

Universidades Lusíada

Canha, Lúcia Maria Neto

Behaviour and health in children and adolescents with motor disabilities

<http://hdl.handle.net/11067/101>
<https://doi.org/10.34628/9rkx-ex49>

Metadata

Issue Date	2010
Abstract	Este estudo procura aumentar o conhecimento e compreensão acerca dos comportamentos de saúde, estilos de vida e percepções de bem-estar psicossocial em crianças e jovens com deficiência e procura averiguar as ligações funcionais entre as variações destes padrões com a saúde e qualidade de vida. Foi utilizado o questionário "Comportamento e Saúde em jovens em Idade Escolar" adaptado do Estudo Europeu "Health Behaviour in School-aged Children". Participaram no estudo 103 adolescentes e jovens com ...
Keywords	Crianças com deficiência - Saúde e higiene, Jovens com deficiência - Saúde e higiene, Qualidade de vida
Type	article
Peer Reviewed	No
Collections	[ULL-IPCE] RPCA, n. 02 (2010)

This page was automatically generated in 2025-01-14T08:32:35Z with information provided by the Repository

BEHAVIOUR AND HEALTH IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH MOTOR DISABILITIES

COMPORTAMENTOS E SAÚDE NAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA MOTORA

Lúcia Maria Neto Canha

Abstract: This study seeks to increase knowledge and understanding of behavioral health, lifestyles and perceptions of psychosocial well-being of children and youth with disabilities and seeks to investigate the functional links between the variations of these patterns with health and quality of life. We used the questionnaire "Health and Behavior in School-aged Children" adapted from the European study "Health Behaviour in School-aged Children". A sample of 103 adolescents and young adults with Cerebral Palsy and other non progressive neuromuscular disabilities between the aged of 11 and 26 years participated in the study.

The measure of perceived life satisfaction was related to several indicators: family social support, psychosomatic symptoms, health perception, perceptions of psychosocial well-being and interpersonal relationship skills. The relationship found between these various indicators emphasizes the important role of adult expectations and loneliness in satisfaction of life. The quality of relationships with peers, communication with parents and type of employment are other important factors in how children and young people see their life. Interventions are suggested to give special attention to establishing lasting and meaningful relationships with others and developing skills that enable children and youth with disabilities to learn to deal with their emotions.

Resumo: Este estudo procura aumentar o conhecimento e compreensão acerca dos comportamentos de saúde, estilos de vida e percepções de bem-estar psicossocial em crianças e jovens com deficiência e procura averiguar as ligações funcionais entre as variações destes padrões com a saúde e qualidade de vida. Foi utilizado o questionário "Comportamento e Saúde em Jovens em Idade Escolar" adaptado do Estudo Europeu "Health Behaviour in School-aged Children". Participaram no estudo 103 adolescentes e jovens com Paralisia Cerebral e outras deficiências neuromotoras não progressivas com idades compreendidas entre os 11 e 26 anos.

As medidas de percepção de satisfação com a vida foram relacionadas com vários indicadores: suporte sócio familiar, sintomas psicossomáticos, percepções de saúde

percepções de bem-estar psicossocial e competências de relacionamento interpessoal. As relações encontradas entre os vários indicadores salientam o papel de relevo das expectativas dos adultos significativos e da solidão na satisfação com a vida. A qualidade de relação com os pares, a comunicação com os pais e o tipo de ocupação são outros factores importantes na forma como as crianças e jovens com deficiência vêem a sua vida. São sugeridas intervenções que dêem uma atenção especial ao estabelecimento de relações significativas e duradouras com os outros e ao desenvolvimento de habilidades que permitam às crianças e jovens com deficiência aprender a lidar com as suas emoções.

Saúde e Qualidade de Vida

Nas últimas décadas tem havido uma preocupação crescente sobre o papel que a psicologia pode ter na melhoria na qualidade de vida das pessoas com restrições físicas. Esta tem sido uma preocupação que levou a criar estratégias de investigação e abordagens de intervenção com pessoas com deficiência. Os psicólogos, assim como outros profissionais da saúde mental que trabalham nesta área, têm-se dedicado a áreas como o funcionamento social, atitudes face à deficiência e problemas de saúde mental. Neste sentido, têm vindo a ser realizados vários estudos com jovens com deficiência que relacionam o ajustamento à deficiência física com factores internos, isto é, aspectos da saúde mental (Olney, Brockelman, Kennedy e Newson, 2004). Assim, o objectivo de melhorar a qualidade de vida tem vindo a tornar-se de progressiva importância na promoção da saúde, constituindo conceitos de indiscutível pertinência quando existe a preocupação de ir ao encontro das necessidades de populações com deficiência.

A qualidade de vida

A qualidade de vida é definida pela Organização Mundial de Saúde como a percepção dos indivíduos acerca da sua posição na vida e no contexto cultural, o sistema de valores onde vivem em relação aos seus objectivos, expectativas e padrões. É um conceito abrangente, incorporando num caminho complexo a saúde física da pessoa, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e relações com as características salientes do envolvimento. Deste modo, os domínios da saúde e da qualidade de vida são complementares e sobrepõem-se (Nutbeam, 1998).

Esta definição sublinha a visão de que a qualidade de vida se refere a uma avaliação subjectiva, que inclui ambas as dimensões, positivas e negativas, e que está encaixada num contexto cultural, social e envolvente. A qualidade de vida reflecte assim a percepção dos indivíduos de que as suas necessidades estão a ser satisfeitas e que não lhes estão a ser negadas oportunidades de

alcançar felicidade e satisfação, não obstante o estado físico de saúde, ou condições sociais e económicas.

Medir a qualidade de vida não é fácil nem linear. Existe um vasto campo de conceitualizações acerca do que é uma “vida boa”, assim como do que constitui saúde. Por exemplo, embora duas crianças possam ter as mesmas limitações funcionais, não pode ser assumido que elas irão experimentar a mesma qualidade de vida. Por esta razão, mais recentemente começou a ser incluído na avaliação das crianças a sua percepção acerca das suas habilidades para cumprir os papéis exigidos na infância, mesmo naquelas crianças com limitações de desenvolvimento menos graves (Schneider, Gurucharri, Gutierrez, Gaebler-Spira, 2001). De uma forma ou de outra todos nós já tivemos experiências de perda, crises, e até de deficiência num certo grau. As crianças e jovens que têm uma deficiência, para além todos os problemas normais de vida diária, têm de lidar com os vários tipos de impacto da deficiência. Assim, por exemplo, as limitações primárias impostas pela paralisia cerebral aumentam a sua vulnerabilidade para efeitos secundários, sendo que a sobrevivência, a saúde e o bem-estar destas crianças e jovens depende da interacção de muitos factores. Estes factores incluem o envolvimento físico e social, a herança genética, saúde e funcionalidade, doença, cuidados de saúde, respostas individuais (comportamentais e biológicas), bem-estar e prosperidade (Evans e Stoddart, 1994 citados por Liptak, O'Donnell, Conaway, Cameron, 2001).

