



Universidades Lusíada

Sereno, Ana

Simões, Maria Celeste Rocha

Resiliência e adolescência : estudo da relação entre factores de resiliência e qualidade de vida em adolescentes com deficiência motora

<http://hdl.handle.net/11067/757>

<https://doi.org/10.34628/k4mq-ey37>

Metadados

Data de Publicação

2013

Resumo

Este estudo procurou analisar um conjunto de fatores associados à resiliência em adolescentes com deficiência motora em diferentes contextos sociais (familiar, escolar, comunidade e grupo de pares) e a sua relação com o bem-estar e qualidade de vida. O estudo foi constituído por uma amostra de 22 adolescentes com deficiência motora. Os instrumentos utilizados para a recolha de dados foram duas escalas de resiliência - Healthy Kids Resiliency Assessment Module e Resiliency Scales for Adolescents,...

Palavras Chave

Resiliência (Traço da personalidade) na adolescência, Jovens com deficiência - Psicologia

Tipo

article

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-IPCE] RPCA, v. 04, n. 2 (Julho-Dezembro 2013)

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T05:24:39Z com informação proveniente do Repositório

**RESILIÊNCIA E ADOLESCÊNCIA: ESTUDO DA RELAÇÃO
ENTRE FACTORES DE RESILIÊNCIA E QUALIDADE DE
VIDA EM ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA MOTORA.**

**RESILIENCE AND ADOLESCENCE: A STUDY OF THE
RELATIONSHIP BETWEEN RESILIENCE FACTORS AND
QUALITY OF LIFE IN ADOLESCENTS WITH PHYSICAL
DISABILITIES.**

Ana Sereno

Celeste Simões

Faculdade de Motricidade Humana

Contacto para correspondência:

Celeste Simões

csimoes@sapo.pt

Resumo: Este estudo procurou analisar um conjunto de fatores associados à resiliência em adolescentes com deficiência motora em diferentes contextos sociais (familiar, escolar, comunidade e grupo de pares) e a sua relação com o bem-estar e qualidade de vida.

O estudo foi constituído por uma amostra de 22 adolescentes com deficiência motora. Os instrumentos utilizados para a recolha de dados foram duas escalas de resiliência - *Healthy Kids Resiliency Assessment Module* e *Resiliency Scales for Adolescents*, uma escala de avaliação de qualidade de vida - *Instrumento Kidscreen - 52*, e uma *Checklist* de Acontecimentos de Vida. Os resultados obtidos mostraram uma associação entre os diversos recursos internos e externos associados à resiliência e a qualidade de vida.

Estes resultados apontam para a necessidade de sensibilização/formação dos principais agentes que participam na vida destes adolescentes no sentido de promoverem o seu bem-estar e qualidade de vida.

Palavras-Chave: Resiliência; Adolescência; Qualidade de Vida; Contextos Sociais.

Abstract: This study sought to analyze a number of factors associated to resilience in adolescents with physical disabilities in different social contexts (family, school, and community and peer group) and their relationship with the well-being and quality of life.

The study consisted of a sample of 22 adolescents with physical disabilities. The measurement instruments used for data collection were two scales of Resiliency Healthy Kids Resiliency Assessment Module and Resiliency Scales for Adolescents, a quality life scale - Kidscreen - 52, and a Life Events Checklist. The results showed an association between various internal and external assets associated to resilience and quality of life.

These results point to the importance of awareness and training of key elements involved in these adolescents lives in order to promote their well - being and quality of life.

Key-words: Resilience; Adolescence; Quality of Life; Social Contexts.

Introdução

A adolescência é um período da vida repleta de desafios: a relação com o corpo, a autonomia, a comunicação com os pais, o relacionamento interpessoal com os o pares, entre outros. Para os adolescentes com Necessidades Especiais (NE) além dos desafios próprios deste período, os jovens encaram os desafios suplementares na conquista da sua autonomia e identidade (Canha & Neves,2008) Ao longo da adolescência, os jovens com deficiência apresentam sentimentos ambíguos, como por exemplo, a rejeição e a proteção familiar, a inclusão e a separação. Estes dilemas podem dificultar a vivência dos adolescentes neste período (Montanari, 1999) e contribuir para uma instabilidade ao nível emocional e afetivo.

Os adolescentes movimentam-se numa série de contextos sociais: a família, a escola e o grupo de pares. Estes envolvimento são espaços de apoio, de diálogo acerca dos problemas que estão presentes na vida do adolescente (Simões, 2007). Para fazer face às adversidades, os adolescentes apresentam recursos internos e externos que os protegem das situações de risco. A resiliência descreve-se pela capacidade do individuo responder às adversidades da vida com uma atitude positiva, com a combinação entre os envolvimento em que está inserido. A etapa

da adolescência é importante para desenvolver e fortalecer os fatores protetores e prevenir os fatores de risco, e conseqüentemente potenciar a resiliência (Paladini, Daverio, Moreno & Montero, 2005).

Os vários contextos sociais apresentam diversos fatores de risco e de proteção, estes fatores possuem um impacto negativo e positivo na qualidade de vida. A qualidade de vida pode ser desenvolvida numa interação do indivíduo com o meio ambiente e a discrepância entre os objetivos planejados e concretizados (Brown & Brown, 2004).

Qualidade de Vida e Fatores Associados

A qualidade de vida é um conceito de difícil definição pela sua abrangência e variação intercultural. A Organização Mundial de Saúde (O.M.S.) define qualidade de vida como a saúde física e psicológica, a independência e as relações com os contextos sociais. A O.M.S. refere também que a percepção do indivíduo acerca da sua posição nos vários envolvimento, os seus objetivos, expectativas e preocupações complementam o conceito de qualidade de vida (WHO, 1994; WHOQOL, 1996). Harding (2001) refere que a qualidade de vida está relacionada com fatores de bem-estar do indivíduo (físico, psicológico e social).

Teixeira (2000), tendo por referência um estudo da O.M.S., afirma que para muitos indivíduos, a qualidade de vida está relacionada com a capacidade de realizar as tarefas diárias de forma autónoma e sem qualquer restrição às mesmas. A qualidade de vida para algumas pessoas significa ter a liberdade de escolher, tendo um leque de opções (Brown & Brown, 2004).

