



Universidades Lusíada

Santos, Maria Alberta Sousa Monteiro

Bem-estar subjectivo em alunos com necessidades educativas especiais

<http://hdl.handle.net/11067/1668>

Metadados

Data de Publicação	2012
Resumo	Ser portador de uma condição que precisa de Necessidades Educativas Especiais, é um fator de risco para múltiplos indicadores de adaptação psicossocial, incluindo para o Bem-estar Subjetivo. A escola tem uma responsabilidade acrescida, principalmente com alunos com NEE, na promoção de recursos internos e externos que favoreçam uma adaptação mais positiva no meio, por parte destes indivíduos. Apesar disso, a compreensão do Bem-Estar Subjetivo em alunos com diferentes NEE, constitui-se ainda com...
Palavras Chave	Educação Especial, Necessidades Educativas Especiais, Teste Psicológico: Escala de tonalidade emocional (ETE), Teste Psicológico: Escala breve de satisfação com a vida (EBVS), Teste Psicológico: Escala de satisfação com o suporte social (ESSS), Teste Psicológico: Escala breve de saúde mental (KIDSCREEN 10)
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULP-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-19T02:01:52Z com informação proveniente do Repositório

BEM-ESTAR SUBJETIVO EM ALUNOS
COM NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS

Dissertação
para a obtenção
do Grau de Mestre em:
Educação Especial



**BEM-ESTAR SUBJETIVO EM ALUNOS
COM NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS**

Maria Alberta Sousa Monteiro Santos

PORTO 2011



Instituto de Psicologia
e Ciências da Educação
Universidade Lusíada do Porto



Maria Alberta Sousa Monteiro Santos



Instituto de Psicologia
e Ciências da Educação
Universidade Lusíada do Porto

Dissertação
para a obtenção
do Grau de Mestre em:
Educação Especial



**BEM-ESTAR SUBJETIVO EM ALUNOS
COM NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS**

Maria Alberta Sousa Monteiro Santos

PORTO 2011

ORIENTAÇÃO:
Professor Doutor Paulo Moreira



**Instituto de Psicologia
e Ciências da Educação**
Universidade Lusíada do Porto



C: 2
M: 95
Y: 0
K: 0

DEDICATÓRIA

Para Ti PAI (a título póstumo), para o meu neto Leonardo, meu marido e minha filha, pelos momentos de ausência... entrego-vos este meu SONHO.

PAI

A TI PAI,

Que sempre estiveste comigo,
Nos bons, nos maus momentos...
A TI PAI,
Que lutaste por me veres FELIZ
E ser alguém, como tu dizias.
Perdoa-me se não consegui os sonhos
Que Tu desejavas para mim...
Hoje sei que sempre estavas a meu lado,
E que os sonhos que eu alcançava
Eram os que TU desejavas.
Sentir-me FELIZ, fazia-te FELIZ...
Fui vencendo porque estavas comigo.
Ajudavas-me, apoiavas-me e dizias sempre...
TU CONSEGUES...
Obrigada por sempre confiares em mim...
Conseguia porque te sentia comigo...
Hoje, onde quer que estejas...
Quero que saibas que...
Para TI também é este trabalho...
Porque mesmo “longe”...

SENTI-TE SEMPRE COMIGO...

SEMPRE PERTO...

SEMPRE PRESENTE...

AMO-TE.

Ao Meu NETO

Ao meu Pequeno Botão
Que me fez rejuvenescer
Trouxeste contigo a canção
De uma vida a florescer.

Foste gerado num berço
De pétalas, de uma FLOR
És tão querido e desejado
Num seio cheio de AMOR.

No dia do teu nascimento
O sol brilhou com mais cor
Apesar de ser em dezembro
Foi um dia de muito AMOR.

Só peço a Deus para ti
O que uma avó pode desejar
Que tenhas uma vida muito feliz
E aos teus pais saibas AMAR.

Não percas nunca, meu Querido
Os valores essenciais da vida
Sê um HOMEM decidido
Em dignidade, amor e justiça.

Da avó Berta

**A tua Negrinha
(nome carinhoso com que me tratavas)**

Agradecimentos

Numa jornada de Bem- Estar Subjetivo (BES), considero que o mínimo que posso e devo fazer é deixar-vos uma palavra de carinho...

À memória de meu Pai, Manuel “O Sousa”, a título póstumo, a quem devo aquilo que sou.

Ao meu orientador, Professor Doutor Paulo Moreira pela paciência que teve comigo, por me incentivar a continuar e nunca recuar ou desistir e acima de tudo pela sua ajuda. Obrigada Professor. Sem si este “sonho” não chegaria ao fim.

Ao Professor João pela sua dedicação e pelo seu carinho e disponibilidade.

Ao meu marido Plácido, pela compreensão dos momentos de ausência e ao “abandono” a que o submeti.

À minha Mãe Aida, pelo tempo que passou sem me ver, para eu conseguir dar forma a este “Projeto” e alcançar mais este sonho.

De uma forma muito especial à minha querida filha Liliana, genro Maximino Miguel e neto Leonardo, aos meus irmãos Cândida e Avelino e cunhado Cândido, pela sua compreensão nos momentos de ausência. Quero de uma forma muito particular, agradecer à minha filha, pois não estive presente tanto quanto desejaria, no maior sonho da sua vida, a gravidez. Obrigada FILHA, como te AMO.

Aos sogros da minha filha, D. Gorete e Senhor Adelino, por estarem presentes com ela, nas minhas ausências.

À Psicóloga da minha Escola, pela sua colaboração, carinho e incentivo e acima de tudo pela sua ajuda. Obrigada Emília.

