desvantagens relativamente ao seu desenvolvimento (Glidden, Bamberger, Turek & Hill, 2009).

#### **4.1. Considerações Finais**

Os poucos estudos replicados em C-J com DC e sem DC reafirmam esta importância atribuída ao seu BES, do contributo familiar e da relevância do papel da personalidade parental na intervenção junto das C-J, pois enfrentam desafios bastante diferenciados das outras famílias com C-J sem deficiência. Também o impacto do meio ambiente, o nível socioeconómico é determinante para o BES (Stone-homem, 1997, cit.in Abbeduto, Seltzer, Shattuck, Krauss, Orsmond, Murphy, 2004; Glidden, Bamberger, Turek & Hill, 2009),

Todavia, a instabilidade emocional em C-J com DC, os comportamentos de externalização, o conflito interpares (Dekovic & Gerris, 1994; Denham et al, 2002) e a escassa eficiência dos serviços a prestar às pessoas com DC (Schalock, Brown, Brown, Cummins, Felce, Matikka, Keith & Parmenter, 2002) limitam-lhes o seu bem-estar pessoal. Para que subsistam os mesmos direitos educacionais e de cidadania nas C-J com DC é necessário que sejam considerados e investigados aspetos similares aos das C-J sem deficiência, nomeadamente na sua transição para a vida ativa, uma vez que se verifica pouca representação no mercado de trabalho, designadamente com DCL (Lueckling & Fabian, 1997, Abbeduto, Seltzer, Shattuck, Krauss, Orsmond, Murphy, 2004; Lanza, Rhoades, Rhoades, NIX, Greenberg, 2010).

Segundo alguns autores, são também um grupo representativo de um estrato social baixo, com um estado de pobreza relativa e desconhecimento das informações básicas referentes aos seus direitos cívicos (Belsky et al 1995; Spinath & O'Connem 2003, cit.in Glidden, Bamberger, Turek & Hill, 2009). Propomos, por conseguinte, que se aprofunde o

estudo do BES em C-J com DC, emergindo a necessidade de um estudo às iniciativas do poder local político/económico, capazes de potencializarem um maior envolvimento na sociedade, mais responsável e produtivo deste grupo social. Estes resultados têm implicações a vários níveis políticos e intervenções educativas, designadamente na promoção do BES.

O estatuto profissional dos pais é compreendido como um fator positivo, bem como a classe social e a qualidade interativa entre pais-criança (Hoff-Ginsberg & Tardif, 1995, cit. in Glidden, Bamberger, Turek & Hill, 2009; Albin et al. 1996, cit. in Emerson, 2003). Nesse sentido, outra possibilidade de estudo a explorar seria avaliar a diferença na descrição do BES em C-J com DC e sem DC, em famílias com diferentes estratos económico/social.

Uma das limitações do nosso estudo reporta-se à área geográfica, C-J da zona norte de Portugal, não permitindo abranger a generalidade dos resultados.

Outra limitação restringe-se à recolha de dados através de instrumentos de autorrelatos, atendendo que a maioria dos indivíduos com DC tem dificuldade em fazer uma autoavaliação, suscetível de influenciar os dados devido à natureza subjetiva da avaliação, podendo, nesse caso, recorrer-se aos proxies (Cummins, 2002; Stancliffe, 1999; Felce 2002; Pickard, & Knight, s/d), independentemente da controversa que isso possa implicar (Pickard, & Knight, (s/d), Cummins, 2002). Ou seja, apesar de termos avaliado a capacidade em ler e compreender o conteúdo dos itens, a limitação intelectual das capacidades dos alunos com DC pode ter influenciado essa capacidade de ler e compreender o seu funcionamento interno, pelo que os resultados deverão ser interpretados com precisão. O ideal do futuro estudo seria combinar autoavaliação com heteroavaliação, isto é, combinar a avaliação dos próprios com a perspetiva dos proxies.