Uma questão central no âmbito da qualidade de vida são as dimensões que a compõem. De acordo com a O.M.S. a qualidade de vida apresenta seis domínios: (i) físico; (ii) psicológico; (iii) nível de independência; (iv) relações sociais; (v) contexto; (vi) espiritualidade, incluídas no instrumento WHOOQOL-100 (Fleck, 2000). O *European Kidscreen Group* (2006, cit in *Aventura Social & Saúde*) salienta que a qualidade de vida descreve aspetos físicos, psicológicos, mentais, sociais e funcionais de bem-estar. Ainda neste âmbito, Schalock (1996, cit in Melo, 2008) refere que as dimensões da qualidade de vida são: bem-estar emocional, relações interpessoais, bem-estar material, desenvolvimento pessoal, bem-estar físico, autodeterminação, inclusão social e direitos. As dimensões nucleares da qualidade de vida são iguais para todas as pessoas, não existindo dimensões diferentes para grupos diferentes, como as pessoas com deficiência (Schalock, 1997, cit. in Melo, 2008).

Harding (2001) refere que a qualidade de vida está relacionada com fatores de bem-estar do indivíduo (físico, psicológico e social). Por isso os acontecimentos de vida negativos podem influenciar negativamente o bem-estar, na medida em que um fator de *stress* pode ter um efeito forte na vida do indivíduo se existir um ou mais fatores de risco (Kaplan, 1999). O número de fatores de risco é fundamental para a compreensão do processo de desajustamento, Rutter (1979) verificou que

quatro fatores de stress quadruplicavam o desenvolvimento de desajustamento em relação à combinação de três fatores de risco. Também Simões, Matos, Tomé e Ferreira (2008) verificaram, num estudo realizado com adolescentes com necessidades especiais, que a presença de quatro ou mais acontecimentos de vida negativos estavam associados a um decréscimo significativo nos níveis de bem-estar destes adolescentes.

A Resiliência como recurso para a Qualidade de Vida

Para além destas ameaças ao bem-estar, e conseqüentemente à qualidade de vida, as pessoas possuem também recursos que permitem lidar com estes riscos. Uma pessoa resiliente supera as adversidades recorrendo aos seus recursos internos e externos, conseguindo ultrapassar os problemas, mas provocando uma transformação positiva, uma nova forma de estar e de agir (Tavares, 2001).

Os recursos internos constroem-se a partir dos recursos externos, por isso é fundamental que a sociedade promova os recursos externos necessários para um desenvolvimento saudável dos jovens (Constantine, Benard & Diaz, 1999). Oishi, Diener e Lucas (2009) salientam que as relações sociais são muito importantes para o bem-estar dos indivíduos, pois as pessoas necessitam de relações positivas para sustentar o seu bem-estar. Deste modo, a resiliência é um processo que conduz o indivíduo a uma qualidade de vida em situações adversas com mais ou menos fatores de risco.

O modelo conceptual da resiliência e desenvolvimento na adolescência de Benard de 1995 assenta na interação entre os recursos ambientais e os recursos internos. Os recursos externos presentes nos vários envolvimentos (família, escola, pares e comunidade) promovem resultados positivos em diversas áreas (social, académica, saúde). Benard (2004) refere que é importante que nos vários envolvimentos existam relações afetivas, expectativas elevadas e oportunidades de participação. As ligações afetivas nos vários contextos sociais são fundamentais para a promoção de um desenvolvimento saudável, e pelo menos uma pessoa de apoio é muito importante para uma boa adaptação na confrontação com o risco. As expectativas elevadas desenvolvem nos adolescentes sentimentos de autoestima, autoeficácia, autonomia e otimismo. As oportunidades de participação promovem um sentido de responsabilidade e a capacidade de tomar decisões.

Figura 1. Modelo Conceptual da Resiliência e Desenvolvimento na Adolescência de Benard (Adaptado de Institute of Education Sciences, 2007)



Os jovens com fracas relações afetivas com os familiares e amigos, e que se mostram vulneráveis ao surgimento de determinados problemas, como a depressão e a ansiedade, estão num risco muito elevado para apresentarem comportamentos negativos face às adversidades (McWhirter, McWhirter, McWhirter, McWhirter, 1998). Pelo contrário, um contexto familiar adequado que promove no adolescente competências sociais satisfatórias (Lieberman, Doyle & Markiewicz, 1999, cit in Simões, 2007), no qual os adolescentes apresentam um sentimento de proximidade com os pais, sentem que a família se preocupa com eles e que mostram satisfação com o envolvimento familiar têm menos probabilidade de apresentarem comportamentos de risco (Silliman, 1994). Em relação ao contexto escolar, vários estudos referem que a perceção de segurança na escola, uma ligação afetiva com os colegas e professores e um sentimento de pertença à escola são fatores de proteção que promovem o sucesso académico e o bem-estar geral (Simões et al, 2008). A corroborar estas afirmações, Simões, Matos, Moreno, Rivera, Batista-Foguet e Simons- Morton (2012) afirmam que a apreciação que os professores fazem sobre as capacidades dos alunos contribui para o seu bem-estar. Tal como em relação aos fatores de proteção, Yunes e Szymanski (2001) salientam que os fatores de risco devem ser considerados como um processo e não como uma variável. Estes autores associam os fatores de risco com as adversidades vivenciadas pelos indivíduos, causando problemas físicos, sociais e emocionais. Garmezy (1993) afirma que a aglomeração dos fatores de risco presenciados por um indivíduo é muito negativo, pois começam a destruir os recursos internos e externos do indivíduo, tendo como consequência a diminuição da resiliência.

Em relação aos fatores individuais, estes podem contribuir ou não para a qualidade de vida. A comunicação é um fator individual muito importante para a qualidade de vida, pois através desta, os adolescentes iniciam relações sociais, estas fundamentais para o desenvolvimento pessoal e social do adolescente. A cooperação e a comunicação estão associadas à capacidade de trabalhar em parceria e expressar sentimentos aos outros (Austin & Kilbert, 2000), estes dois fatores são essenciais para uma interação satisfatória com os vários contextos sociais. Canha e Neves (2008) afirmam que a tolerância às diferenças é a capacidade do indivíduo dar as suas opiniões e aceitar a dos outros. Este fator pode ser definido como a competência que o indivíduo possui para manter a interação com os outros aceitando as diferenças de opinião.

A autoeficácia é outro fator individual que também pode contribuir para o bem-estar, é caracterizada por um sentimento de valorização pessoal essencial para enfrentar as adversidades de uma forma positiva. O autoconhecimento é definido como a compreensão que temos de nós próprios e dos outros (Austin & Kilbert, 2000), assim Bandura (2001) afirma que a perceção que o adolescente tem de si próprio apresenta uma forte influência na realização das atividades e nas expectativas de futuro. Canha e Neves (2008) mencionam também que é essencial que os indivíduos tenham a perceção do que querem, sentem, pensam e fazem para planearem e ajustarem aos diversos contextos.

A Adolescência como etapa de Promoção da Resiliência

A adolescência é um período do ciclo de vida onde existem muitos desafios e obstáculos significativos para o adolescente. Nesta etapa, os adolescentes ao entenderem que não podem resolver os seus problemas sempre de modo eficaz, podem começar a apresentar comportamentos desajustados com a sua família e sociedade.