Aos colegas e amigos Jorge Magalhães e Ana Maria Pires, pela sua ajuda, e colaboração. Obrigadas.

À minha sogra Augusta pelos “mimos/doces” com que me presenteou, em horas muito “amargas”.

A todos os Professores do nosso Mestrado pela força que nos transmitiram.

Aos pais dos nossos alunos pela sua colaboração.

Aos alunos pela forma como sempre estiveram disponíveis e colaborantes.

A todas as escolas que fazem parte deste estudo.

Às minhas colegas de turma, pela sua amizade e pela forma como nos unimos para ultrapassar esta “batalha”.

A todo o pessoal não docente da Universidade, pela sua inteira disponibilidade e pela forma carinhosa como me trataram, obrigadas.

A todos os meus amigos, pelos momentos que deixei de viver e conviver convosco.

Quero agradecer a todos que direta ou indiretamente contribuíram neste meu caminhar... que souberam ouvir as minhas angústias, os meus risos e os meus prantos, sempre com o mesmo carinho... que acreditaram em mim, me apoiaram, incentivaram e valorizaram...

O meu carinhoso abraço.

OBRIGADA

Índice

Agradecimentos	2
Índice	4
Índice de tabelas	7
Índice de figuras	7
Lista de abreviaturas	9
Resumo	10
Abstract.....	12
1. Introdução	14
1.1. Bem-Estar Subjetivo	14
1.1.1. História e evolução	15
1.1.2. Conceito de bem-estar subjetivo.....	16
1.1.2.1. Conceito de felicidade	17
1.1.3. Componentes do bem-estar subjetivo.....	18
1.1.3.1. Satisfação com a vida.	21
1.1.3.2. Tonalidade emocional.....	22
1.1.3.3. Suporte social.	23
1.1.3.4. Saúde mental.	24
1.1.4. Modelos teóricos explicativos.	25
1.1.4.1. Modelos: Base-Topo e Topo-Base (Bottom-Up and Top-Down).....	26
1.1.4.2. Modelo Hedonic Treadmill (Escada Rolante Hedónica).....	28
1.1.4.3. Modelo Threefold Stepwise.....	30

1.1.4.4. Modelo Integrativo da Felicidade.....	31
1.2. Educação / Educação Especial – Necessidades Educativas Especiais.....	32
1.2.1. Conceito de Educação.....	32
1.2.2. Breve perspetiva histórica da educação especial em Portugal.....	32
1.2.3. Necessidades educativas especiais.	34
1.2.4. Evolução do conceito de necessidades educativas especiais.....	35
1.2.4.1. Primeiro Período: Separação	35
1.2.4.2. Segundo Período: Proteção.....	36
1.2.4.3. Terceiro Período: Emancipação.....	36
1.2.4.4. Quarto Período: Integração.....	37
1.2.4.5. Inclusão.....	39
1.2.5. Conceito de necessidades educativas especiais.	42
1.2.6. Conceito de aluno com necessidades educativas especiais.	43
1.2.7. Caracterização da condição	44
1.2.7.1. Défice cognitivo	44
1.2.7.2. Hiperatividade com défice de atenção - PHDA.....	45
1.2.7.3. Défice visual	47
1.2.7.4. Défice auditivo	48
1.2.7.5. Neuromusculoesqueléticas	49
1.3. Bem-Estar Subjetivo em Alunos com NEE.....	49
1.3.1. Níveis de relevância e compreensão do bem-estar subjetivo em alunos com necessidades educativas especiais.	52

1.3.1.1. Nível Pessoal	52
1.3.1.2. Nível Familiar.....	53
1.3.1.3. Nível Escolar	54
1.3.1.4. Nível Social	55
1.4. Objetivo e hipóteses do estudo	56
2. Metodologia.....	56
2.1. Participantes.....	57
2.2. Instrumentos de Avaliação.....	60
2.2.1. Escala breve de saúde mental (kidscreen-10).....	60
2.2.2. ESSS - escala breve de satisfação com o suporte social.....	61
2.2.3. ETE - Escala de tonalidade emocional.	62
2.2.4. EBSV - Escala breve de satisfação com a vida.	62
2.3. Procedimentos.....	63
2.3.1. Procedimentos de recolha dos dados.	63
2.3.2. Procedimento de análise dos dados.	64
3. Resultados.....	65
4. Discussão dos resultados	70
4.1. Considerações finais	75
Referências bibliográficas	77

Índice de tabelas

Tabela 1 - <i>Componentes do Bem-Estar Subjetivo (Diener et. al. 1999).</i>	20
Tabela 2 - <i>Variáveis que compõe a medida global do BES.</i>	20
Tabela 3 - <i>Modelos do BES e respectivos autores.</i>	26
Tabela 4 - <i>Amostra.</i>	57
Tabela 5 - <i>Número de sujeitos, Média e desvio padrão da idade por grupos (Grupo de alunos com NEE e grupo de alunos sem NEE).</i>	59
Tabela 6 - <i>Teste T de student para diferenças de médias ao nível dos indicadores de BES entre alunos com e sem NEE.</i>	65
Tabela 7 - <i>Número de alunos (n) média (M) e desvio padrão (DP) ao nível do BES em grupos de alunos com diferentes NEE.</i>	67
Tabela 8 - <i>Teste de Kruskal-Wallis para diferenças entre grupos de alunos com diferentes NEE.</i>	69