A promoção da saúde e os aspectos psicossociais

Segundo a carta de Otawa (de 1986) da Organização Mundial de Saúde (OMS), a *Promoção da Saúde* é “um processo de capacitar as pessoas a aumentar o controlo sobre a saúde e a melhorá-la” (Nutbeam, 1998). Posteriormente, a carta de Bangkok em 2005, dá um novo impulso à Promoção da Saúde focando-se na coerência das políticas da saúde e num maior investimento e associação dentro e entre os governos, organizações internacionais, sociedade civil e sectores privados. Este movimento de ideias, ideais e estratégias, da Carta de Otawa à de Bangkok, exemplifica o presente paradigma que vê os serviços e os programas não só focados na prevenção da deficiência mas na resolução de condições secundárias que resultam da deficiência promovendo uma comunidade inclusiva para todos. Estas visões implicam que a educação para a saúde envolva os próprios indivíduos, ajudando-os a tomar decisões, responsabilizarem-se e a sentirem-se competentes para adoptar estilos de vida saudáveis e ainda, que o seu envolvimento físico e social seja favorável a estes estilos de vida permitindo uma acessibilidade fácil (Matos, 2002).

Os Programas de Promoção da Saúde que são oferecidos à comunidade em geral, apresentam frequentemente barreiras físicas, atitudinais e de informação que limitam a participação das pessoas com deficiência e que interferem na sua habilidade para promoverem a sua saúde (Rimmer, 2002). De facto, na literatura, quando se fala de promoção de saúde das pessoas com deficiência um dos temas que surge é o dos factores ambientais, de forma particular as barreiras do envolvimento (Becker & Stuifbergen, 2004; Howard, Nieuwenhuijsen, & Saleeby, 2008). No sentido de trabalhar “o como” ultrapassar estas barreiras, vários estudos recomendam um maior conhecimento acerca do impacto de programas de educação para a saúde utilizando várias abordagens: o ensino de aptidões sociais (Gresham, Sugai e Horner, 2001; Silvares, 2004; Gumpel, 2007) e os benefícios deste treino em ambientes inclusivos (Richardson et al., 2009); a redução do stress e a promoção da resiliência através do desenvolvimento de uma variedade de recursos pessoais e sociais (Alriksson-Schmidt, Wallander, & Biasini, 2007; Wheymer, 2009; Simões, 2007); a integração em programas de actividade física e de recreação (Murphy & Carbone, 2008); e o apoio em processos de transição (Davis et al., 2009; Bakken & Obiakor, 2008; Kochhar, Bassett, & Webb, 2008).

Estas intervenções podem prevenir a falta de participação do jovem com deficiência que surge frequentemente interligada com os aspectos psicossociais tais como o sentimento de isolamento social, baixa auto-estima, pobre auto conceito, falta de esperança no futuro (King, Baldwin, Currie, & Evans, 2006), bem-estar e aceitação social, bem-estar emocional, processos de transição de vida, relacionamentos e sexualidade, saúde física, modificações físicas e imagem corporal, aceitação da deficiência, participação, acesso aos serviços, barreiras arquitectónicas e ajudas técnicas, boa ligação à escola, acesso aos serviços (cuidadores, terapias, intervenções), saúde dos pais, recursos financeiros (Davis et al., 2009), relações sociais e aptidões de relacionamento interpessoal (Bertrand, Morier, Boisvert & Mottard, 2001), independência e interdependência (Motola, Hedgespeth e Brown, 1999).

A necessidade de estudos que identifiquem os aspectos psicossociais que levam ao ajustamento, a saber mais sobre a relação entre as limitações físicas/funcionais e a saúde e, por sua vez, os seus efeitos na qualidade de vida é levantada por alguns autores (Blake e James, 2002; Liptak *et al.*, 2001; Molnar, 1992). Partindo da perspectiva de qualidade de vida com um conceito abrangente e dos resultados das investigações referidas anteriormente, o presente estudo pretende conhecer comportamentos, estilos de vida e percepções de bem-estar psicossocial das pessoas com deficiência inseridas nos Centros de Actividades Ocupacionais e Centros de Reabilitação Profissional das diversas Associações de Paralisia Cerebral do nosso país, as ligações funcionais entre as variações destes padrões e suas implicações na qualidade de vida.

Método

Sujeitos

Participaram neste estudo 103 jovens com Deficiência Motora (incidência especial na Paralisia Cerebral) e Deficiências Associadas (Deficiência Mental – Ligeira) que frequentavam os Centros de Actividades Ocupacionais, os Centros de Reabilitação Profissional, ou Serviço Ambulatório nas Associações de Paralisia Cerebral de Portugal Continental. Quanto aos critérios para a selecção da amostra, para além da idade e do tipo de deficiência – pessoas com Paralisia Cerebral e outras Deficiências Neuromotoras não progressivas e idades compreendidas entre os 11 e 26 anos – os sujeitos deveriam ser leitores possuir um QI aproximado ou superior a 70.

Do total da amostra, 57.3% dos sujeitos são do sexo masculino e 42.7% do sexo.

As idades estão compreendidas entre os 11 e os 26 anos, havendo uma maior incidência nas faixas etárias da *adolescência* (36.7%) e *adultos jovens* (35.7%).

Tabela 1: *Descritivo da idade por faixa etária*

Faixa etária	Descritivo			
	N	Média	%	DP
11- 12	8	11,6	8.2	0,51
13- 17	36	15,0	36.7	1,6
18-21	19	20,3	19.4	0,88
22-26	35	23,1	35.7	1,2

A média de idade da amostra total é de 19 anos de idade ($M=19$, $SD=4,6$) tal como indicado na Tabela 2.

Tabela 2: *Descritivo da idade total*

Idade	Descritivo		
	N	Média	DP
Amostra total	95	18,9	4,6

Quanto ao *tipo de deficiência*, cerca de 80% do total dos inquiridos apresentavam Paralisia Cerebral e cerca de 19% outros tipos de deficiência.

Tabela 3: *Descritivo da amostra por tipo de deficiência*

Tipo de deficiência	Frequência	Percentagem
	N	%
Paralisia Cerebral	82	79.6
Outros	20	19.4
TOTAL	102	99

Participaram no estudo 13 *instituições* vocacionadas para o atendimento a crianças e jovens com Paralisia Cerebral: as Associações de Paralisia Cerebral de Guimarães, Braga, Vila Real, Porto, Viseu, Coimbra, Évora, Faro, Leiria, Odemira, o Espaço 7 Ofícios, o Centro de Paralisia Cerebral de Beja e o Centro Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian.