## 5. Referências Bibliográficas

- Abbeduto, L., Seltzer, M. M., Shattuck, P., Krauss, M. W., Orsmond, G., Murphy, M. M. (2004). Psychological Well-Being and Coping in Mothers of Youths With Autism, Down Syndrome, or Fragile X Syndrome. *American journal on mental retardation*, 109, 237–254.
- Almqvist, L., & Granlund, M. (2005). Participation in school environment of children and youth with disabilities: A person-oriented approach. *Scandinavian Journal of Psychology*, 46, 305–314.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4.<sup>a</sup> ed., texto revisto, J.N. Almeida, trad.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Antunes, C. (2005). *As Inteligências Múltiplas e Seus Estímulos*. Porto: Edições Asa.
- Arita, B. Y., Romano, S., Garcia, N., Félix, M. R. (2005). Indicadores objetivos y subjetivos de la qualidade de vida. *Enseñanza e Investigacion en psicologia*, vol.10, 93-102.
- Arocena, F.A.L., Lucero, J. C.V., Muñiz, J. G. (2005). Satisfacción con la vida de algunos colectivos mexicanos: una discusión sobre la psicología del bienestar subjetivo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10, 325-336.
- Associação Americana de Deficiência Mental (2004). *Retraso Mental: Classificación y Sistemas de Apoio (décima edición)*. Madrid: Alianza Editorial.
- Bairrão, J.; Felgueiras, I; Fontes, P.; Pereira, F. & Vilhena, C. (1998). *Os alunos com Necessidades Educativas Especiais: subsídios para o Sistema de Educação*. Lisboa: Conselho Nacional de Educação, Ministério da Educação.



- Ballesteros, B. P., Medina, A., Caycedo, C. (2006). El bienestar psicológico definido por asistentes a un servicio de consulta psicológica en Bogotá, Colombia. *Univ. Psychol*, 5 (2): 239- 258.
- Beart, S., Hardy, G., & Buchan, L. (2005). How People with Intellectual Disabilities View Their Social Identity: A Review of the Literature. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18, 47–56.
- Berger, C., Alcalay, L., Torretti, A., & Milicic, N. (2010). Socio-emotional Well-Being and Academic Achievement: Evidence from a Multilevel Approach. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24 (2), 344-351.
- Berger, C., Alcalayb, L., Torrettib, A., & Milicicb, N. (2011). Bem-Estar Sócio-Emocional e Desempenho Académico: Evidência desde uma Abordagem Multinível. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24 (2), 344-351.
- Blackorby, J., & Cameto, R. (s/d). Changes in the School Engagement and Academic Performance of Students with Disabilities. *Engagement and Academics*, 8-24.
- Blackorby, J., & Wagner, M. (s/d ). Students with Disabilities in Elementary and Middle School: Progress among Challenges, 7-12
- Blanco, A., Diaz D. (2005). El Bienestar Social: su concepto y medicion. *Psicothema*, 17, 582-589.
- Bordwine, V. C., & Huebner E. S. (2010). The Role of Coping in Mediating the Relationship Between Positive Affect and School Satisfactio in Adolescents. *Child Ind Res*, 3, 349–366, Doi 10.1007/s12187-010-9063-5
- Borges, A., Matos, M. G., & Diniz, J. A. (2011). Processo Adolescente e Saúde Positiva: Âmbitos Afectivo e Cognitivo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24 (2), 281-291.

- Burt, K. B. & Roisman, G. I. (2010). Competence and psychopathology: Cascade effects in the NICHD Study of Early Child Care and Youth Development. *Development and Psychopathology* 22, 557–567, Doi: 10.1017/S0954579410000271
- Camacho, I., Tomé, G., Matos, G.M., Gamito, P., Diniz, J. A. (2010). A Escola e os Adolescentes: Qual a Influência da família e dos amigos?. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente. Journal of child and adolescent Psychology*. 1, 101- 115.
- Candeias, A. A. (2006). *Crianças diferentes. Múltiplos olhares sobre como avaliar e intervir.* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de Évora/PRODEP. Évora.
- Capellini, V. L. M. F., & Rodrigues O. M. P. R. (2009). Concepções de professores acerca dos fatores que dificultam o processo da educação inclusiva. *Educação, Porto Alegre*, 32 (3), 355-364.
- Capucha, L. (2008). *Encontro Temático “Educação Especial”. Escola Inclusiva e Educação Especial.* DGIDC.
- Casas, F., Rosich, M., Alsinet, C. (2000). El bienestar psicológico de los preadolescentes. *Anuário de Psicologia*, n.º 2, 73-86.
- Correia, L. M. (1997). *Alunos com Necessidades Educativas Especiais na Sala de Aula.* Porto, Porto Editora.
- Correia, L. M. (2004). Problematização das dificuldades de aprendizagem nas Necessidades Educativas Especiais. *Análise Psicológica*, 2, 369-376.
- Cox, M. J., Mills-Koonce, R., Propper, C., & Gariépy, J-L.(2010). Systems theory and cascades in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology* 22 , 497–506, doi:10.1017/S0954579410000234
- Cruz, V. (1999). *Dificuldades de Aprendizagem Fundamentos.* Porto: Porto Editora.
- Cuadra, L. H., Florenzano, U. R. (2003). El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12(1), 83-96.