Índice de figuras

Figura 1 - <i>Modelo Base-Topo. Adaptada de Dinis (2011). Bem-Estar Subjetivo e Personalidade em Adolescentes. (Tese de Mestrado não publicada apresentada à Universidade Lusíada do Porto, p.18).</i>	28
Figura 2 - <i>Modelo Topo-Base. Adaptada de Dinis (2011). Bem-Estar Subjetivo e Personalidade em Adolescentes. (Tese de Mestrado não publicada apresentada à Universidade Lusíada do Porto, p. 19).</i>	28
Figura 3 - <i>Modelo Hedonic Treadmill (Escada Rolante Hedónica). Adaptado de Dinis (2011). Bem-Estar Subjetivo e Personalidade em Adolescentes. (Tese de Mestrado não publicada apresentada à Universidade Lusíada do Porto, p.17)</i>	29

Figura 4 - Modelo Threefold Stepwise. Adaptado de Dinis (2011). Bem-Estar Subjetivo e Personalidade em Adolescentes. (Tese de Mestrado não publicada apresentada à Universidade Lusfada do Porto, p.20).	31
Figura 5 - Evolução da Inclusão. Fonte: Correia (2008).	41
Figura 6 - Distribuição da amostra por género e grupos.	58
Figura 7 - Número de sujeitos com NEE (n=266), média e desvio padrão.	58
Figura 8 - Número de sujeitos sem NEE (n=308), média e desvio padrão.	59
Figura 9 - Média ao nível de BES em grupos de alunos com diferentes NEE.	67

Lista de abreviaturas

BE- Bem-Estar.

BES – Bem-Estar Subjetivo.

BEP – Bem-Estar Psicológico.

NEE – Necessidades Educativas Especiais.

EE – Educação Especial.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

DA – Dificuldades de Aprendizagem.

EBSV – Escala Breve de Satisfação com a Vida.

ETE – Escala de Tonalidade Emocional.

ESSS – Escala Breve de Satisfação com o Suporte Social.

Kids - Kidscreen é um instrumento de avaliação de saúde mental e bem-estar em crianças e adolescentes.

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade.

DV – Défice Visual.

DA – Défice Auditivo.

DC – Défice Cognitivo.

Resumo

Ser portador de uma condição que precisa de Necessidades Educativas Especiais, é um fator de risco para múltiplos indicadores de adaptação psicossocial, incluindo para o Bem-estar Subjetivo. A escola tem uma responsabilidade acrescida, principalmente com alunos com NEE, na promoção de recursos internos e externos que favoreçam uma adaptação mais positiva no meio, por parte destes indivíduos. Apesar disso, a compreensão do Bem-Estar Subjetivo em alunos com diferentes NEE, constitui-se ainda como um desafio. O objetivo deste estudo foi avaliar o Bem-Estar Subjetivo, numa perspectiva compósito, em alunos com Necessidades Educativas Especiais (NEE). Participaram no mesmo 574 alunos: 308 sem NEE e 266 com NEE (109 com déficit cognitivo, 13 com hiperatividade, 33 com déficit visual, 63 com déficit auditivo e 16 com Neuromusculares). Os alunos com NEE apresentaram níveis mais baixos de Bem-Estar Subjetivo, incluindo menores índices de Bem-Estar Subjetivo total, de satisfação com a vida, qualidade de vida, tonalidade emocional positiva e total, mas índices mais elevados na tonalidade emocional negativa, percepção de suporte social positivo e percepção de suporte social total. No que respeita à diferença entre condições, os alunos com déficit cognitivo apresentam os índices mais baixos de BES total e de tonalidade emocional positiva; os alunos com hiperatividade registam os níveis mais baixos ao nível da qualidade de vida; os alunos com déficit visual são os que apresentam níveis mais elevados de satisfação com a vida, qualidade de vida, mas estão menos satisfeitos com o suporte social e experienciam uma tonalidade emocional mais negativa. Os alunos com déficit auditivo são os que apresentam simultaneamente níveis mais elevados de emocionalidade positiva e negativa. Os alunos com a condição neuromuscular têm níveis mais elevados de bem-estar total, mas são os que estão menos satisfeitos com o suporte social. Estes resultados têm implicações

importantes para o desenvolvimento de políticas educativas e de intervenções escolares de promoção de bem-estar subjetivo junto de crianças e adolescentes com necessidades educativas especiais.

Palavras-Chave: Bem-Estar Subjetivo; Necessidades Educativas Especiais.

Abstract

Having a condition that needs Special Educational Needs, is a factor of risk for multiple indicators of psychosocial adaptation, including the Subjective Well-Being (SWB). The school has an added responsibility, especially with students with SEN in the promotion of internal and external resources to promote a more positive adaptation in society, by these individuals. Nevertheless, understanding the Subjective Well-Being in students with different special needs is still a challenge.

The aim of this study was to evaluate the Subjective Well-Being, a composite perspective on students with Special Educational Needs (SEN).

In this study participated 574 students: 308 without SEN and 266 with SEN (109 with cognitive handicap, 13 with hyperactivity, 33 with visual handicap, 63 with hearing handicap and 16 with neuromusculoskeletal).

Students with SEN had lower levels of Subjective Well-Being, including lower rates of total Subjective Well-Being, of life satisfaction, of quality life, total and positive emotional tone, but with higher rates in negative emotional tone, and positive and total social support.

Regarding the difference between conditions, students with cognitive handicap have the lowest levels of total SWB and positive emotional tone; students with hyperactivity recorded the lowest level of quality of life, students with visual handicap are those who have higher levels of life satisfaction, quality of life, but are those who are less satisfied with social support and experience a more negative emotional tone.

Students with hearing handicap are those who present simultaneously higher rates of positive and negative emotionality.

Students with neuromusculoskeletal condition have higher levels of total welfare, but are those who are less satisfied with social support.