O estudo do HBCS realizado em 2010 (Aventura Social, 2010), dedicado ao estudo dos comportamentos e estilos de vida na adolescência, permite compreender que os factores de risco e protecção nesta etapa não são transversais a todos os adolescentes. Alguns factores como, por exemplo, o género e a idade são elementos importantes no processo de resiliência. Concretamente em relação ao género, este estudo concluiu que as raparigas apresentam mais frequentemente sintomas de mal-estar físico e psicológico e insatisfação com a vida, enquanto os rapazes mostram mais comportamentos de externalização (p.e. consumo de álcool e drogas, prática de atividade física) e maior satisfação com a vida. Em relação à escola, o mesmo estudo refere que os alunos continuam a gostar da escola, mas mostram grandes níveis de *stress* associados às tarefas escolares, que é maior nos adolescentes mais velhos. Neste estudo foram encontradas características protetoras de nível social e pessoal, como por exemplo, a comunicação com os pais, amigos, professores interessados nos alunos e capacidade de resiliência.

O período da adolescência também é uma fase em que os jovens mostram a

capacidade de confrontar, refletir, analisar e de tirar as suas próprias conclusões. Por isso, esta etapa é importante para desenvolver e fortalecer os fatores protetores e prevenir os fatores de risco, conseqüentemente potenciar a resiliência (Paladini et al, 2005).

Os adolescentes com NE podem apresentar dificuldades nas interações sociais, nomeadamente com os seus pares, e isso pode ter como consequência sentimentos de solidão e de depressão (Heiman & Margalit, 1998). A aceitação dos pares é muito importante porque através desta, os adolescentes com deficiência podem começar a encarar a vida e a deficiência de forma diferente, porque provavelmente estarão mais aptos para enfrentar a sua ansiedade sobre a deficiência e os desafios que a vida lhes coloca (Prumes, 2007).

No âmbito do projeto "Risco e Resiliência em Adolescentes com Necessidades Educativas Especiais", Simões et al (2008) efetuaram um estudo com o objetivo de conhecer os comportamentos de saúde e estilos de vida dos adolescentes com Necessidades Educativas Especiais (NEE), nos vários envolvimento sociais. Os resultados deste estudo mostram que os adolescentes com NEE praticam menos atividade física, apresentam dificuldade na comunicação com os dois progenitores, têm menos amigos, sentem que os professores têm expectativas baixas em relação a eles, apresentam sentimentos de tristeza e de solidão e são mais frequentemente vítimas de *bullying*. A família e a escola são os envolvimento mais importantes para estes adolescentes.

O estudo qualitativo efetuado por Sereno (2011) corrobora o estudo anterior que teve como objetivo identificar a percepção dos adolescentes com deficiência motora na relação que existe entre os fatores de resiliência e a qualidade de vida. Este estudo concluiu que para os adolescentes os fatores do envolvimento familiar e escolar estão associados à qualidade de vida. A família surgiu como um importante fator de proteção, nomeadamente a comunicação entre os diversos membros da família. No contexto escolar, as relações afetivas com os professores e as expectativas dos professores são fatores de proteção para uma qualidade de vida satisfatória, os jovens mencionaram que o apoio dos professores no esclarecimento de dúvidas e as suas expectativas têm um efeito positivo no seu bem-estar.

Ao nível dos fatores de risco na família, o estudo revelou que os conflitos familiares provocam um mal-estar nos adolescentes, pois uma comunicação adequada entre pais e filhos é essencial para a abordagem de diversos assuntos e para um desenvolvimento pessoal e social adequado. No envolvimento escolar, destacam-se como fatores de risco as competências académicas e o insucesso escolar. Os adolescentes destacaram que uma avaliação positiva ou negativa nas avaliações académicas são muito importantes para um sentimento de bem-estar.

Os aspetos teóricos apresentados na revisão bibliográfica colocam em evidência a existência de vários fatores envolvimentoais, determinantes para a qualidade de vida na adolescência. Estes contextos constituem os principais

envolvimentos de socialização, por isso podem apresentar fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento dos adolescentes.

Os adolescentes com NE, numa sociedade mais competitiva, são frequentemente alvo de discriminação, preconceito ou desconhecimento, estes comportamentos têm como consequência uma reduzida interação social nos vários contextos em que estão inseridos.

Este estudo quantitativo visa analisar os fatores de proteção e de risco associados ao bem-estar e à qualidade de vida dos adolescentes com deficiência motora, com a finalidade de uma reflexão por parte dos diversos contextos sociais de novas ações que vão ao encontro das necessidades e aspirações dos adolescentes com deficiência motora.

As questões de investigação deste estudo são:

1. De que modo os acontecimentos de vida negativos e positivos influenciam a qualidade de vida nos adolescentes com deficiência motora.
2. Em que medida os recursos externos (envolvimento familiar, envolvimento escolar, envolvimento na comunidade, envolvimento com os pares) associados à resiliência estão relacionados com a qualidade de vida nos adolescentes com deficiência motora.
3. Em que medida os fatores internos (Cooperação e Comunicação, Autoeficácia, Empatia, Resolução de Problemas, Autoconhecimento Objetivos e Aspirações) associados à resiliência estão relacionados com a qualidade de vida nos adolescentes com deficiência motora.
4. Em que medida alguns traços de resiliência (sentimento de domínio em relação à sua própria vida (MAS), os sentimentos em relação à interação com os outros (REL), e a reatividade (REA) estão relacionados com a qualidade de vida nos adolescentes com deficiência motora.

Metodologia

Amostra

A amostra deste estudo é composta por vinte e dois adolescentes com deficiência motora. Estes adolescentes apresentam idades compreendidas entre os 11 e os 19 anos ($M= 14,14$; $D.P.= 2,05$). A maior parte dos adolescentes é do género feminino ($n=13$). Os adolescentes estão a frequentar o 2º e 3º ciclo do ensino básico (5º ao 9º ano de escolaridade).

Instrumentos

Os instrumentos utilizados para a recolha de dados neste estudo empírico foram duas escalas de resiliência- *Healthy Kids Resiliency Assessment Module* (Martins, 2005) e *Resiliency Scales for Adolescents* (Prince-Embury, 2006), uma

escala de avaliação de qualidade de vida – Instrumento *Kidscreen* – 52 (Ravens-Sieber et al,2005) e uma *Checklist* de Acontecimentos de Vida (Johnson,1986)

O *Healthy Kids Resiliency Assessment Module* tem como objetivo conhecer os diversos recursos internos (cooperação e comunicação, autoeficácia, empatia, resolução de problemas, autoconhecimento, objetivos e aspirações) e externos (relações afetivas, expectativas, e oportunidades de participação na família, escola, comunidade e grupo de pares) associados à resiliência, relacionados com o desenvolvimento adequado dos adolescentes. Este instrumento tem 58 itens e encontra-se organizado num questionário sob a forma de subescalas tipo *Likert* de 1 a 4 pontos (1- Discordo Totalmente/ Totalmente Falso, 4- Concordo Totalmente/ Muito Verdadeiro).