- Cummins, R. A. (2010). Subjective Wellbeing, Homeostatically Protected Mood and Depression: A Synthesis. *J Happiness Stud* , 11:1 – 17.
- Cummins, R. A., Lau, A. A., & Mellor, D. (2009). Encouraging Governments to Enhance the Happiness of Their Nation: Step 1: Understand Subjective Wellbeing. *Soc Indic Res* , 91: 23 - 36.
- Dagnan, D. (2008). Psychological and Emotional Health and Well-Being of People with Intellectual Disabilities. *Learning Disability Review*, 13, 3-8.
- Davis, E., Nicolas, C. Waters, E., Cook, K., Gibbs, L., Gosch, A. (s/d). *Auto-relatos das crianças e relatos dos pais-intermediários, relativamente à qualidade de vida relacionada com a saúde: a utilização dos métodos qualitativos como forma de explicar a discordância*. Ulrike Ravens-Sieberer.
- Declaração de Lisboa (2007). Pontos de Vista dos Jovens sobre Educação Inclusiva. Lisboa: DGIDC.
- Declaração de Salamanca (1994). *Adoptada pela Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais: Acesso e Qualidade*. UNESCO.
- Declaração de Salamanca sobre Princípios, Políticas e Práticas na Área das Necessidades Educativas Especiais* (1994). UNESCO. Retirado em 14 agosto de 2011 de <http://sitio.dgicd.min-edu.pt/especial/Documents/declaracao-salamanca.pdf>.
- Decreto-lei nº 3/2008, de 7 de Janeiro. (2008). Diário da Republica nº 8/2008 – I Série A. Ministério da Educação. Lisboa.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95 (3), 542-575.
- Diener, E. (1995). Value Based Index for Measuring National Quality of Life. *Social Indicators Research*, 36, 107-127.

- 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., Oishi, S., Lucas, R. (2003) Personality, Culture, Aand Subjective Well-Being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life *Annuall Review Psychol.* 54:403–25
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective Well - Being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin* , 125 (2): 276 - 302.
- Dinis, L. (2011). *Personalidade e Bem-estar Subjectivo*. (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada do Porto, Porto.
- Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (2008). *Educação Especial, Manual de Apoio à Prática*. Lisboa: Ministério da Educação. DGIDC.
- Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (2009). *Educação inclusiva: da retórica à prática*. Resultados do Plano de Ação de 2005 a 2009. Estoril. DGIDC.
- Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (2011). *Educação inclusiva e educação especial*. Indicadores-Chave para o Desenvolvimento das Escolas. Um Guia para Directores. Lisboa. DGIDC.
- Eisenhower, A., & Blacher, J. (2006). Mothers of young adults with intellectual disability: Bmultiple roles, ethnicity and well-being. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50 (12), 905-916.
- Elliott, A. F., McGwin, G., & Owsley, C. (2009). Health-related quality of life and visual and cogntive impairment among nursing home residents. *Br J Ophthalmol*, 93(2): 240–243, doi:10.1136/bjo.2008.142356.
- Embregts, P. J.C.M. (2000). Reliability of the Child Behavior Checklist for the assessment of behavioral problems of children and youth with mild mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*, 21, 31 – 41.