Quanto à *actividade* à data do inquérito, metade dos jovens encontravam-se ainda a *estudar*, seguidos dos jovens que se encontram em *Formação Profissional* ou em *Centros de Actividades Ocupacionais* e, com valores mais baixos, encontram-se os jovens em *desempregados* e *empregados*.

Tabela 4: *Descritivo da amostra quanto a actividade*

Actividade Actual	Frequência	Percentagem
	N	%
Estudantes	50	50
Formação Profissional	35	35
Centro de Acti. Ocup.	9	9
Desempregado	5	5
Empregado	1	1
TOTAL	100	100

Desagregando a amostra por *nível de escolaridade* verifica-se que a maior parte de jovens têm o 9º ano de escolaridade (61,5%), seguindo-se os jovens com o secundário (22%) e, uma pequena percentagem, com o ensino universitário (8.8%).

Tabela 5: *Descritivo da amostra quanto ao nível de escolaridade*

Nível de escolaridade	Frequência	Percentagem
	N	%
Entre o 1º e o 4º ano	7	7.7
Entre o 5º e o 9º ano	56	61.5
Entre o 10º e o 12º ano	20	22.0
Ensino Universitário	8	8.8
TOTAL	91	100

Instrumento

“Health Behaviour in School-aged Children” (HBSC) – O presente estudo consiste na aplicação de um inquérito de auto-resposta adaptado do questionário “Comportamento e Saúde em Jovens em Idade Escolar”, utilizado no âmbito do estudo português de 2000, questionário este adaptado do Estudo Europeu “Health Behaviour in School-aged children” (Currie et al., 2004). O inquérito avalia um conjunto questões relacionadas com as *expectativas futuras, comportamentos de saúde, percepções de bem-estar e apoio familiar*, atitudes face à sexualidade, *imagem pessoal e queixas psicossomáticas*.

O alvo do “Health Behaviour of School-aged Children” (HBSC) é obter um novo conhecimento e aumentar a compreensão acerca da saúde, bem-estar, comportamentos de saúde e contextos sociais dos jovens. Este estudo considera a saúde dos jovens num sentido abrangente – físico, social, emocional, bem-estar – e não meramente na ausência de doença. Assim, a saúde é vista como um recurso de todos os dias que abrangendo contextos diversos. Isto inclui investigar a família, escola e pares e o envolvimento sócio-económico em que o jovem cresce, para compreender que factores que partilham e influenciam a sua saúde e comportamentos de saúde. Assim, foi construído um instrumento que tendo uma forte base conceptual inclui um conjunto coerente de indicadores dos determinantes sociais e individuais da saúde, assim como da saúde em si e comportamentos observáveis.

No presente estudo, foram levadas a cabo algumas adaptações relativamente ao questionário original: foram retiradas perguntas que nos pareceram menos pertinentes ou mesmo desajustadas à população alvo e acrescentadas outras importantes: as várias possibilidades de ocupação dos utentes (formação profissional, estudante, CAO. etc.); questões relacionadas com a alimentação (uma vez que esta população necessita frequentemente de adaptações e ajuda na alimentação); nível de independência física; percepções acerca do que os pais pensavam das suas capacidades (no estudo original só se perguntava acerca dos professores); e perguntas relativas às terapias a que eram sujeitos no momento.

Procedimentos

O presente estudo consiste na aplicação de um inquérito de auto-resposta adaptado do questionário “Comportamento e Saúde em Jovens em Idade Escolar”. Este instrumento de medida foi adaptado à população alvo: adaptação da linguagem utilizada e simplificação das escalas de resposta; digitalização do questionário de forma a ser possível a auto-resposta através de computador (para indivíduos com Paralisia Cerebral que necessitem de suporte informático). Para tal, foi necessária a colaboração da equipa de Investigadores Faculdade de Motricidade Humana (FMH): foram retiradas questões avaliadas com não pertinentes para o objectivo do presente estudo, ou cujos resultados no estudo nacional tinham mostrado pouca consistência. Posteriormente a esta primeira adaptação foi realizada uma segunda adaptação com a equipa da que, com o conhecimento e experiência adquiridos com esta população, foi possível proceder às alterações finais.

Em colaboração com o ICFI (Instituto Científico de Formação e Investigação – Federação de Portuguesa de Paralisia Cerebral), as instituições alvo do estudo foram contactadas no sentido de lhes ser explicado o âmbito e objectivos do estudo, assim como saber da sua disponibilidade para colaborar. Posteriormente, cada instituição foi contactada separadamente pelos investigadores, que os informaram das características requeridas para os utentes participarem no estudo e combinado um espaço e um tempo para a deslocação dos investigadores às instituições.

Em cada instituição os jovens preencheram o inquérito de auto-resposta individualmente, com um tempo de preenchimento de aproximadamente uma hora. Todos os sujeitos foram informados do objectivo do estudo e da confidencialidade das respostas. Foram fornecidas algumas informações para clarificar dúvidas que foram surgindo durante o preenchimento dos questionários.

Para efeitos da análise e tratamento dos dados, os questionários foram transferidos para uma base de dados no programa “Statistical Package for Social Science – SPSS-Windows”.

Resultados

Num primeiro nível de análise foram construídas escalas para análises posteriores. O critério para a selecção dos itens foi a sua contribuição para a consistência interna (coeficiente alfa de Cronbach) e foram aceites índices superiores a 0,50. Assim, foram construídas as seguintes escalas: *Escala de Satisfação com a Vida Simples* (ESV – S); *Escala de Satisfação com a Vida Composta* (ESV – C); *Escala dos Sintomas Psicológicos* (ESP); *Escala dos Sintomas Físicos* (ESF); *Escala dos Consumos* (EC); *Escala de Atitudes Face ao VIH* (EA – VIH); *Escala das Competências de Assertividade* (ECA); e *Escala da Qualidade da Relação com os Colegas* (EQRC).

Escalas

Percepções de bem-estar

Escala de Satisfação com a Vida Simples (ESV – S) – É considerada simplesmente a escala relativamente à questão “o que sentes em relação à vida?”, em que os inquiridos situam o seu sentir em relação à vida numa escala que vai da *melhor vida possível* (1) à *pior vida possível* (10).

Escala de Satisfação com a Vida Composta (ESV – C) – Para esta escala foram considerados o conjunto de itens da questão sobre o sentir dos inquiridos em relação às últimas semanas – “gosto de como a minha vida me tem corrido”, “gostava de mudar muitas coisas na minha vida”, “eu desejava ter um tipo de vida diferente” e “eu tenho uma boa vida” – e a escala de satisfação com a vida simples (ESV – S). Para encontrar uma escala de cotações médias relativamente à satisfação com a vida, foi realizada a soma e a média dos itens considerados nas duas questões. O alfa de *Cronbach* obtido para esta escala indica uma consistência interna moderada ($\alpha = .58$).