A *Resiliency Scales for Adolescents* avalia as capacidades individuais dos adolescentes que são importantes para a manifestação ou não da resiliência. A *Resiliency Scales* é uma escala de autorrelato constituída por três escalas: o sentimento em relação à sua própria vida (MAS), sentimentos em relação à interação com os outros (REL) e a reatividade (REA). A MAS é constituída por 20 itens que avaliam os seguintes traços de resiliência: otimismo; autoeficácia e adaptação. A (REL) é organizada em 24 itens e avalia os seguintes traços de resiliência: confiança, apoio, conforto e tolerância. A sensibilidade, recuperação e incapacidade são traços de resiliência da REA, e esta é composta por 20 itens. Estas três escalas encontram-se organizadas num questionário sob a forma de subescalas tipo *Likert* (Nunca/ Raramente/ Algumas Vezes/ Frequentemente/ Sempre).

O instrumento *Kidscreen* – 52 mede a qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças e adolescentes (8 -18 anos). O *Kidscreen* – 52 é constituído por 10 dimensões que descrevem a qualidade de vida relacionada com a Saúde (QVRS): Saúde e Atividade Física (nível de atividade, energia e aptidão física, sentimentos de mal-estar e queixas de uma saúde pobre); Sentimentos (bem estar físico e psicológico); Estado de Humor em Geral (sentimentos e emoções depressivas e stressantes); Sobre Ti Próprio (perceção do adolescente tem de si próprio); Autonomia /Tempo Livre (gestão do tempo social e de lazer); Família e Ambiente Familiar (relação com os pais e o ambiente em casa); Questões Económicas (perceção do adolescente acerca da qualidade dos recursos financeiros); Amigos (natureza das relações do adolescente com os seus pares); Ambiente Escolar e Aprendizagem (perceção do adolescente acerca da sua capacidade cognitiva, de aprendizagem, sentimentos pela escola e relação com os professores); Provocação (sentimentos de rejeição pelos pares na escola). As 10 dimensões são constituídas por diversos itens, e estes avaliam a relação da criança e adolescente com cada dimensão.

A *Checklist* de Acontecimentos de Vida é constituída por 46 itens (42 itens de acontecimentos de vida e quatro itens de opções em aberto para preenchimento de outros acontecimentos de vida que não estão listados na escala). Para preenchimento da escala, os adolescentes têm que assinalar: a) os acontecimentos de vida experienciados por ele no último ano; b) o tipo de acontecimento (Bom/

Mau); c) o efeito/impacto que teve na sua vida (1- Nenhum Efeito; 4 - Muito Efeito).

Procedimento

Para a recolha da amostra, no distrito de Lisboa, foram contactadas diversas escolas do 2º e 3º ciclo do Ensino Básico e várias Associações de Pessoas com Deficiência com a finalidade de obter autorização para a recolha dos dados e para os informar acerca dos objetivos do estudo. Após a solicitação responderam quatro escolas e uma associação. Nas escolas, depois da autorização do Diretor da Escola, e após autorização dos Encarregados de Educação, foi iniciado a aplicação das quatro escalas aos adolescentes. Os jovens com deficiência motora preencheram os diversos instrumentos de uma forma autónoma, isto é, sem qualquer ajuda do investigador.

Para a aplicação dos questionários na Associação Salvador foram enviados os questionários por *e-mail* aos adolescentes (referenciados pela Associação Salvador), que depois de os preencherem reencaminharam-nos para a Associação.

Análise Estatística

Para realizar o tratamento estatístico, recorreu-se ao SPSS - Windows (versão 17.0). Inicialmente efetuou-se a consistência interna de cada escala. A consistência interna revelou-se dentro dos parâmetros, tendo o valor do alfa variado entre .66 a .91 para o instrumento *Kidscreen*, o alfa da *Resiliency Scales*, variou entre .50 a .85 na MAS, de .55 a .88 na REL e .72 a .93 na REA. O valor do alfa de *Cronbach* na escala *Healthy Kids Resiliency Assessment Module*, variou entre .40 a .65 para o envolvimento escolar, no envolvimento familiar variou entre .60 a .90, quanto ao envolvimento com os pares, o alfa variou entre .31 a .76, no envolvimento na comunidade variou entre .63 a .90. Nos recursos internos o alfa variou entre .30 a .83.

Tabela 1. Instrumentos de Avaliação e valores do Alfa de Cronbach

10 Dimensões do Instrumento <i>Kidscreen</i>	Alfa de Cronbach
Saúde e atividade física	.80
Sentimentos	.72
Estado de humor em geral	.85
Tempo livre	.66
Sobre ti próprio	.70
Questões económicas	.91
Família, ambiente familiar e vizinhança	.83
Ambiente escolar e Aprendizagem	.84
Amigos	.85
Provocação	.80
Resiliency Scales	
MAS	
Optimismo	.50
Auto_Eficácia	.85
Adaptabilidade	.62
MAS (todos itens)	.85
REL	
Confiança	.55
Suporte	.66
Conforto	.75
Tolerância	.76
REL (todos os itens)	.88
REA	
Sensibilidade	.72
Recuperação	.90
Incapacidade	.92
REA (todos os itens)	.93
Healthy Kids Resilience	
Envolvimento Escolar	
Relações_Afectivas_Escola	.65
Elevadas_Espectativas_Escola	.41
Participação_Significativa_Escola	.40
Envolvimento_Escolar (todos os itens)	.64
Envolvimento Familiar	
Relações_Afectivas_Familiar	.90
Elevadas_Espectativas_Familiar	.90
Participação_Significativa_Familiar	.60
Envolvimento_Familiar (todos os itens)	.90
Envolvimento com os Pares	
Relações_Afectivas_Pares	.76
Elevadas_Espectativas_Pares	.31
Envoltimentos_Pares (todos os itens)	.70
Envolvimento Comunidade	
Relações_Afectivas_Comunidade	.90
Elevadas_Espectativas_Comunidade	.90
Participação_Significativa_Comunidade	.63
Envolvimento_Comunidade (todos os itens)	.85
Cooperação_Comunicação	.30
AutoEficácia	.80
Empatia	.71
Resolução_Problemas	.83
Auto-Consciência	.70
Objectivos Aspirações	.70

Dado que a amostra apresenta um pequeno número de sujeitos e a análise exploratória da distribuição das diversas variáveis em estudo ter revelado que algumas destas variáveis não apresentam uma distribuição normal (simétrica e mesocúrtica), optou-se pela utilização de testes não paramétricos (correlação de *Spearman*) para a análise das associações entre as variáveis em estudo. Após esta análise foram somados os itens correspondentes a cada uma das escalas e subescalas que irão ser analisadas seguidamente.