- Emerson, E. (2003). Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual*, 47, 51-57.
- Felce, D. (1997). Defining and applying the concept of quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41, 126-135.
- Fenning, R. M., Baker, B. L., & Juvonen, J. (2011). Emotion Discourse, Social Cognition, and Social Skills in Children With and Without Developmental Delays. *Child Development*, 82, 717–731, DOI: 10.1111/j.1467-8624.2010.01569.x
- Galinha, I., & Ribeiro, J.L. P. (2005). História e evolução do conceito de Bem-Estar Subjectivo. *Psicologia, saúde & doenças*, 6 (2), 203-214.
- García-Viniegras, C. R. V., Benítez, I. G. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 16 (6):586-92.
- Gaspar, T. (2008). Promoção do bem-estar na adolescência: Impacto do estatuto socioeconómico e do estatuto migrante. *Análise Psicológica*, 2, 265-279.
- Gaspar, T., Matos, M. G., Ribeiro, J. L. P., Leal, I., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U. (2010). kiddy screen: quality of life in children and adolescents. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 1, 49-63.
- Gilman, R., & Huebner (2006). Characteristics of Adolescents Who Report Very High Life Satisfaction. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 311–319. DOI: 10.1007/s10964-006-9036-7
- Gilman, R., Huebner, E. S. & Laughlin, J. E. (2000). A first study of the multidimensional students' life satisfaction scale with adolescents. *Social Indicator Research*, 52, 135-160.
- Gispert, C. (1997). *Manual Merck de saúde para a família*. New Jersey. White house station.

- Glidden, L. M., Bamberger, K. T., Turek, K. C., & Hill K. L. (2009). Predicting Mother/Father-Child Interactions: Parental Personality and Well-being, Socioeconomic Variables and Child Disability Status. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 23*, 3-13.
- Gomes, A. L. L., Fernandes, A. C., Batista, C. A. M., Salustiano, D. A., Mantoan, M. T. E., Figueiredo, R. V. (2007). *Atendimento Educacional Especializado. Deficiência Mental*. SEESP / SEED / MEC. Brasília
- Gómez, V., Posada, C. V., Barrera, F., Cruz, J. E. (2007). Factores predictores de bienestar en una muestra colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología, 39* (2), 311-325.
- Grandmontagne, A. G., Fernández, A. R., Garcia, S. R. A. (2004). Bienestar psicológico y autoconcepto físico en la adolescência y juventude. *Psiquis, 25* (4), 141-151.
- Guedes, J. V. M. C. (2009). Modelação longitudinal do bem-estar psicológico com modelos de trajetória latente. Tese de mestrado não publicada, ISCTE Business School, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, cidade?
- Guerra, N. G., Graham, S., Tolan, P. H. (2011). Raising Healthy Children: Translating Child Development Research Into Practice. *Child Development, 82*, 7-16, Doi: 10.1111/j.1467-8624.2010.01537.x
- Hernández, P. (2006). Inteligencia emocional y moldes mentales en la explicación del bienestar subjetivo. *Ansiedad y Estrés, 12* (2-3), 439-462.
- Hoffmann, R. A., Tafner M. A., Fischer, J. (S/data). *Paralisia cerebral e aprendizagem: um estudo de caso inserido no ensino regular*. Instituto Catarinense de Pós-Graduação.
- Huebner (1997). Escala Breve de Satisfação com a Vida. Adaptação Portuguesa: Paulo Moreira, Universidade Lusíada do Porto. Porto
- Huebner, E. S. (1994). Preliminary Development and Validation of a Multidimensional Life Satisfaction Scale for Children. *Psychological Assessment, 6* ( 2), 149-158.~