Queixas psicológicas e somáticas

Escala dos Sintomas Psicológicos (ESP) – A escala construída como indicador dos sintomas psicológicos, foi obtida através da média da soma dos itens que avaliam a frequência da ocorrência dos seguintes sintomas: “estar deprimido”; “estar irritado ou de mau humor”; “estar nervoso”; “dificuldades em adormecer”; e “medo”. No presente estudo, o alfa de *Cronbach* da Escala dos Sintomas Psicológicos reflecte um índice de consistência interna moderado ($\alpha = .65$).

Escala dos Sintomas Físicos (ESF) – Para encontrar a escala de cotações médias relativamente aos sintomas físicos, foi realizada a média da soma das

questões relativas à frequência da ocorrência nos últimos seis meses dos seguintes sintomas: “dores de cabeça”; “dores de estômago”; “dores nas costas”; “ton-turas”; e “dores de pescoço”. O alfa de Cronbach encontrado para a Escala dos Sintomas Físicos reflecte também um índice de consistência interna moderado ($\alpha=.64$).

Histórias de consumos

Escala dos Consumos (EC) – Para encontrar uma escala de cotações médias relativamente aos consumos, foi realizada a média da soma das questões relativas à frequência de consumo de álcool (cerveja, vinho e bebidas espirituosas) e tabaco. O alfa de Cronbach obtido para a escala de consumos ($\alpha=.78$) sugere a existência de uma consistência interna alta.

Informação e atitudes face ao VIH/SIDA

Escala de Atitudes Face ao VIH (EA – VIH) – Para esta escala foi considerado o conjunto de itens da questão sobre o grau de concordância em relação às seguintes afirmações: “eu deixaria de ser amigo de uma pessoa que estivesse infectada com VIH”, “deve ser permitido aos jovens com VIH frequentarem a escola”, “eu era capaz de assistir a uma aula ao lado de um colega infectado com VIH”, “eu visitaria um amigo(a) que estivesse infectado(a) com VIH”, “as pessoas com VIH deveriam viver à parte do resto do mundo”. O alfa de Cronbach obtido para esta escala apresenta uma consistência interna moderada ($\alpha=.58$). A escala vai no sentido do grau de tolerância crescente.

Competências de assertividade

Escala das Competências de Assertividade (ECA) – Para esta escala foi considerada a questão que continha um conjunto de itens sobre a capacidade de lidar com as seguintes situações: “defender os meus direitos”, “dizer não quando não estou de acordo”, “dizer o que eu sinto”, “manter a minha opinião na discussões com os outros”, “livrar-me de situações que não me agradam”. A escala foi obtida através do cálculo da média da soma dos itens. O alfa de Cronbach obtido para esta escala apresenta uma consistência interna moderada ($\alpha=.58$).

Relação com os colegas

Escala Qualidade da Relação com os Colegas (EQRC) – Para encontrar a escala de cotações médias relativamente à qualidade da relação com os colegas,

foi realizada a média da soma das seguintes questões: “os colegas gostam de estar juntos”, “a maior parte dos meus colegas são simpáticos e prestáveis” e “os colegas aceitam-me como sou”. Nestas questões os inquiridos situavam-se numa escala que ia do “sempre verdade” ao “sempre falso”. O alfa de *Cronbach* encontrado para os itens da escala reflecte um índice de consistência interna alto ($\alpha=.70$).

Tabela 6: Descritivos das escalas

	descritivo das escalas					
	N	média	mínimo	máximo	DP	moda
Escala de Satisfação com a Vida Simples (ESV – S)	96	2,1	1,0	3,2	.50	2,0
Escala de Satisfação com a Vida Composta	95	3,4	1,6	5,0	.73	3,0
Escala dos Sintomas Psicológicos	95	1,7	1,0	3,3	.59	1,0
Escala dos Sintomas Físicos	95	1,7	1,0	3,7	.48	1,5
Escala dos Consumos	91	4,3	2,3	4,8	.55	4,8
Escala de Atitudes Face ao VIH	96	1,0	1,0	5,0	.91	1,0
Escala da Competências Pessoais e Sociais	98	1,4	1,0	2,4	.37	1,0
Escala Qualidade da Relação com os Colegas		1,5	1,0	5,0	.67	1,0

Relações entre as variáveis

Apresentamos de seguida os resultados do cálculo do tipo de relações e as associações significativas entre as diversas escalas relacionadas com as percepções de bem-estar psicossocial e percepções de saúde positiva.

Sintomas psicológicos, sintomas físicos e satisfação com a vida

A relação entre as diversas escalas relacionadas com o bem-estar e as queixas psicossomáticas foi calculada através do coeficiente de correlação de *Pearson*. A análise deste coeficiente revela que, à medida que aumentam os sintomas físicos também aumentam os sintomas psicológicos, isto é, a Escala dos Sintomas Psicológicos (ESP) relacionou-se de forma significativa e positiva, com uma força

de associação moderada, com a Escala dos Sintomas Físicos (ESF) ($r = .43$; $N = 91$; $p < .0001$).

Por sua vez, os sintomas psicológicos associaram-se de forma significativa e positiva com as medidas de satisfação com a vida, indicando que *o nível de satisfação com a vida aumenta à medida que diminuem os sintomas psicológicos*: a Escala dos Sintomas Psicológicos (ESP) apresentou uma relação moderada com a Escala de Satisfação com a Vida Composta (ESV – C) ($r = .41$; $N = 90$; $p < .0001$) e fraca com a Escala de Satisfação com a Vida Simples (ESV – S) ($r = .39$; $N = 91$; $p < .0001$). Não foram encontradas relações significativas entre as escalas de satisfação com a vida e os sintomas físicos, que parecem ser duas variáveis independentes ($r = -.16$; $N = 89$; $p > .12$).

Predictores da satisfação com a vida

A regressão múltipla foi usada para combinar as várias medidas dos determinantes sociais e individuais da saúde mental positiva, isto é, os recursos psicológicos individuais, os contextos e as relações familiares e sociais, como predictores da *satisfação com a vida*. Destas, só foram utilizadas as medidas que obtiveram relações lineares com a Escala de Satisfação com a Vida Composta (ESV – C). Deste modo, foram introduzidas as medidas do *apoio sócio-familiar* - o que pensam os pais ($r = -.29$; $N = 92$; $p < .005$) e o que pensam os professores ($r = -.29$; $N = 92$; $p < .005$), acerca das capacidades dos inquiridos, e a facilidade em falar com os pais ($r = .45$; $N = 92$; $p < .001$) - *escala dos sintomas psicológicos* - depressão, irritação e mau humor, ansiedade, medo, cansaço e exaustão ($r = -.41$; $N = 92$; $p < .001$) - e *percepções de bem-estar psicossocial* - sentimento de solidão ($r = -.58$; $N = 92$; $p < .001$), número de amigos ($r = .36$; $N = 92$; $p < .001$) e dificuldade em arranjar amigos ($r = -.42$; $N = 92$; $p < .001$) - como predictores da Escala de Satisfação com a Vida Composta (ESV – C).