These results have important implications for the development of educational policies and school interventions to promote subjective well-being among children and adolescents with special educational needs.

Key-words: Subjective Well-Being, Special Educational Needs.

1. Introdução

A qualidade de vida das pessoas, tem sido uma constante preocupação global dos governantes mundiais a todos os níveis (económico, social e político), mas sentimos necessidade de investigar a nível de Bem-Estar de crianças e jovens com NEE, uma vez que trabalhar com estes alunos é para nós uma constante preocupação.

Devido às especificidades dos alunos com NEE, a componente do Bem-estar subjetivo nesta população, assume particular relevância para a promoção de trajetórias de desenvolvimento adaptativas.

A pesquisa teve como objetivo avaliar o Bem-Estar subjetivo, numa perspetiva compósito, em alunos com Necessidades Educativas Especiais (NEE).

Pretende-se com este trabalho realizar a correlação entre as deficiências em estudo (Défice Cognitivo; Hiperatividade; Défice Visual; Défice Auditivo e Neuromusculoesquelético), a nível do BES, por forma a compreendermos o grau de satisfação com a vida, suporte social e tonalidade emocional, em indivíduos com NEE.

O trabalho está dividido em duas partes, sendo a primeira referente ao BES, Educação Especial, BES em crianças e jovens com NEE. Fez-se ainda uma breve caracterização da condição das várias deficiências. A segunda parte procura apresentar o estudo propriamente dito, contextualizando-o, caracterizando a amostra, os instrumentos utilizados e os procedimentos. Concluimos apresentando os resultados obtidos e descrevendo as reflexões e críticas do mesmo, retirando assim as conclusões da nossa pesquisa.

1.1. Bem-Estar Subjetivo

O bem-estar, como conceito intrínseco ao próprio conceito de saúde mental, tem sido um construto alvo de muitas e variadas investigações, uma vez que é o principal objetivo a ser alcançado pelos psicólogos, seja na perspetiva terapêutica, preventiva ou

promocional (Schroeder & Gordon, 2002 cit in Remédios, 2010). Existem duas perspectivas teóricas de base do Bem- Estar (BE), sendo elas o BEP e o BES (Ryan & Deci, 2001cit in Remédios, 2010).

O modelo de BEP, é um modelo multidimensional e foi concebido por Carol Ryff (1989). Este modelo baseia-se em concepções de crescimento pessoal e autorrealização e engloba seis dimensões: autonomia, domínio do meio, crescimento pessoal, relações positivas com terceiros, objetivos na vida e aceitação de si (Remédios, 2010). Segundo a autora, este modelo aparece no sentido de completar as limitações do modelo de bem-estar subjetivo.

O Bem- Estar Subjetivo diz respeito à avaliação que as pessoas fazem da sua própria vida, quer em relação de satisfação com a mesma (dimensão cognitiva), quer em relação às suas relações emocionais positivas e negativas (dimensão afetiva) (Novo, 2003; Nunes, 2009).

Estas avaliações podem ser negativas e positivas, podem inserir julgamentos e sentimentos relacionados com a satisfação com a própria vida, em domínios como a saúde, o trabalho, as relações, eventos positivos ou negativos (Diener & Ryan, 2009).

O Bem-Estar Subjetivo provém da avaliação que o indivíduo efetua sobre as suas capacidades, a sua qualidade de vida e as condições ambientais, sempre a partir de critérios pessoais e que são combinados com os valores e as expectativas em vigência na sociedade (Neri, 2001, cit in Belém, 2008).

1.1.1. História e evolução

A história do conceito de Bem-Estar Subjetivo é considerada recente, terá cerca de 51 anos, considerando a tese de Wilson (1960), como sendo o marco do seu nascimento, uma vez que estuda pela primeira vez a palavra “Bem-Estar” da mesma forma que se nos apresenta hoje (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999).

Wilson (1967), dispôs-se estudar duas hipóteses do Bem-estar, onde relacionou os conceitos de Satisfação e de Felicidade (Galinha & Ribeiro, 2005).

O conceito possui uma abrangência que o situa numa posição de interação de vários domínios da Psicologia, nomeadamente a Psicologia Social, a Psicologia da Saúde e a Psicologia Clínica (Galinha & Ribeiro, 2005).

A análise de diferentes investigadores, sobre a história do conceito, designa heranças históricas distintas. Para Galinha & Ribeiro (2005) a história do conceito analisada por (Diener, 1984; Veenhoven 1996), indica heranças históricas distintas e que estão relacionadas com a convergência de conceitos procedentes de teorias teóricas distintas e são incluídos como dimensões do Bem-Estar Subjetivo.

Assim, a primeira herança identifica-se com os movimentos sociais inspirados no Iluminismo e no Utilitarismo que estimularam a investigação na Qualidade de Vida. A segunda herança está relacionada com a Revolução na Área da Saúde, na década de 70. Atualmente a área da Psicologia Clínica, admite o conceito de Bem-Estar Subjetivo como fazendo parte da Psicologia Positiva.

A evolução do conceito nem sempre foi consensual, pois evoluiu por caminhos distintos e limites difusos e como tal atravessou dois momentos críticos na sua definição: a diferença Bem-Estar Material versus Bem-Estar Global e a diferença Bem-Estar Psicológico versus Bem-Estar Subjetivo (Galinha & Ribeiro, 2005).