- Jesus, S. N., Martin, M. H. (2004). *Práticas educativas para a construção de uma escola inclusiva*. Retirado em 26 de agosto, 2011, de [www.icpg.com.br](http://www.icpg.com.br).
- Jiménez, R (1997). *Educação Especial e Reforma Educativa. Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivro.
- Juster, R.-P., Bizik, G., Picard, M., Arsenault-Lapierre, G., Sindi, S., Trepanier, L., Marin, M.-F., Wan, N., Sekerovic, Z., Lord, C., Fiocco, A. J., Plusquellec, P., Mcewen, B. S., & Lupien, S. J. (2011). A transdisciplinary perspective of chronic stress in relation to psychopathology throughout life span development. *Development and Psychopathology*, *23*, 725–776, Doi:10.1017/S0954579411000289
- Kirk, A. S. & Gallagher, J. J. (1987). *Educação da criança excepcional*. São Paulo: Martins Fontes Editora.
- Klimes-Dougan, B., Long, J. D., Lee, C. S., Ronsaville, D. S., Gold, P. W., & Martinez, P. E. (2010). Continuity and cascade in offspring of bipolar parents: A longitudinal study of externalizing, internalizing, and thought problems. *Development and Psychopathology* *22*, 849–866, doi:10.1017/S0954579410000507
- Lanza, S.T., Rhoades, Rhoades, B. L., NIX, R. L., Greenberg, M. T. (2010). Modeling the interplay of multilevel risk factors for future academic and behavior problems: A person-centered approach. *Development and Psychopathology*, *22*, 313–335, doi:10.1017/S0954579410000088
- Laurent, J., Catanzaro, S. J., Rudolph, K. D., Jr. Joiner, T. E., Potter, K. I., Lambert, S., Osborne, L., & Gathright, T. (1999). A Measure of Positive and Negative Affect for Children: Scale Development and Preliminary Validation. *Psychological Assessment*, *11*(3), 326-338.

- Lewis, A. & Porter, J. (s/d). *Interviewing children and young people with learning disabilities: Guidelines for researchers and multi-professional practice*. Birmingham: School of Education, University of Birmingham.
- Lewis, A. D., Huebner, E. S., Malone, P. S., Valois, R. F. (2010). Life Satisfaction and Student Engagement in Adolescents. *Empirical Research J Youth Adolescence*. (s/p), DOI 10.1007/s10964-010-9517-6
- Lloyd, T., & Hastings, R. P. (2009). Parental locus of control and psychological well-being in mothers of children with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 34(2), 104–115.
- Lyon, G. R. (1996). The Future of Children. *Special education for students with disabilities*, 6, 54-76.
- Lyubomirsky, S. (2001). Why are some people happier than others? The role of cognitive and motivational processes in well-being. *American Psychologist*, 56, 239–249.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K.M., Schkade, D. (2005) Pursuing Happiness: The Architecture of Sustainable Change, *Review of General Psychology* 9 (2), 111 – 131; p. 116), DOI: 10.1037/1089-2680.9.2.111
- Magaña, S., Seltzer, M. M., Krauss, M. W., Rubert, M., Szapocznik, J. (2002). Well-Being and Family Role Strains Among Cuban American and Puerto Rican Mothers of Adults with Mental Retardation. *The Haworth Press*, 5, 31-55.
- Marques, A. M. (2005). *SER + Programa de Desenvolvimento Pessoal e Social para Crianças, Jovens e Adultos Portadores de Deficiência Mental*. Projecto Ser Criança. Lisboa. APF.



- Matos, M. G. (2010). Prevenção da Violência Interpessoal em Meio Escolar: os Professores, as Famílias e a Comunidade também marcam uma diferença?. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente / Journal of child and adolescent Psychology, 1*, 65- 79.
- McClintock, K., Hall S., & Oliver, C. (2003). Risk markers associated with challenging behaviours in people with intellectual disabilities: a meta-analytic study. *Journal of Intellectual Disability Research, 47* (6), 405-416.
- McGillivray, J. A., Lau , A. L. D., Cummins, R. A. & Davey, G. (2009). The Utility of the Personal Wellbeing Index Intellectual Disability Scale in an Australian Sample. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 22*, 276–286.
- Mcintyre, L. L., Kraemer, B. R., Blacher, J., Simmerman, S. (2004). Quality of life for young adults with severe intellectual disability: mothers' thoughts and reflections. *Journal of Intellectual & Developmental Disability, 29*, 131–146. doi: 10.1080/13668250410001709485
- Ministério da educação (2005). *Necessidades Educativas Especiais*. Gabinete da ministra. Editorial do Ministério da Educação. Lisboa: DGIDC.
- Ministério da Educação (2008). *Avaliação e Intervenção na Área das NEE*. Lisboa: DGIDC.
- Ministério da Educação (2008). *Educação Especial*. Lisboa: DGIDC.
- Miranda, M. J. C. (2006). *A Imagem da Trissomia 21 na Deficiência Mental*. Documento não publicado. Universidade Lusíada do Porto: Porto. Trabalho final de Pós-graduação, apresentação em 31-07-2006.
- Montero, I., & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 3*, 847-862.
- Moreira, P.; Crusellas, L.; Sá I. (2004). A Alfabetização emocional: Da formulação teórica às evidências da investigação. Os primeiros passos de uma revolução. *Revista portuguesa de investigação educacional, 3*, 25- 45.