Resultados

Associação entre os Acontecimentos de Vida Negativos e Positivos e a Qualidade de Vida relacionada com a saúde (10 dimensões do Kidscreen)

Tabela 2. Correlação ($\rho\rho$ de *Spearman*) entre as variáveis dos acontecimentos de vida negativos e positivos e as 10 dimensões do instrumento *Kidscreen*

	AVN Total	AVP Total
Saúde e atividade física	-.449*	-.337
Sentimentos	-.198	.116
Estado de humor em geral	.649**	.167
Tempo livre	-.280	-.308
Sobre ti próprio	-.413	-.258
Questões económicas	-.379	-.308
Família, ambiente familiar e vizinhança	-.051	-.100
Ambiente escolar e Aprendizagem	.027	.433*
Amigos	.095	-.145
Provocação	.062	-.039

* $\rho\rho < .05$

** $\rho\rho < .01$

Pela análise da tabela nº 2 é possível verificar que o estado de humor em geral apresenta uma correlação positiva (moderada) com os acontecimentos de vida negativos ($\rho = .65$, $\rho\rho < .01$). A variável saúde e atividade física apresenta uma correlação negativa com os acontecimentos de vida negativos ($\rho\rho = -.45$, $\rho\rho < .05$). Quanto aos acontecimentos positivos, é possível verificar que a dimensão ambiente escolar e aprendizagem apresenta uma correlação positiva (moderada) com os acontecimentos de vida positivos ($\rho\rho = .43$, $\rho\rho < .05$).

Associação entre os Recursos Externos (Healthy Kids Resilience) e a Qualidade de Vida relacionada com a saúde (10 dimensões do Kidscreen)

Tabela 3. Correlação ($\rho\rho$ de Spearman) entre as variáveis do envolvimento familiar, envolvimento escolar, envolvimento com pares, envolvimento da comunidade e as 10 dimensões de *Kidscreen*

	Envolvimento		Envolvimento	
	Escolar	Familiar	Comunidade	Pares
Saúde e atividade física	.289	.623**	-.029	-.018
Sentimentos	.463*	.656**	.070	.272
Estado de humor em geral	-.288	-.293	.188	.089
Sobre ti próprio	.270	.580**	.225	.253
Tempo livre	-.066	.455*	.061	.193
Família, ambiente familiar e vizinhança	.338	.750**	.379	.222
Questões económicas	-.077	.334	.097	.202
Amigos	.214	.490*	.034	.405
Ambiente escolar e aprendizagem	.322	.335	-.136	-.161
Provocação	-.316	-.507*	-.284	-.292

* $\rho\rho < .05$

** $\rho\rho < .01$

Pela análise da tabela nº 3º é possível verificar que a dimensão saúde e atividade física apresenta uma correlação positiva (moderada) com o envolvimento familiar ($\rho\rho = .62$, $\rho\rho < .01$). Os sentimentos apresentam uma correlação positiva (moderada) com o envolvimento escolar ($\rho\rho = .46$, $\rho\rho < .05$), e uma correlação positiva (moderada) com o envolvimento familiar ($\rho\rho = .66$, $\rho\rho < .01$). A dimensão sobre ti próprio possui uma correlação positiva (moderada) com o envolvimento familiar ($\rho\rho = .58$, $\rho\rho < .01$). A variável tempo livre apresenta uma correlação positiva (moderada) com o envolvimento familiar ($\rho\rho = .46$, $\rho\rho < .05$). A variável família, ambiente familiar e vizinhança possui uma correlação positiva (forte) com o envolvimento familiar ($\rho\rho = .75$, $\rho\rho < .01$). Os amigos apresentam uma correlação positiva (moderada) com o envolvimento familiar ($\rho\rho = .49$, $\rho\rho < .05$). A provocação apresenta uma correlação negativa com o envolvimento familiar ($\rho\rho = -.51$, $\rho\rho < .05$).

Associação entre os Recursos Internos (Healthy Kids Resilience) e a Qualidade de Vida relacionada com a saúde (10 dimensões do Kidscreen)

Tabela 4. Correlação (ρ de Spearman) entre as variáveis Cooperação e Comunicação, Autoeficácia, Empatia, Resolução de Problemas, Autoconsciência, Objetivos e Aspirações e as 10 dimensões da *Kidscreen*

	Cooperação Comunicação	Autoeficácia	Empatia	Resolução Problemas	Auto Conhecimento	Objetivos _aspirações
Saúde e atividade física	.781**	.528*	-.223	.115	.431*	.005
Sentimentos	.724**	.431*	.090	.403	.418	.027
Estado de humor em geral	-.427*	-.420	.357	-.237	-.394	.095
Sobre ti próprio	.715**	.417	-.014	.170	.210	-.150
Tempo livre	.511*	.121	-.167	.105	.150	.108
Família, ambiente familiar e vizinhança	.707**	.310	.411	.176	.114	.037
Questões económicas	.210	.059	-.335	.382	.127	.338
Amigos	.414	.105	-.204	-.062	.283	.161
Ambiente escolar e aprendizagem	.233	.311	-.058	.145	.145	-.009
Provocação	-.474*	-.272	-.112	-.181	.136	.202

* $\rho < .05$

** $\rho < .01$

Pela análise da tabela nº 4 é possível verificar que a variável saúde e atividade física apresenta uma correlação positiva (forte) com a variável cooperação e comunicação ($\rho = .78$, $\rho < .01$). A variável saúde e atividade física também apresenta uma correlação positiva (moderada) com a autoeficácia ($\rho = .53$, $\rho < .05$) e com o autoconhecimento ($\rho = .43$, $\rho < .05$). Os sentimentos apresentam uma correlação positiva (forte), com a cooperação e comunicação ($\rho = .72$, $\rho < .01$) e uma correlação positiva (moderada) com a autoeficácia ($\rho = .43$, $\rho < .05$). O estado de humor em geral apresenta uma correlação negativa com a cooperação e comunicação ($\rho = -.43$, $\rho < .05$). A variável sobre ti próprio possui uma correlação positiva (forte) com a variável cooperação e comunicação ($\rho = .72$, $\rho < .01$). O tempo livre possui uma correlação positiva (moderada) com a variável cooperação e comunicação ($\rho = .51$, $\rho < .05$). A família, ambiente familiar e vizinhança apresenta uma correlação positiva (forte) com a variável cooperação e comunicação ($\rho = .71$, $\rho < .01$). A provocação possui uma correlação negativa com a cooperação e comunicação.