Através do método *stepwise*, foram encontradas duas das variáveis que explicam o grau de satisfação com a vida ($R = .658$; $R^2_{Aj} = .41$; Erro = .533): o *sentimento de solidão* (Beta = $-.371$; $p < .000$) e o que os pais pensam acerca das suas capacidades (Beta = $-.186$; $p < .030$). Deste modo, *o sentimento de solidão e a percepção dos jovens acerca do que os pais pensam das suas capacidades, prevêem 41% da variação na satisfação com a vida*. Todas as outras variáveis não foram consideradas como predictores.

Percepção de saúde, satisfação com a vida e sintomas psicológicos

A relação da percepção do *estado de saúde* com o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida foi analisada através da utilização do teste-T. Verificou-

-se a existência de diferenças significativas em função da saúde, tanto na Escala de Satisfação com a Vida Composta (ESV – C) ($t=2,6$; $N=93$; $p<.009$) como na Escala dos Sintomas Psicológicos (ESP) ($t=2,8$; $N=93$; $p<.006$). Assim, o grau de satisfação com a vida dos que referem ter uma saúde boa ($M=3,5$) é significativamente superior aos jovens que referem ter uma saúde má ($M=3,1$). No que se refere às queixas psicológicas, os jovens que dizem ter uma saúde má, são os que apresentam níveis de sintomas psicológicos significativamente mais elevados ($M=1,9$), quando comparados com a média dos jovens que se dizem saudáveis ($M=1,5$).

Aptidões de assertividade e satisfação com a vida

A relação da competência para utilizar *aptidões de assertividade* com a satisfação com a vida foi efectuada através da análise de variância (ANOVA One-Way). Foi verificada existência de diferenças significativas relativamente à satisfação com a vida – Escala de Satisfação com a Vida Simples (ESV – S) – em função da competência para lidar com situações problemáticas ($F(2, 89)= 2,99$; $p<.055$). Assim, os jovens que referem usar aptidões de assertividade muitas vezes, apresentam um nível de satisfação com a vida significativamente superior ($M=2,2$) aos que dizem que raramente o conseguem ($M=1,2$).

Ocupação e satisfação com a vida

O *tipo de actividade* actual dos jovens também apresentou uma relação com o grau de satisfação com a vida. Verificam-se diferenças significativas entre os jovens estudantes e os que frequentam os Centro de Actividades Ocupacionais ou fazem Formação Profissional, relativamente à Escala de Satisfação com a Vida Composta (ESV – C) ($F(2, 89) = 6.13$; $p<.003$): *os jovens estudantes apresentam uma média superior na escala de satisfação com a vida* ($M= 3,6$) relativamente aos jovens que frequentam um Centro de Actividades Ocupacionais ou que se encontram em Formação Profissional ($M= 3,1$).

Solidão, sintomas psicossomáticos e satisfação com a vida

Para verificar em que medida o *sentimento de solidão* se relacionava com os diferentes indicadores da percepção de bem-estar psicossocial e queixas psicossomáticas foi realizada a diferença de médias, verificando-se a existência de diferenças significativas em relação às seguintes escalas: Escala da Satisfação com a Vida (ESV – C) ($F(3, 91)= 18.0$; $p<.0001$); Escala dos sintomas Físicos (ESF) ($F(3, 91) = 3.2$; $p<.02$); Escala dos Sintomas Psicológicos (ESP) ($F(3, 91) = 11.8$; $p<.0001$).

Verifica-se que o grau de *satisfação com a vida* dos jovens que referem sentir solidão muitas vezes é significativamente inferior ($M=2,6$) aos jovens que referem não ter este sentimento ($M= 3,8$) ou o têm poucas ou algumas vezes ($M=3,6$ e $M=3,3$ respectivamente). Por sua vez, os jovens que dizem não sentir solidão apresentam uma média significativamente superior ($M=3,8$) aos que dizem algumas e muitas vezes ($M=3,3$ e $M=2,6$ respectivamente). Os mesmos jovens que referem sentir solidão muitas vezes, também se diferenciam significativamente por apresentarem uma média de *sintomas psicológicos* superior ($M=2,3$) relativamente aos que dizem não sentir solidão ($M=1,4$), sentir poucas vezes ($M=1,6$), ou algumas vezes ($M=1,7$).

Em relação aos sintomas físicos, *constata-se que os jovens que mais frequentemente têm sentimentos de solidão são também os que apresentam mais sintomas físicos*. Assim, os jovens que referem não ter sentimentos de solidão, apresentam um nível de sintomas físicos inferior ($M=1,6$) aos que referem ter este sentimento muitas vezes ($M=2,0$).

Predictores da solidão

A solidão foi relacionada com os vários sintomas psicológicos separadamente. Verificaram-se relações significativas e positivas entre a solidão e a depressão ($r=.45$; $N= 100$; $p< .0001$), a irritação ou mau humor ($r=.30$; $N= 100$; $p< .002$) e o nervosismo ($r=.32$; $N= 100$; $p< .001$). A regressão múltipla foi utilizada para ver quais destas variáveis tinham valor preditivo sobre a solidão. Através do método *stepwise* entraram apenas duas variáveis prevendo 23% da variação na solidão: ($R = .485$; $R^2Aj. = .23$; $Erro = .958$): a depressão ($Beta= .408$; $p<.0001$) e o nervosismo ($Beta= .225$; $p<.023$).

A regressão múltipla foi de novo utilizada para averiguar outras variáveis preditivas da solidão. Foram utilizados os indicadores que obtiveram uma relação linear significativa com a solidão: a satisfação com a vida (ESV-C) ($r= -.58$; $N= 95$; $p< .000$), o número de amigos ($r= -.32$; $N= 86$; $p< .0001$), a capacidade de arranjar amigos ($r= -.34$; $N= 102$; $p< .001$), a qualidade de relação com os colegas (EQRC) ($r= -.29$; $N= 96$; $p< .004$), a facilidade em falar com os pais ($r= -.26$; $N= 72$; $p< .025$), os sintomas psicológicos (ESP) ($r= .48$; $N= 51$; $p< .000$) e a tolerância face às pessoas portadoras de HIV (EA-VIH) ($r= -.24$; $N= 96$; $p< .016$). Através do método *stepwise* foram encontradas quatro variáveis que predizem o sentimento de solidão ($R = .701$; $R^2Aj. = .45$; $Erro = .822$): a qualidade da relação com os colegas ($Beta= -.279$; $p<.009$), a satisfação com a vida ($Beta= -.340$; $p<.003$), os sintomas psicológicos ($Beta= .364$; $p<.002$) e a tolerância face às pessoas com HIV ($Beta= -.282$; $p<.008$). Estas quatro variáveis prevêm 45% da variação na solidão.