1.1.2. Conceito de bem-estar subjetivo.

O conceito de Bem-estar subjetivo é considerado um conceito complexo uma vez que engloba uma dimensão cognitiva e uma dimensão afetiva, assim como outros grandes conceitos e domínios de estudo, como: a Qualidade de Vida; o Afeto Positivo e o Afeto Negativo. A componente cognitiva inclui a satisfação com a vida (a forma como o indivíduo avalia a própria vida, globalmente) (Novo, 2003); a componente

afetiva onde está inserida a noção de felicidade (as reações emocionais, quer sejam positivas ou negativas, tendo em conta a referida avaliação) (Novo, 2003). O construto contém em si aspetos cognitivos (Satisfação) e aspetos afetivos (Felicidade) envolvidos na avaliação subjetiva da existência pessoal, ou seja: o que as pessoas sentem e pensam sobre as suas vidas. Assim, o BES apresenta dois indicadores: o afetivo e o cognitivo (Novo, 2003). O indicador afetivo trata de respostas emocionais positivas (afeto positivo) e negativas (afeto negativo). O afeto positivo pode ser avaliado através dos aspetos sentidos e tidos como agradáveis (afeto, prazer, orgulho), e o negativo através de emoções ou sentimentos tidos e sentidos como desagradáveis (tristeza, vergonha, raiva). O segundo indicador, o cognitivo, faz alusão a aspetos racionais ou intelectuais acerca da satisfação com a vida que o indivíduo experiencia, e pode apresentar-se de forma global (satisfação com a vida) e de forma específica (satisfação com áreas da vida), que diz respeito a áreas da vida, como: deleite, matrimónio e economia, entre outras (Diener e Biswas-Diener, 2000; Diener et al., 1999).

O BES é o termo científico que se atribui ao que as pessoas, coloquialmente, designam por felicidade (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; cit in Alves, 2008).

1.1.2.1. Conceito de felicidade

Para o estudo da felicidade existem diferentes abordagens, quer filosóficas, psicológicas ou mesmo no campo religioso.

Vamos orientar o nosso trabalho pelo campo da psicologia, uma vez que é nesse sentido que a nossa investigação é encaminhada. Foram desenvolvidos diferentes métodos e instrumentos, por investigadores em psicologia, para medir o nível de felicidade de um indivíduo. Esses métodos têm em conta fatores físicos e psicológicos. É a psicologia positiva que dá maior realce ao estudo da sanidade mental e não às

patologias. Esta faz a relação entre a felicidade com emoções e atividades positivas (Kelly, 2007).

A felicidade é uma componente amplamente reconhecida como principal e parte integrante de uma vida saudável (Diener, Scollon & Lucas, 2003).

O termo felicidade é usado no senso comum como representando o BES, embora o mesmo seja utilizado com significados mais abrangentes e distintos, como: a alegria momentânea, a satisfação com a vida e o prazer a longo prazo (Cutler, 2000). A Felicidade, BES, prazer a longo prazo e a satisfação com a vida são estados subjetivos inter-relacionados, mas podem ser diferenciados da seguinte forma: Felicidade - estado subjetivo em que existe superioridade de importância dos afetos positivos sobre os afetos negativos; Bem-Estar Subjetivo: sentimento de conforto e alegria (Whoqol, 2004, cit in Nunes, 2007).

Apesar das mudanças de circunstâncias e das mudanças ambientais, a felicidade permanece comedido estável. É uma emoção positiva essencial, muito versada na literatura, filosofia e mais recentemente na psicologia (Izard, 1997).

“Na verdade, as avaliações de específicos momentos e domínios da vida das pessoas são coloridas pela felicidade” (Diener&Lucas, 1999, p.215).

Sabemos que ser feliz é o principal objetivo de todo o ser humano, pois felicidade equivale a alegria que é vida. Devemos promover a felicidade, pois é sinónimo de bem-estar. A experimentação da felicidade foi considerada como sendo o principal objetivo da existência humana (Annas, 1993; Kamman et al, 1994; Rich et all, 1999).

1.1.3. Componentes do bem-estar subjetivo.

BES é definido como sendo uma vasta categoria de fenómenos que inserem as respostas emocionais dos indivíduos, domínios de satisfação e os julgamentos globais

de satisfação com a vida (Diener, Suh & Oishi, 1997; Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999).

A satisfação de vida é vista como o componente cognitivo que completa a felicidade que é a dimensão afetiva do funcionamento positivo. O componente cognitivo atribui-se aos aspetos racionais e intelectuais, ao passo que o componente afetivo envolve os componentes emocionais que são a soma dos humores e emoções Giacomoni (2002).

Nas últimas três décadas, o estudo do BES teve importantes avanços nos seus modelos explicativos e estruturais. No início, Andrews e Withey (1976) expuseram como componentes do BES o julgamento de satisfação com a vida assim como o afeto positivo e negativo.

Existem basicamente três componentes do BES: satisfação, afeto prazeroso e baixos níveis de afeto desprazeroso (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). Cada um dos três componentes pode ser dividido em subdivisões. A Satisfação global com a vida pode ser dividida em diversos domínios da vida, como: o amor, a amizade, etc. e esses domínios podem ser divididos em outros, como: o afeto positivo e negativo que ainda podem ser divididos em emoções e humores específicos (Diener, Suh & Oishi, 1997; cit in Giacomoni, 2002).

O BES deve ser visto como uma área de interesse geral ao contrário de um único construto específico (Diener, Suh, Lucas & Smith (1999).

Os esquemas ilustrativos que se seguem apresentam as principais divisões e subdivisões das componentes do BES.

Tabela 1
Componentes do Bem-Estar Subjetivo (Diener et. al. 1999).