Associação entre os vários domínios MAS, REL, REA (Resiliency Scales) e a Qualidade de Vida relacionada com a saúde (10 dimensões do Kidscreen)

Tabela 5. Correlação ($\rho\rho$ de Spearman) dos vários itens do MAS, REL, REA com Kidscreen 52

	MAS				REL					REA			
	1	2	3	Total	4	5	6	7	Total	8	9	10	Total
Saúde e atividade física	.359	.572*	.371	.612**	.654**	.451*	.519*	.742**	.711**	-.579**	-.570**	-.740**	-.718**
Sentimentos	.635**	.494*	.254	.625**	.680**	.493*	.427*	.706**	.702**	-.610**	-.776**	-.558**	-.704**
Estado de humor em geral	-.116	-.403	-.166	-.385	-.163	-.058	-.154	-.416	-.238	.743**	.590**	.732**	.770**
Sobre ti próprio	.249	.506*	.112	.436*	.676**	.443*	.472*	.665**	.660**	-.778**	-.671**	-.633**	-.730**
Tempo livre	.076	.276	-.168	.191	.306	.407	.273	.329	.335	-.095	-.172	-.122	-.149
Família, ambiente familiar e vizinhança	.557**	.498*	.251	.570**	.680**	.838**	.542**	.705**	.814**	-.326	-.266	-.313	-.350
Questões Económicas	.052	-.015	.053	.063	.149	.320	.230	.214	.177	-.065	-.152	-.227	-.160
Amigos	.298	.342	.063	.345	.542**	.384	.357	.369	.433*	-.003	-.187	-.052	-.085
Ambiente escolar e aprendizagem	.475*	.180	.197	.351	.292	.173	.150	.231	.270	-.510*	-.187	-.308	-.385
Provocação	-.371	-.236	.055	-.292	-.464*	-.313	-.421	-.523*	-.522*	.507*	.488*	.224	.405

Nota: 1= Otimismo; 2= Auto eficácia; 3= Adaptabilidade; 4= Confiança; 5= Suporte; 6=Conforto; 7= Tolerância; 8= Sensibilidade; 9= Recuperação; 10= Incapacidade

* $\rho\rho < .05$

** $\rho\rho < .01$

A variável saúde e atividade física apresenta uma correlação positiva forte com a tolerância ($\rho\rho = .74$, $\rho\rho < .01$) e uma correlação positiva (moderada) com a autoeficácia ($\rho\rho = .57$, $\rho\rho < .01$), confiança ($\rho\rho = .65$, $\rho\rho < .01$), suporte ($\rho\rho = .45$, $\rho\rho < .05$) e com o conforto ($\rho\rho = .52$, $\rho\rho < .05$). A variável saúde e atividade física apresenta uma correlação negativa com a sensibilidade ($\rho\rho = -.58$, $\rho\rho < .01$), recuperação ($\rho\rho = -.57$, $\rho\rho < .01$) e incapacidade ($\rho\rho = -.74$, $\rho\rho < .01$). Os sentimentos apresentam uma correlação positiva (moderada) com o otimismo ($\rho\rho = .64$, $\rho\rho < .01$), confiança ($\rho\rho = .68$, $\rho\rho < .01$), autoeficácia ($\rho\rho = .49$, $\rho\rho < .05$), suporte ($\rho\rho = .49$, $\rho\rho < .05$), conforto ($\rho\rho = .43$, $\rho\rho < .05$), e uma correlação positiva (forte) com a tolerância ($\rho\rho = .71$, $\rho\rho < .01$). Os sentimentos apresentam uma correlação negativa com a sensibilidade ($\rho\rho = -.61$, $\rho\rho < .01$), recuperação ($\rho\rho = -.78$, $\rho\rho < .01$) e incapacidade ($\rho\rho = -.56$, $\rho\rho < .01$). O estado de humor em geral apresenta uma correlação positiva (forte) com a sensibilidade ($\rho\rho = .74$, $\rho\rho < .01$), incapacidade ($\rho\rho = .73$, $\rho\rho < .01$) e uma correlação positiva (moderada) com a recuperação ($\rho\rho = .59$, $\rho\rho < .01$). O domínio sobre ti próprio apresenta uma correlação positiva (moderada) com a confiança ($\rho\rho = .68$, $\rho\rho < .01$), tolerância ($\rho\rho = .67$, $\rho\rho < .01$), autoeficácia ($\rho\rho = .51$, $\rho\rho < .05$), e suporte ($\rho\rho = .44$, $\rho\rho < .05$). A dimensão sobre ti próprio apresenta uma correlação negativa com a sensibilidade ($\rho\rho = -.79$, $\rho\rho < .01$), recuperação ($\rho\rho = -.67$, $\rho\rho < .01$) e incapacidade ($\rho\rho = -.63$, $\rho\rho < .01$). A família, ambiente familiar e vizinhança apresenta uma correlação positiva (moderada) com o otimismo ($\rho\rho = .56$, $\rho\rho < .01$), confiança ($\rho\rho = .68$, $\rho\rho < .01$), conforto ($\rho\rho = .54$,

$\rho\rho < .01$), e autoeficácia ($\rho\rho = .50$, $\rho\rho < .05$), e uma correlação (forte) com o suporte ($\rho\rho = .84$, $\rho\rho < .01$), e com a tolerância ($\rho\rho = .71$, $\rho\rho < .01$). Os amigos têm uma correlação positiva (moderada) com a confiança ($\rho\rho = .54$, $\rho\rho < .01$). O ambiente escolar e aprendizagem apresenta uma correlação positiva (moderada) com o otimismo ($\rho\rho = .48$, $\rho\rho < .05$). A dimensão ambiente escolar e aprendizagem apresenta uma correlação negativa com a sensibilidade ($\rho\rho = -.51$, $\rho\rho < .05$). A provocação apresenta uma correlação positiva (moderada) com a sensibilidade ($\rho\rho = .50$, $\rho\rho < .05$), e com a recuperação ($\rho\rho = .49$, $\rho\rho < .05$). A provocação apresenta uma correlação negativa com a confiança ($\rho\rho = -.46$, $\rho\rho < .05$), e com a tolerância ($\rho\rho = -.52$, $\rho\rho < .05$).

Discussão

Os resultados obtidos neste estudo mostram que diversos fatores estão associados às diferentes dimensões da qualidade de vida dos adolescentes com deficiência motora. Entre estes encontram-se os acontecimentos de vida negativos e positivos. Mais concretamente verificou-se que à medida que ocorrem mais acontecimentos de vida, ou com maior impacto, diminui o estado de humor em geral e saúde e atividade física afetando assim a qualidade de vida. Estes resultados corroboram a afirmação de Harding (2001) que afirma que a qualidade de vida está relacionada com fatores de bem-estar do indivíduo (físico, psicológico e social), por isso os acontecimentos de vida negativos podem influenciar negativamente o bem-estar.