Relações de amizade e grupo de pares

O número de amigos foi relacionado com os vários indicadores, sendo encontradas as seguintes correlações: a actividade física fora da escola/instituição ($r = .21$; $N = 84$; $p < .048$), o sentimento de solidão ($r = -.32$; $N = 86$; $p < .002$), a facilidade em arranjar amigos ($r = .35$; $N = 86$; $p < .001$), o número de saídas à noite com os amigos ($r = .22$; $N = 83$; $p < .039$) e a qualidade da comunicação com os pais ($r = .32$; $N = 62$; $p < .009$). Deste modo, *o número de amigos aumenta com o aumento da frequência de prática de actividade física, com a facilidade em arranjar amigos, o número de saídas à noite, e com a facilidade de comunicação com os pais*. Por outro lado, *a diminuição do número de amigos associa-se a um aumento do sentimento de solidão*. Para analisar o poder preditivo de cada uma destas variáveis sobre o número de amigos, realizou-se uma regressão múltipla (*stepwise*), tendo sido encontrados dois indicadores ($R = .529$; $R^2_{Aj} = .14$; Erro = $.667$): a capacidade de arranjar amigos ($Beta = -.268$; $p < .032$) e a qualidade da comunicação com os pais ($Beta = -.262$; $p < .037$), prevendo 14% da variação no número de amigos.

Imagem do Corpo

A percepção de imagem corporal encontra-se significativamente associada à satisfação com a vida. Assim, verifica-se uma associação baixa mas significativa entre a ESV-C e a auto-percepção do aspecto corporal: quanto mais positiva é a auto-percepção do aspecto corporal maior a satisfação com a vida ($r = .21$; $N = 89$; $p < .046$).

Ao dividir os jovens em dois grupos, segundo o tipo de deficiência, os jovens com Paralisia Cerebral (61,2%) e os jovens com outro tipo de deficiências (36,9%), e fazendo a diferença de médias relativamente à imagem corporal, verificamos que existe uma diferença significativa entre estes dois grupos ($t = 2,3$; $N = 93$; $p < .023$). De facto, o grupo de jovens com Paralisia Cerebral apresentam uma auto-percepção de imagem pessoal mais positiva ($M = 3,7$) relativamente aos jovens com outras deficiências ($M = 3,4$).

Uso de substâncias

Os **jovens que fumam** diferenciam-se dos que não fumam relativamente à Escala de Satisfação com a Vida Composta (ESV – C) ($t = 2,4$; $N = 90$; $p < .017$): a média de satisfação com a vida nos jovens que não fumam é superior ($M = 3,5$) à dos jovens que fumam ($M = 3,1$). São encontrados os mesmos resultados na Escala de Satisfação com a Vida Simples (ESV – S) ($t = 2,8$; $N = 97$; $p < .005$): também aqui os jovens que não fumam apresentam uma satisfação com a vida significativamente superior ($M = 6,7$) à encontrada nos jovens fumadores ($M = 5,6$).

Contrariamente ao que seria de esperar, foi encontrada uma relação significativa e negativa entre a Escala dos Consumos (EC) e o número de saídas à noite com os amigos. Assim, através da correlação de *Pearson*, verificou-se que à medida que aumentam os consumos desce a frequência de saídas à noite ($r = -.25$; $N = 88$; $p < .019$). Ainda, foi encontrada uma relação significativa e negativa com a forma de tratamento dos monitores ou professores ($r = -.28$; $N = 84$; $p < .010$): os consumos sobem com o sentimento de que não são encorajados à expressão dos seus pontos de vista.

Discussão

As medidas de percepção de satisfação com a vida foram relacionadas com vários indicadores: *suporte sócio-familiar* (percepção acerca do que os pais e professores/monitores pensam das capacidades dos inquiridos e facilidade em falar com os pais) *sintomas psicossomáticos* (sintomas físicos, sintomas psicossomáticos e percepções de saúde), *percepções de bem-estar psicossocial* (sentimento de solidão, número de amigos e qualidade da relação com os colegas) e *competências de relacionamento interpessoal* (aptidões de assertividade, facilidade em arranjar amigos).

As relações encontradas entre os vários indicadores e a percepção de bem-estar, salientam o papel de relevo das expectativas dos adultos significativos e da solidão na satisfação com a vida. Uma satisfação com a vida mais positiva surgiu relacionada com expectativas positivas por parte dos pais e professores/monitores, a menos sintomas psicológicos e solidão, a um maior número e facilidade em arranjar amigos e mais aptidões de assertividade. No entanto, parece que só o sentimento de solidão e o que os pais pensam das capacidades das crianças e jovens com deficiência é que têm valor preditivo na satisfação com a vida.

Para além das expectativas, parece que a qualidade da comunicação com os pais também desempenha um papel central pelas ligações que estabelece tanto com a solidão como com o número de amigos. De facto, a capacidade de arranjar amigos e a qualidade da comunicação com os pais foram os factores com impacto preditivo no número de amigos. Por outro lado, a solidão diminui quando aumenta o número de amigos. São os jovens que têm muitas vezes sentimentos de solidão que se encontram menos satisfeitos com a vida e os que apresentam mais sintomas físicos e psicológicos. Analisados todos os sintomas psicológicos separadamente, só a depressão e a ansiedade surgiram com preditores da solidão, prevendo 23% da variação nesta emoção. Esta relação entre a depressão e a solidão já tinha sido encontrada em outros estudos com populações deficientes (Heiman e Margalit, 1998).

Assim, as relações encontradas entre os vários indicadores e a percepção de bem-estar salientam o papel de relevo das expectativas dos adultos significativos e da solidão na satisfação com a vida, assim como, da relação entre a saúde mental e os sintomas físicos. Estes resultados têm eco quer nos resultados dos estudos que dão provas do papel vital da aceitação e do suporte da família, e de outros significativos, no ajustamento psicossocial (Robinson, West e Woodworth, 1995) e na habilitação funcional (Wilson, Washington, Engel, Ciol & Jensen, 2006) da pessoa com deficiência motora, quer nos estudos que revelam a existência de um impacto negativo dos níveis elevados da solidão na saúde mental e física (Bertrand *et al.* 2001).

A solidão também se encontrou relacionada de forma significativa e negativa com o número e a capacidade de arranjar amigos, a qualidade da relação com os colegas, a facilidade em falar com os pais e a tolerância face às pessoas portadoras de HIV. Do conjunto destes factores, a qualidade da relação com os colegas, a satisfação com a vida, os sintomas psicológicos e a tolerância face às pessoas com HIV, foram considerados preditores justificando 45% da variação na solidão. Estes resultados remetem-nos para estudos anteriores. Por exemplo, Bertrand *et. al* (2001) relaciona a ansiedade em situações sociais e a frequência de uso de aptidões sociais adequadas com a solidão, demonstrando, assim, o papel importante das competências sociais na participação social de indivíduos com deficiência. Também Heiman e Margalit (1998) colocam a hipótese dos jovens com deficiência terem mais tendência para sentirem depressão e solidão, por não estarem tão aptos para desenvolverem aptidões sociais úteis, ou para interagirem apropriadamente com os seus pares.