Afetos Positivos (agradáveis)	Afetos Negativos (desagradáveis)	Satisfação com a Vida	Satisfação com domínios
-Alegria	-Culpa e vergonha	-Desejo de mudar a vida	-Trabalho
-Elação	-Tristeza	-Satisfação com a vida atual	-Família
-Contentamento	-Ansiedade e/ou Preocupação	-Satisfação com a vida passada	-Lazer
-Orgulho	-Ódio	-Estimativa de satisfação com o futuro	-Saúde
-Afeição	-Stress		-Finanças
-Felicidade	-Depressão		-Self
-Êxtase	-Inveja		

Fonte: Adaptado de Diener et. al., (1999). Personality and subjective wellbeing. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwartz (Eds.). Well-Being: the foundations of hedonic psychology.

Tabela 2
Variáveis que compõe a medida global do BES.

Variáveis	Autores
Satisfação com a vida, afetos positivos elevados, afetos negativos baixos.	Diener, 2009
Satisfação com a vida, afetividade positiva, traços de caráter.	Cloninger, 2008b
Satisfação com a vida, felicidade, qualidade de vida e realização pessoal.	Bartels & Boomsma, 2009
Satisfação com a vida, felicidade.	Galinha & Pais – Ribeiro, 2009
Satisfação com a vida, suporte social e bem-estar físico.	Cloninger & Zohar 2011
Satisfação com a vida, afetividade e suporte social	Josefsson e tal., 2011

Fonte: Dinis, L (2011). Bem-Estar Subjetivo e Personalidade em Adolescentes. (Dissertação de Mestrado não publicada, pág. 7).

Podemos afirmar que existe concordância entre os investigadores relativamente à satisfação com a vida e a afetividade como medidas de avaliação do BES, tendo em

conta que a felicidade é muitas vezes vista como a expressão de afetos positivos (Diener, 2009; Bartels & Boomsma, 2009; Galinha & Ribeiro, 2009).

A história do BES relata a importância de variáveis, como: sociodemográficas, status social, etc, estudadas para justificar a inclusão do suporte social. A saúde do ponto de vista do bem-estar físico e de saúde mental, na literatura existente, tem demonstrado uma consistente correlação entre ambos (Ribeiro, 1999; Gaspar et al., 2009; Diener, 2009; Gilman & Huebner, 2003; Ramos, et al., 2010).

Na sua investigação, Sheldon & Hoon, (2006), defendem a importância de elaborar estudos que nos permitam compreender a influência de todas estas variáveis no BES.

1.1.3.1. Satisfação com a vida.

O conceito de satisfação com a vida é definido como uma avaliação global, feita pelo indivíduo, sobre a qualidade de vida, tendo em consideração os critérios escolhidos por si (Shin & Jonhson, 1978; citado por Neto, Barros & Barros, 1990).

Assim, componentes considerados importantes, como ter saúde e boas relações pessoais, podem obter pesos diferentes conforme o indivíduo (Pavot & Diener, 1993).

A Satisfação com a Vida, forma um fator separado da componente afetiva do Bem-Estar Subjetivo, apesar de se correlacionar com a mesma (Pavot & Diener, 2008).

Em escalas sobre a satisfação com a vida (e.g., Satisfaction With Life Scale de Diener, Emmons, Larson & Griffin, 1985), verificamos que estes, pelo menos em parte, são independentes de medidas afetivas (Pavot & Diener, 1993).

A afirmação, parece estar sustentada em argumentos como: os itens relativos à Satisfação Com a Vida aparentam formar um fator unificado, correlacionando-se assim de uma forma exclusiva com variáveis que são preditoras da Satisfação com a Vida. Em geral as reações afetivas são respostas a fatores imediatos e de curta duração ao passo

que os valores de Satisfação Com a Vida podem refletir uma perspectiva a longo prazo; os objetivos e valores podem indicar uma avaliação consciente sobre a vida contrastando com a componente afetiva que pode refletir motivos inconscientes e influências de humor (Pavot & Diener, 1993).

Assim, parece-nos que a Satisfação Com a Vida tem uma moderada estabilidade temporal, apesar de se alterar em reação a situações de vida.

1.1.3.2. Tonalidade emocional.

A afetividade é representada por dois fatores independentes: a afetividade positiva e a afetividade negativa. Esta é entendida como sendo a dimensão da predisposição de humor que traduz as diferenças individuais na emocionalidade e no auto-conceito e é determinada através da frequência dos afetos positivos e negativos (Ma & Huebner, 2008; Brief, Butcher, George, & Link, 1993; Lewis et al., 2011). A afetividade atribui-se à componente emocional do BES (Fujita & Diener, 2005; Lyubomirsky et al., 2005; Keyes et al., 2002; Ramos et al., 2010; Feist et al., 1995; Galinha & Pais-Ribeiro, 2009).

A afetividade positiva pode ser interpretada na disposição em experimentar sentimentos e emoções agradáveis, como: entusiasmo, alegria, felicidade e orgulho. Demonstra assim o quanto uma pessoa se sente bem, alerta, ativa e entusiasmada. Um estado de alta energia, total concentração e satisfação, revelam altos níveis de afeto positivo, enquanto tristeza e letargia são caracterizadas por baixos níveis de afeto positivo.

A afetividade negativa pode ser expressa pela disposição em experimentar sentimentos e emoções desagradáveis, como: tristeza, ansiedade, depressão, vergonha, culpabilidade, etc. O afeto negativo é uma dimensão geral da angústia e insatisfação que

inserir uma multiplicidade de estados de humor eversivos, como: medo, raiva, culpa e desgosto.

Esses dois fatores representam dimensões do estado afetivo que se relacionam com as dimensões de traços afetivos emocionalmente positivos ou negativos (Giacomoni, 2002, cit in Tellegen, 1995).