- Mugno, D., Ruta, L., D'Arrigo, V. G., & Luigi, M. (2007). Impairment of quality of life in parents of children and adolescents with pervasive developmental disorder. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5-22. doi:10.1186/1477-7525-5-22
- Neto, F. (1999). Satisfação com a vida e características de personalidade. *Psychologica*, 22, 55-70.
- Nielsen, L. B. (1999). *Necessidades Educativas Especiais na Sala de Aula: um guião para professores*. Porto: Porto Editora.
- Nota, L., Soresi, S. & Perry, J. (2006). Quality of life in adults with an intellectual disability: the Evaluation of Quality of Life Instrument. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50 (5), 371-385, doi: 10.1111/j.1365-2788.2006.00785.x
- Nunes, L. N. V. (2009). *Promoção do Bem-Estar Subjectivo dos Idosos através da Intergeracionalidade*. Tese de mestrado não publicada. Coimbra: Universidade de Coimbra Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra.
- Oliveira, G. F., Costa J. P. S.P., Rodrigues G. E. A. (2008). Satisfação com a Vida em Portadores de Necessidades Especiais. *Saúde coletiva: Coletânea*, 2, ISSN: 1982-1441.
- Olsson, M. B., Larsman, P., & Hwang, P. C. (2008). Relationships Among Risk, Sense of Coherence, and Well-Being in Parents of Children With and Without Intellectual Disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 5, 227–236.
- Omar, A., Paris, L., Souza, M. A., Silva, S. H. A., Peña, R. P. (2009). Validación del inventario de bienestar subjetivo con muestras de jóvenes y adolescentes argentinos, brasileros y mexicanos. *Suma Psicológica*, 16, (2), 69-84.
- Pais-Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In Cruz, J. P., Jesus, S. N., & Nunes, C. (Coords.). *Bem-Estar e Qualidade de Vida*, 31-49

- Park, N., Huebner, S. E., Laughlin, J. E., Valois, R. F. & Gilman, R. (2004). A cross-cultural comparison of the dimensions of child and adolescent life satisfaction reports. *Social Indicators Research*, 66, 61–79.
- Pickard, A. S., & Knight, S. J. (s/d). *A Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, feita pelos Intermediários. Um quadro conceptual para a compreensão das múltiplas perspectivas dos Intermediários*. Chicago: Faculdade de Farmácia da Universidade de Illinois.
- Porter, G. (1994). *Organização das Escolas: conseguir o acesso e a qualidade através da inclusão*. Comunicação apresentada na Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais: Acesso e Qualidade. Salamanca.
- Quevedo, R. J. M., Abella, M. C. (2010). El papel del optimismo y del apoyo social en el bienestar subjetivo. *Salud Mental*, 33:39-46.
- Rimmerman, A., & Muraver, M. (2001). Experiencing Undesired Daily Life Events, Instrumental Functioning, Social Support and Well-Being of Israeli Elderly Women: Comparison Between Caregivers/ Non-Caregivers for Adult Children with Mental Retardation. *Journal of Women & Aging*, 13(2), 57-69.
- Rocha & Moreira (2010). *Escala de Tonacionalidade Emocional*. Manuscrito não publicado. Universidade Lúsiada do Porto.
- Rodrigues M. L. R. ( s/d). Aprender todos juntos: Unidade de Apoio a Alunos com Multideficiência. Lisboa: DGIDC. Retirado de <http://www.dgfdc.min-edu.pt.>, em 14 agosto de 2011.
- Rodríguez-Carvajal, R., Méndez, D. D., Moreno-Jiménez, B., Dirk van Dierendonck, A. B. B. A. (2010). Vitalidad y recursos internos como componentes del constructo de bienestar psicológico. *Psicothema*, 22, 63-70.