Em relação aos consumos, verificou-se que os jovens que não fumam, apresentam um nível de satisfação com a vida superior aos que fumam. Dos jovens que fumam, são os que saem menos à noite, e os que têm menos apoio dos pais e/ou monitores, que fumam mais. Considerando estas relações dos consumos com o nível de satisfação com a vida e com o suporte social, e sendo que alguns factores de risco para o abuso de drogas estão mais frequentemente associados com a deficiência, isto é, sabendo-se que as pessoas com deficiências enfrentam um número de situações que podem incentivar o uso de drogas ilícitas (problemas de ajustamento, normalização e socialização) (Li Li, 1998), existe neste estudo um alerta para a necessidade de ser dada uma atenção especial à questão dos consumos das pessoas com deficiência. De facto, segundo Schaschl (1989) o ignorar desta situação pode levar ao insucesso da reabilitação e do processo de ajustamento à deficiência, conduzindo a um aumento das complicações médicas da deficiência, e interferindo com o progresso a uma vida independente.

Em relação à saúde, uma percepção de saúde positiva relacionou-se com uma maior satisfação com a vida e menos sintomas psicológicos. Foram ainda encontradas associações positivas e recíprocas entre os sintomas psicológicos e os sintomas

físicos. É de salientar que os jovens que dizem ser alvo de comentários desagradáveis têm mais sintomas físicos e estão menos satisfeitos com as suas vidas.

A ocupação parece ser outro factor importante na forma como os jovens vêem a sua vida. De facto, os resultados demonstraram que os jovens que se encontram a estudar estão mais satisfeitos com as suas vidas do que os inseridos num CAO ou em Formação Profissional. Estes resultados levam-nos à necessidade de averiguar se as ocupações actuais dos jovens com deficiência motora serão a mais adequada e adaptadas às suas expectativas, ou se serão as suas expectativas que se encontram para além dos limites impostos pela sua deficiência. Uma preocupação com os jovens com deficiência que surge recentemente na literatura prende-se com a preparação da transição para a vida adulta, seja esta o prosseguimento de estudos, emprego, formação profissional ou o mundo adulto em geral. A Legislação de vários países, incluindo Portugal, alerta para a necessidade de proporcionar serviços e oportunidades para jovens com deficiência e suas famílias nos momentos cruciais de transição. Neste âmbito, existe já algum trabalho produzido no sentido de ajudar os profissionais nas escolas e instituições a trabalhar esta passagem atempadamente de uma forma planeada e integrada com objectivo de prevenir a futura falta de participação (Bakken & Obiakor, 2008).

Simultaneamente, a sociedade no seu todo não deve ser esquecida, pois também ela tem um papel no desenvolvimento da personalidade da criança e do jovem (Molnar, 1992). Neste sentido alguns autores vão para além do trabalho da pessoa em si e falam da competência da comunidade e da importância da capacitação social, isto é, uma comunidade competente pode aumentar tanto as oportunidades como os níveis de competência social dos indivíduos com deficiência (Burton & Kagan, 1995). Por exemplo, o trabalho na eliminação das barreiras ao nível comunitário pode aumentar a participação da pessoa com deficiência na comunidade (Howard, Nieuwenhuijsen, & Saleeby, 2008). Por outro lado, a pessoa com deficiência pode aumentar a consciência dos recursos na comunidade, assim como obter informação acerca do apoio que podem esperar receber no futuro e o sentido realista das oportunidades que lhes estão disponíveis (King, Baldwin, Currie, & Evans, 2006). Assim, e sabendo-se que o conhecimento sobre a paralisia cerebral se encontra relacionado com as percepções positivas acerca destas crianças (Nabors e Lehmkuhl, 2005), é de repensar formas de sensibilização da sociedade, sensibilização esta que deve ser complementar a um esforço de aproximação e integração das crianças e jovens nas estruturas e dinâmicas sociais. Também importante será o carácter sistemático e continuado das acções que permita a sedimentação de políticas e hábitos.

Resumindo, é preciso saber mais e descrever a interacção entre o indivíduo e o seu envolvimento para a identificação e eliminação das barreiras (Becker & Stuifbergen, 2004) assim como os facilitadores de uma transição bem sucedida para a vida adulta no sentido de ajudar no desenho de programas e serviços que

maximizem as oportunidades para os jovens com deficiência (Galambos, Magill-Evans & Darrah, 2008; King et al., 2006).

Ademais, face aos resultados dos estudos que nos dizem que as aptidões sociais e a ansiedade estão relacionadas com a capacidade de lidar com situações sociais em que a incapacidade física está de alguma forma saliente (Bertrand *et al.*, 2001), e sendo que a falta de experiências enriquecedoras do ponto de vista social impedem o desenvolvimento da mestria nestes jovens (Tuck, 1995), justifica-se assim a introdução de programas de promoção de competências sociais que tornem o jovem com paralisia cerebral mais afirmativo e menos ansioso nas situações sociais. Estes programas deverão colmatar a falta de oportunidades na história de desenvolvimento do jovem, estimulando a sua capacidade de iniciativa para a participação em experiências sociais e habilitando-os para a utilização do seu nível máximo de competência. Por outro lado, as relações funcionais da solidão e das dificuldades de ajustamento com os problemas de saúde mental auto-relatados, incluindo a depressão e a ansiedade e as dificuldades em manter e fazer amizades, reforçam o alerta de outros estudos para a necessidade de uma intervenção o mais cedo possível, no sentido de prevenir os problemas emocionais das pessoas com deficiência, assim como, desenvolver as suas habilidades que lhes permita estabelecer relações com os pares e aprender a lidar com as suas emoções (Heiman e Margalit, 1998; Olney *et al.*, 2004).

Uma limitação deste estudo é a nossa confiança nos auto-relatos dos jovens acerca das suas atitudes e comportamentos. Segundo Gresham, Sugai & Horner (2001), os jovens deficientes avaliam-se a eles próprios como mais proficientes nas aptidões sociais que os jovens sem deficiência, apesar de simultaneamente se percepcionarem como mais sós e depressivos. Para estes autores, os resultados aparentemente paradoxais podem ser explicados pela tendência das pessoas com deficiência mental ligeira sobrestimarem a sua capacidade em termos de aptidões sociais, como resultado dos elogios e encorajamentos que recebem dos adultos, resultado de um mau julgamento da sua competência social.