1.1.3.3. Suporte social.

O Suporte social, sem grande rigor, define-se como “*a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós*” (Sarason, et al., 1983, p. 127). (Dunst & Trivette, 1990) defendem que o suporte social se atribui aos recursos existentes e ao dispor das pessoas e unidades sociais, como a família, para responder aos pedidos de ajuda e assistência, referenciados por Ribeiro (1999).

Nas crianças e adolescentes o suporte social tem um importante papel para a sua futura adaptação social e para o desenvolvimento comportamental (Gaspar et al., 2009). O estabelecimento de relações emocionais e sociais é fundamental para a construção das representações internas da criança do mundo e dos outros (Dinis, 2011, p. 12).

Depois de estudos realizados sobre as dimensões de suporte social, em crianças e adolescentes portugueses, foi confirmado que a família, em especial os pais, são a principal fonte de suporte social (Ribeiro, 1999, cit Vilhjamsson, 1994).

Há autores que fazem a distinção entre suporte social psicológico e não-psicológico (Cohen & McKay, 1984). O psicológico refere-se ao fornecimento de informação, o não-psicológico refere-se ao suporte social tangível (Ribeiro, 1999).

O suporte social numa situação de distress em situação de crise alivia e pode impedir o desenvolvimento de doenças e em caso de doença efetiva tem um papel positivo na recuperação da mesma (Rodin e Salovey, 1989).

1.1.3.4. Saúde mental.

A saúde mental é definida pela OMS, como sendo *o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma rentável e proveitosa e contribuir para a comunidade em que está inserido* (WHO, Strengthening mental health promotion, Geneva, 2001, Fact sheet no. 220). A saúde mental é entendida como um aspeto vinculado ao Bem-estar, à qualidade de vida, à capacidade de amar, trabalhar e de se relacionar com os outros.

Os problemas de saúde mental, nas crianças e adolescentes, condicionam o seu BES (Barkmann, 2003 cit. in Ravens-Sieberer et al., 2008). (Ravens-Sieberer et al, 2008), concluíram que a existência de problemas de saúde mental anulam o BES.

O BES pode não ser suficiente para levar um indivíduo a experienciar um estado de saúde mental positivo, no entanto é indispensável (Gilman & Huebner, 2003). A situação socioeconómica, relações familiares conflituosas, estrutura familiar, pais com problemas mentais, suporte dos pares e saúde física débil são fatores que influenciam e afetam a prevalência de problemas de saúde mental em crianças e em jovens. Estes fatores têm um peso importantíssimo na saúde, pois influenciam a saúde mental. (Ramos et al., 2010) dá-nos como exemplo o caso de adolescentes com maior poder económico apresentarem melhores níveis de saúde mental. Em contrapartida estas associações nem sempre são lineares, pois existem adolescentes com agregados familiares com baixos níveis de rendimentos, que vivem no interior, que têm melhores níveis de saúde do que adolescentes a residir em grandes cidades e filhos de pais com maiores rendimentos (Dinis, 2011). Isto vem reforçar os estudos que demonstraram que existem países em que, enquanto a saúde e longevidade aumentam significativamente, os níveis médios de BES apresentaram estabilidade (Cummins, Mellor, & Stokes, 2009; Keyes, 2006).

(Keyes, 2006, cit in Dinis, 2011), defende que os indivíduos com saúde mental elevada tem melhor desempenho no trabalho, são mais produtivos e apresentam menor risco de desenvolverem problemas de saúde como doenças cardiovasculares. Defende ainda que a saúde mental é um estado completo de BES e BEP.

1.1.4. Modelos teóricos explicativos.

A personalidade é apontada como um dos mais fortes preditores de Bem-Estar Subjetivo (Lyomirsky, 2008; Diener, 1994; Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Diener & Lucas, 1999).

O Bem_Estar Subjetivo sofre influência dos traços de personalidade, então o Bem-Estar deveria manifestar-se e comportar-se da mesma forma que os traços (Diener e Lucas, 1999).

Devemos destacar que, cada pessoa, de acordo com a sua própria personalidade, apresenta um “ponto de ajuste” em relação ao BES (Diener et al., 1999; Seligman, 2004).

O BES pode até variar, aumentando ou diminuindo, mas isso só acontece de um modo temporário durante um certo período, e dentro de pouco tempo esse índice regressa ao ponto de equilíbrio, de acordo com o temperamento da pessoa. Assim como acontece com o BES, a personalidade é influenciada pelos aspetos culturais e valorativos (Diener, Oishi e Lucas, 2003; Albuquerque, 2006).

Para explicar o funcionamento e organização do BES, têm sido desenvolvidos, ao longo das últimas décadas, diferentes modelos, contudo estes têm sido desenvolvidos lentamente e à medida que têm surgido novos dados empíricos (Diener, 2009).

Dinis (2011) cita modelos que fazem a descrição do BES tendo em conta, fatores internos (atitudes ou temperamento individual) e/ou externos (rendimentos, status) (Diener, 2009).

Tabela 3
Modelos do BES e respetivos autores.

Modelos	Autores
Modelo Escada Rolante Hedónica ou Modelo Homeostático.	Brickman e Campberll , 1971
Modelo Bottom-Up e Top-Down.	Wilson, 1967
Modelo Threefold Stpwise	Bandura, 2004
Modelo Integrativo da Felicidade.	Lyubomirsky e tal, 2005

Fonte: Dinis, L (2011). Bem-Estar Subjetivo e Personalidade em Adolescentes. (Dissertação de Mestrado não publicada). Pág. 15.

1.1.4.1. Modelos: Base-Topo e Topo-Base (Bottom-Up and Top-Down).

Wilson (1967) desenvolveu estudos sobre satisfação e felicidade em que o BES passa a ser visto sobre as perspetivas Base-topo e Topo-base (Bottom-Up and Top-Down) (Galinha & J. L. Pais Ribeiro, 2005).