Os acontecimentos de vida positivos provocam um efeito positivo no ambiente escolar e aprendizagem, o que está de acordo com vários estudos que referem que a perceção de segurança na escola, uma ligação afetiva com os colegas e professores e um sentimento de pertença à escola são fatores de proteção que promovem o sucesso académico e o bem-estar geral (Simões et al, 2008).

Os resultados da correlação entre os fatores externos associados à resiliência (envolvimento familiar, envolvimento escolar, envolvimento na comunidade, envolvimento com os pares) com as dez dimensões da qualidade de vida mostram que o envolvimento familiar tem uma associação positiva com as seguintes dimensões da qualidade de vida: saúde e atividade física, sentimentos, sobre ti próprio, tempo livre, amigos, família, ambiente familiar e vizinhança. Esta associação positiva reflete que a família tem um papel essencial no desenvolvimento global da criança e adolescente, e confirma a posição de alguns autores que referem que a comunicação com os pais afeta o bem-estar geral, (Jackson, Bijstra, Oostra, & Bosma, 1998; King et al., 1996 cit in Simões, 2007) e a perceção de um bom relacionamento familiar estão associados a um bem-estar geral (Chou, 1999; Greef & le Roux, 1999 cit in Simões, 2007).

O envolvimento escolar provoca um efeito negativo ou positivo na dimensão

sentimentos conforme o seu envolvimento escolar, pois este é o local onde os adolescentes passam uma parte significativa do seu tempo. Matos (2005) refere que a escola pode acentuar a integração e o sucesso, ou pelo contrário o insucesso e a rejeição.

Na associação entre os recursos internos (cooperação e comunicação, autoeficácia, empatia, resolução de problemas, autoconhecimento, objetivos e aspirações) associados à resiliência com as diferentes dimensões da qualidade de vida nos adolescentes com deficiência motora, verificou-se que os fatores de proteção individuais são muito importantes no confronto com as diversas adversidades. A variável cooperação e comunicação apresenta uma associação com as seguintes dimensões da qualidade de vida: saúde e atividade física, sentimentos, sobre ti próprio, família, ambiente familiar e vizinhança, tempo livre, provocação e estado de humor em geral. Este resultado vai ao encontro da literatura que mostra que o adolescente com deficiência pode apresentar alguns problemas na aceitação social por parte dos pares devido, por vezes à sua dificuldade de comunicar (Serenio, 2011). A comunicação é a capacidade de expressar sentimentos aos outros (Austin & Kilbert, 2000), e é fundamental para o estabelecimento das várias relações sociais nos diversos contextos.

A variável autoeficácia apresenta uma associação com duas dimensões da qualidade de vida: saúde e atividade física e sentimentos. Verificou-se que o autoconhecimento e a dimensão da saúde e atividade física estão relacionados entre si. Neste âmbito Bandura (2001) refere que a perceção que o adolescente tem de si próprio apresenta uma forte influência na realização das atividades e nas expectativas de futuro.

Os traços de resiliência (sentimento de domínio em relação à sua própria vida, os sentimentos em relação à interação com os outros, e reatividade) estão associados às diferentes dimensões da qualidade de vida nos adolescentes com deficiência motora. Quanto maior for o nível de sentimento em relação à sua própria vida (MAS) haverá um sentimento positivo em relação às seguintes dimensões da qualidade de vida: saúde e atividade física, sentimentos, família, ambiente familiar e vizinhança, sobre ti próprio. Como referem Canha e Neves (2008) é essencial que os indivíduos tenham a perceção do que querem, sentem, pensam e fazem para planearem e ajustarem aos seus diversos contextos.

Verificou-se que as dimensões do Kidscreen: saúde e atividade física; sentimentos, estado de humor em geral, sobre ti próprio apresentam uma associação significativa com a REL (sentimentos em relação à interação com os outros). Esta associação corrobora o estudo de Canha e Neves (2008) que mostra que a tolerância às diferenças é uma competência fundamental do indivíduo para manter a interação com os outros aceitando as diferenças de opinião. Também os autores Oishi, Diener e Lucas, (2009) afirmam que as pessoas necessitam de apoio e relações positivas para sustentar o seu bem-estar.

A escala - reatividade (REA), ao contrário das outras escalas, apresenta correlações negativas com as seguintes dimensões da qualidade de vida: saúde

e atividade física, sentimentos, estado de humor em geral, sobre ti próprio. É perceptível a direccionalidade das correlações (negativas) da REA com as quatro dimensões da qualidade de vida, pois estes traços de resiliência estão associados a aspetos que podem comprometer o bem-estar dos adolescentes ao longo do seu ciclo de vida.

Conclusão

Neste estudo procurou-se analisar em que medida os acontecimentos de vida, os recursos internos e os recursos externos estão associados à qualidade de vida dos adolescentes com deficiência motora.

Os resultados obtidos mostraram que os acontecimentos de vida negativos e positivos apresentam uma influência na qualidade de vida. Na análise da associação entre os recursos externos e a qualidade de vida, destaca-se o envolvimento familiar como tendo uma correlação significativa com as diversas dimensões da qualidade de vida, pois a família tem interferência na socialização, na transmissão de valores e de um modo geral na saúde e bem-estar dos seus elementos. Também os recursos internos apresentam uma correlação com a qualidade de vida, as diversas competências sociais permitem ao individuo obter resultados positivos numa interação social. Quanto aos traços de resiliência, estes apresentam também uma associação significativa com a qualidade de vida. Os traços de resiliência – sentimento de domínio em relação à sua própria vida e os sentimentos em relação à interação com os outros têm uma correlação positiva com a qualidade de vida, enquanto o traço de resiliência – reatividade apresenta uma correlação negativa com a qualidade de vida.

Ao longo deste estudo quantitativo deparamo-nos com várias limitações ao estudo. Em primeiro lugar, este estudo utilizou uma amostra muito reduzida de adolescentes com deficiência motora, o que de alguma forma poderá limitar a interpretação dos resultados obtidos. Em segundo lugar, salienta-se o facto de se ter utilizado uma escala (*Resiliency Scales*) que no momento ainda não estava validada para a população portuguesa.

Apesar de termos conseguido dar algumas respostas às questões levantadas nesta temática, muitas questões continuam em aberto. Por isso, parece assim pertinente fazer algumas propostas em termos de trabalho futuro. Seria importante promover programas de intervenção com o objetivo de desenvolver os recursos internos, mas em simultâneo incluir os elementos significativos dos principais contextos de vida dado a sua relevância em todo este processo e avaliar a eficácia dos mesmos ao nível da promoção da qualidade de vida destes adolescentes.