- Sabornie, E. J., Cullinan, D., Osborne, S. S. Brock, L. B. (s/d1994). *Aptidão Intelectual, Acadêmica e Comportamental dos estudantes com deficiências de grande incidência: uma metanálise*. Carolina do Norte: Universidade da Carolina do Norte.
- Sagiv, L. & Schwartz, S.H. (2000) 'A new look at national culture: illustrative applications to role stress and managerial behavior'. *The Handbook of Organizational Culture and Climate*, 417–436.
- Santos, P.J. & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da Escala de Auto-Estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 253-268.
- Santos, T. P. (2006). Olhares sobre a Diferença: representações de crianças e jovens. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Aplicada. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Santos, T. P. (2006). *Olhares sobre a Diferença: representações de crianças e jovens*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Aplicada. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Schalock, R. L., Brown, I., Brown, R., Cummins, R. A., Felce, D., Matikka, L., Keith, K., & Parmenter, T. (2002). Conceptualization, Measurement, and Application of Quality of Life for Persons With Intellectual Disabilities: Report of an International Panel of Experts. *Mental retardation*, 40, 6: 457–470.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Semrud-Clikeman, M. (2005). Neuropsychological Aspects for Evaluating Learning Disabilities. *Journal of learning disabilities* 38, 563–568.

- Sheehy, K., & Nind, M. (2005). Emotional well-being for all: mental health and people with profound and multiple learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*, 33, 34–38.
- Shin, J. Y., Crittenden, K. S. (2003). Well-being of mothers of children with mental retardation: An evaluation of the Double ABCX model in a cross-cultural context. *Asian Journal of Social Psychology*, 6, 171-184.
- Shonkoff, J. P., Bales, S. N. (2011). Science Does Not Speak for Itself: Translating Child Development Research for the Public and Its Policymakers. *Child Development*, 82, 17 – 32.
- Silva, A. B., Matos, M.G., Diniz, J.A. (2010). Escola e Bem-estar Subjetivo nas crianças e adolescentes. *Journal of child and adolescent Psychology*, 1, 117-139.
- Simeonsson, R. J., Ferreira M. S., Maia M., Pinheiro S., Tavares A., Alves S. (2010). *Projecto da Avaliação Externa da Implementação do Decreto-Lei n.º 3/2008. Relatório Final. Relatório Final Projecto da Avaliação Externa da Implementação do Decreto-Lei n.º 3/2008*. Lisboa. DGIDC.
- Simões, A. (1993). São os homens mais agressivos que as mulheres?. *Rev. Port. de pedagogia*, 3, 387-404.
- Simões, C., Matos, G.M., 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?. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente/ Journal of child and adolescent Psychology* 1, 81-99.
- Simonsen, B., Shaw, S. F., Faggella-Luby, M., Sugai, G., D. Coyne, M., Rhein, B., Madaus, J. W., & Alfano, M. (2010). A Schoolwide Model for Service Delivery: Redefining

Special Educators as Interventionists. *Remedial and Special Education*, 31, 17-23, DOI: 10.1177/0741932508324396

Siqueira, M. M. M., & Padovam, V. A. R. (2008). Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24 (2), 201-209.

Stanovich, K. E. (2005). The Future of a Mistake: Will Discrepancy Measurement Continue to Make the Learning Disabilities Field a Pseudoscience?. *Learning Disability Quarterly*, 28,103-106.

Taylor, S. E., Way, B. M. & Seeman, T. E. (2011). Early adversity and adult health outcomes. *Development and Psychopathology* 23, 939–954, Doi:10.1017/S0954579411000411

Unesco (1994). *Necessidades Educativas Especiais*. Inovação, Lisboa.

Vaughn, S. & Fuchs, L. S. (2003). Redefining Learning Disabilities as Inadequate Response to Instruction: The Promise and Potential Problems. *Learning Disabilities Research & Practice*, 18 (3), 137–146.

Wornock, N. (1978). *Special Education Needs: Report of the Committe of Enquiry the Education of Handicapped Children and Young People, Her Mahesty's Stationary Office*. Londres.

Yampolsky, M. A., Wittich, W., Webb, G., & Overbury, O. (2008). The Role of Spirituality in Coping with Visual Impairment. *Journal of Visual Impainnmi & Blindness*, 28-39.