Ainda em relação à amostra em estudo, o número reduzido de jovens e crianças por faixa etária, e as variações no tipo e gravidade da deficiência contidas em cada um destes níveis de desenvolvimento, pode ter limitado o poder deste estudo em detectar relações e diferenças significativas. Por outro lado, o número elevado de variáveis pode ter feito com que certas relações não tenham sido exploradas e aprofundadas o suficiente.

Futuros estudos devem ter em consideração as limitações identificadas e aprofundar dúvidas levantadas por este estudo, por exemplo as fortes implicações da solidão no bem-estar da pessoa com deficiência. Apesar de todo o conhecimento adquirido a respeito do relacionamento entre a solidão e a saúde de mental/física, poucos estudos empíricos examinaram a solidão entre pessoas com incapacidades físicas.

REFERÊNCIAS

- ALRIKSSON-SCHMIDT, A. I., WALLANDER, J., & BIASINI, F. (2007). Quality of Life and Resilience in Adolescents with a Mobility Disability. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(3), pp. 370-379.
- BAKKEN, J. P., OBIAKOR F. E. (2008). *Transition planning for students with disabilities – What educators and service providers can do*. Illinois: Chales C Thomas Publisher, Ltd.
- BECKER, H., STUIFBERGEN, A. (2003). *What makes it so hard? Barriers to health promotion experienced by people with multiple sclerosis and polio*. *Family & Community Health*, 27(1), pp. 75-85.
- BERTRAND, L., MORIER, S., BOISVERT, J-M & MOTTARD, Y. (2001). L'Intervention auprès des personnes socialement anxieuses ayant des incapacités physiques. *Reveu Francophone de Comportementale et Cognitive*, 6(2): 27-43.
- BLAKE, T. R., JAMES O. R. (2002). *Self-esteem and self-efficacy of college students with disabilities*. *College student journal*. Acedido em 2 de Novembro de 2006 em <http://findarticles.com>.
- BURTON, M.; KAGAN, C.; CLEMENTS P. (1995). *Social skills for people with learning disabilities – a social capability approach*. Chapman & Hall. London.
- CURRIE, C.; ROBERTS, C.; MORGAN, A.; SMITH, R.; Settertobulte, Samadal, O. Rasmussen, V. (2004). Young people's health in context. Health behaviour in school-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. *Health Policy for Children and Adolescents*, 4. World Health Organization.
- DAVIS, E., SHELLY, A., WATERS, E., MACKINNON, A., REDDIHOUGH, D., BOYD, R., et al. (2009). Quality of life of adolescents with cerebral palsy: perspectives of adolescents and parents. *Developmental medicine & child neurology*, 51(3), pp. 193-199.
- GALAMBOS, N. L.; MAGILL-EVANS, J., DARRAH, J. (2008). *Psychosocial maturity in the transition to adulthood for people with and without motor disabilities*. *Rehabilitation Psychology*, 53(4), pp. 498-504.
- GRESHAM, F. M., SUGAI, G, & HORNER, R. H. (2001). *Interpreting outcomes of social skills training for students with high-incidence disabilities*. *Exceptional Children*, 67(3), pp. 331-344.
- GUMPEL, T. P. (2007). *Are social competence difficulties caused by importance or acquisition deficits? The importance of self-regulatory mechanisms*. *Psychology in the schools*, 44(4), pp. 351-372.
- HEIMAN, T., MARGALIT, M. (1998). Loneliness, Depression, and Social Skills Among Students with Mild Mental Retardation in Different Educational Settings. *Journal of Special Education*.
- HOWARD, D., NIEUWENHUIJSEN, E. R., & SALEEBY, P. (2008). Health promotion and education: application of the ICF in the US and Canada using ecological perspective. *Disability and Rehabilitation*, 30(12-13), pp. 942-954.

- KING, G. A., BALDWIN, P. J., CURRIE, M., & EVANS, J. (2006). The effectiveness of transition strategies for youth with disabilities. *Children's health care*, 35(2), pp. 155-178.
- KOCHHAR, C. B., BASSETT, D. S., & WEBB, K. W. (2008). *Transition to Postsecondary Education for Students With Disabilities*. California: Crowin Press.
- LIPTAK, G. S.; O'DONNELL, M.; CONAWAY, M.; CAMERON, W. et. al. (2001). Health status of children with moderate to severe cerebral palsy. *Developmental medicine and child neurology*, 43: 364-370.
- MATOS, M. G. (2002). *A saúde dos adolescentes portugueses: quatro anos depois*. Faculdade de Motricidade Humana. Lisboa.
- MOTOLA, G. C.; HEDGESPETH, J.; BROWN, S. (1999). Specialized apperception test for ambulatory-impaired adolescents. *Adolescence*.
- MURPHY, N. A., & CARBONE, P. S. (2008). Promoting the participation of children with disabilities in sports, recreation, and physical activities. *Pediatrics*, Vol. (121), pp. 1057-1061.
- NUTBEAM D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13 (4): 349-363.
- OLNEY, M. F., BROCKELMAN, K. F., KENNEDY, J., e NEWSON, M. (2004). Do you have a disability? A population-based test of acceptance, denial, and adjustment among adults with disabilities. *U. S. Journal of rehabilitation*, Jan-March.
- RICHARDSON, R. C., TOLSON, H., HUANG, T.-Y., & LEE, Y.-H. (2009). Character Education: lessons for teaching social and emotional competence. *Children & Schools*, 31(2), pp. 71-78.
- RIMMER, J. H. (2002). Health Promotion for Individuals with Disabilities – The need for transitional model in service delivery. *Practical Disease Management*, 10(6), pp. 337-343.
- ROBINSON, F. M.; WEST D.; & WOODWORTH, D. (1995). *Coping+Plus – Dimensions of Disability*. Westport, Connecticut: Praeger Publishers.
- SCHNEIDER, J. W.; GURUCHARRI, L. M.; GUTIERREZ, A. L.; GAEBLER-SPIRA, D. J.. Health-related quality of life and functional outcome measures for children with cerebral palsy. *Developmental medicine and child neurology*, 43(9): 601-8.
- SILVARES, E. F. M. ; MASSOLA, G. (2005). *A Percepção do Distúrbio de Comportamento Infantil por Agentes Sociais versus Encaminhamento para Atendimento Psicoterapêutico*. *Interamerican Journal of Psychology*, 39(1), pp. 139-150.
- SIMÕES, C. (2007). *Comportamentos de risco na adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian / Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- WEHMEYER, M. L., HARRIS, K. R., & GRAHAM, S. (2007). *Promoting Self-Determination in Students with Developmental Disabilities – What Works for Special-Needs Learners*. New York: Guilford Press.
- WILSON, S.; WASHINGTON, L. A.; ENGEL, J. M.; CIOL, M. A.; JENSEN, M. P. (2006). Perceived Social Support, Psychological Adjustment, and Functional Ability in Youths With Physical Disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 51(4): 322-330.