Referências

- Austin, G., & Kilbert, G. (2000). *Healthy Kids Resilience Module Report*. California: California Healthy Kids Program Office.
- Aventura Social (2010). Estudo nacional da rede europeia HBSC/O.M.S. Retirado em 3-1-2013 www.aventurasocial.com
- Aventura Social & Saúde (2008). Qualidade de vida em crianças e adolescentes versão portuguesa dos instrumentos Kidscreen 52. Fundação para a Ciência e Tecnologia, Faculdade de Motricidade Humana, Centro de Malária e Doenças Tropicais, Coordenação Nacional para a Infeção VIH/SIDA, Kidscreen, Health Behaviour in School-aged Children
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory. An agentic perspective. *Annual Review of Psychology* Retirado, em 19-7-2010, de www.findarticles.com.
- Bernard, B. (2004). *Resiliency: What have we learned?*. San Francisco: WestEd
- Brown, I., Brown, R.I. (2004). *Quality of Life and Disabilities*. New York: Jessica Kingsley Publishers.
- Canha, L., & Neves, S. (2008). *Programa de Competências Pessoais Sociais*. Lisboa. Instituto Nacional para a Reabilitação - INR, I.P.
- Constantine, N., Bernard, B., Diaz, M. (1999). Measuring protective factors and resilience traits in youth: The healthy Kids resilience assessment: Paper presented at the Seventh Annual Meeting of the Society for Prevention Research. Oakland: Center for Research on adolescent health and development. Retirado em 24-01-2010 de <http://crahd.pho.org/papers/HKRA-99.pdf>.
- Fleck, M. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciências & Saude Colectiva*, 5(1): 33-38.
- Garmsey, N. (1993) Children in porverty: Resilience despite risk. *Psychiatric*, 56, 127-136.
- Harding, L. (2001). Children's Quality of Life Assessments: a review of genetic and health related quality of life measures completed by children and adolescents . *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 79-96.
- Heiman, T., MARGALIT, M. (1998). Loneliness, Depression, and Social Skills Among Students with Mild Mental Retardation in Different Educational Settings. *Journal of Special Education*.
- Johnson, J. H. (1986). *Life events as stressors in childhood and adolescence*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Kaplan, H. (1999): Toward an understanding of resilience: A crucial review of definitions and models, en Glantz, M.; Johnson, J. (eds), *Resilience and development: positive life adaptations*. New York, Plenum Publishers, p. 17-84.
- Martins, M.H. (2005). *Contribuições para a análise de crianças e jovens em situação de risco - Resiliência e Desenvolvimento-*, Tese de Doutoramento em Psicologia, na área da Psicologia Educacional. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve.

- Matos, M.G. (2005). *Comunicação e gestão de conflitos e saúde na escola*. Lisboa: CDI/FMH.
- McWhirter, J.J., McWhirter, B.T., McWhirter, A.M., & McWhirter, E.H. (1998). *At-risk youth: A comprehensive response* (2nd ed.). Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing Company.
- Melo, A.P. (2008). *Qualidade de Vida e Promoção da Saúde de Pessoas com Deficiência. Estudo dos Determinantes e Relações da Qualidade de Vida e Saúde de Jovens com Deficiência numa Amostra Nacional e em Almada. Tese de Doutoramento (não publicada)*. Universidade Técnica de Lisboa. Lisboa.
- Montanari, P.M. (1999). Jovens e Deficiência: Comportamento e corpos desviantes. *Cadernos, juventude saúde e desenvolvimento*, 1. Retirado em 31 de Julho de 2010 de www.bireme.br/bvs/adolesc/cadernos/capitulo/cap11/cap11.htm
- Oishi, S., Diener, E., & Lucas, R.E. (2009). The Optimum Level of Well-Being: Can People Be Too Happy? In E. Diener (Eds). *The Science of Well-Being*, (pp. 175-201).
- Paladini, M.A.D., Daverio, P., Moreno, E., & Monteiro, J.P. (2005). Promoção da Resiliência em Adolescentes de uma Escola Semi-Rural. In A. Melillo & E.N.S. Ojeda (Eds.), *Resiliência descobrindo as próprias fortalezas* (pp.119 - 129). Porto Alegre: Artmed.
- Prince-Embury, S. (2006). *Resiliency Scales for adolescents – a profile of personal Strengths*. PsychCorp.
- Prumes, C. P. (2007). *Ser Deficiente, Ser Envelhescente, Ser Desejante. Mestrado em Gerontologia*. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rakmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Duer, W., Auqueier, P., Power, M., Abel, T., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmos, A., Toutas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J. and the EUROPEAN KIDSCREEN Group. (2005). KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children adolescents. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 5 (3), 353-364.
- Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In M.W. Kent & J. E. Rolf (Eds.), *Primary prevention of psychopathology: Social competence in children*, 3, 49-74. Hanover: University Press of New England.
- Sereno, A. (2011). *Resiliência e adolescência: Estudo da relação entre fatores de resiliência e a qualidade de vida em adolescentes com deficiência motora. Tese de Mestrado*. Universidade Técnica de Lisboa. Lisboa.
- Sillman, B. (1994). Resiliency research review: *Conceptual & research foundations*. Retirado, em 11-05-2010, de <http://www.cyfernet.org/research/resilreview.html>.
- Simões, C. (2007). *Comportamentos de Risco na Adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Simões, C., Matos, M. G., Moreno, M. C., Rivera, F., Batista-Foguet, J. & Simon-Morton, B. (2012). Substance use in Portuguese and Spanish adolescents: Highlights from differences and similarities and moderate effects. *Spanish*

Journal of Psychology.

- Simões, C., Matos, M.G., Tomé, G., Ferreira, M. (2008). Impact of Negative Life Events on Positive Health in a population of adolescents with special needs, and protective factors. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 8(1).
- Tavares, J. (2001). A resiliência na sociedade emergente. In J. Tavares (Ed.), *Resiliência e educação* (pp.43-75). São Paulo: Cortez Editora
- Teixeira, J. (2000). Qualidade de Vida. *Revista Nacional*, 2(2), 5-7. Retirado, em 29-11-2010 de <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/6871>.
- WHO. (1994). *Quality of Life Assessment: an annotated bibliography*. Geneva. Health Organization.
- WHOQOL. (1996). *What is Quality of Life?* World Health Organization Quality of Life Assessment: World Health Forum.
- Yunes, M.; Szymanski, H. (2001). Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In Tavares J, (org). *Resiliência e educação*. São Paulo: Cortez; 13-42.