Diener e Lucas (1999) indicam a confirmação do modelo top-down (Topo-Base) como funcionamento do bem-estar subjetivo, em que um construto de traço de felicidade global influencia os sentimentos sobre os domínios específicos (Giacomoni, 2002). Na perspetiva Bottom-Up (Base-Topo) as avaliações das pessoas sobre as suas vidas, quer afetiva ou cognitiva, não resultam exclusivamente de processos bottom-up. Na perspetiva Base-Topo as pessoas não pesam unicamente os efeitos das várias circunstâncias externas para formarem os seus juízos de Bem-Estar Subjetivo mas fazem os seus juízos sobre o bem-estar global, tendo em atenção as emoções ligadas às experiências recentes. Se as mesmas forem positivas intitulam-se como pessoas felizes (Deci & Rayn, 2008; Diener et al., 1999; Sheldon & Elliot, 1999 cit. in Lyubomirsky et al., 2005; Feist et al.,1995; Brief, Butcher, George, & Link, 1993).

Foi dado suporte empírico às teorias Base-topo em estudos que comparam a acumulação de satisfação com um elevado BES. Essa acumulação de experiências de bem-estar pode ser em domínios, como: casamento, família, trabalho, levam ao BES

(Deci & Rayn, 2008; Diener et al., 1999; Sheldon & Elliot, 1999 cit. in Lyubomirsky et al., 2005; Feist et al., 1995; Brief, et al., 1993; Dinis, 2011).

As teorias Base-Topo ainda não conseguem explicar por que motivo é que pessoas com experiências negativas se intitulam também de pessoas felizes (Lyubomirsky e tal., 2005), assim para explicar estas ocorrências, surgem as teorias Topo-Base (Dinis, 2011; Feist e tal., 1995; Lyubomirsky e tal., 2005; Brief e tal., 1993).

Estas teorias, as Topo-Base, defendem que os indivíduos estão predispostos a fazer uma avaliação de forma positiva ou negativa. A atitude global e o significado que cada indivíduo atribui a cada experiência vivida, determinam em grande parte o BES, ou seja: um indivíduo em sofrimento pode mesmo assim sentir-se feliz, pois a causa desse mesmo sofrimento pode levá-lo a atingir objetivos de vida. Numa perspectiva Topo-Base, as interpretações subjetivas são a principal influência no BES, mais do que os próprios eventos em si (Feist et al., 1995; Lyubomirsky et al., 2005; Brief et al., 1993; Dinis, 2011).

Wilson (1967) estudou e relacionou duas hipóteses do Bem-Estar, sendo elas: os conceitos de Satisfação e de Felicidade. Na perspectiva Base-Topo (Bottom Up) a Satisfação imediata de necessidades produz Felicidade *“a Satisfação imediata de necessidades produz Felicidade, enquanto a persistência de necessidades por satisfazer causa Infelicidade – e Topo-Base (Top Down) – o grau de Satisfação necessário para produzir Felicidade depende da adaptação ou nível de aspiração, que é influenciado pelas experiências do passado, pelas comparações com outros, pelos valores pessoais e por outros fatores – como ainda, atualmente, se discute na área do Bem-Estar Subjetivo”* (Galinha & Ribeiro, 2005, p.204).

Autores sugerem que os dois modelos são suportados pelos dados sendo que o BES deve ser visto à luz de ambos (Brief et al., 1993; Feist et al., 1995; Galinha e Ribeiro, 2005); Dinis, 2011).

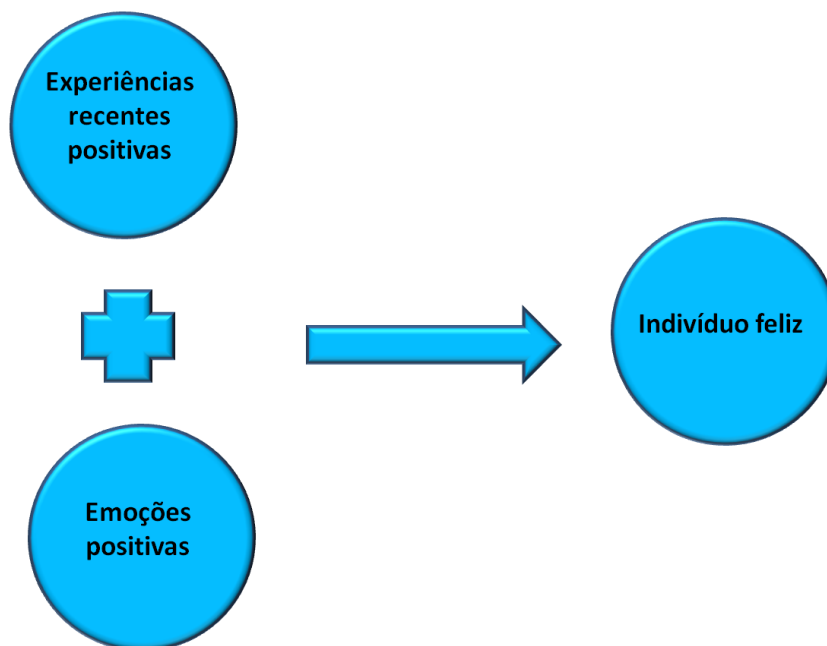


Figura 1 - Modelo Base-Topo. Adaptada de Dinis (2011). Bem-Estar Subjetivo e Personalidade em Adolescentes. (Tese de Mestrado não publicada apresentada à Universidade Lusíada do Porto, p.18).

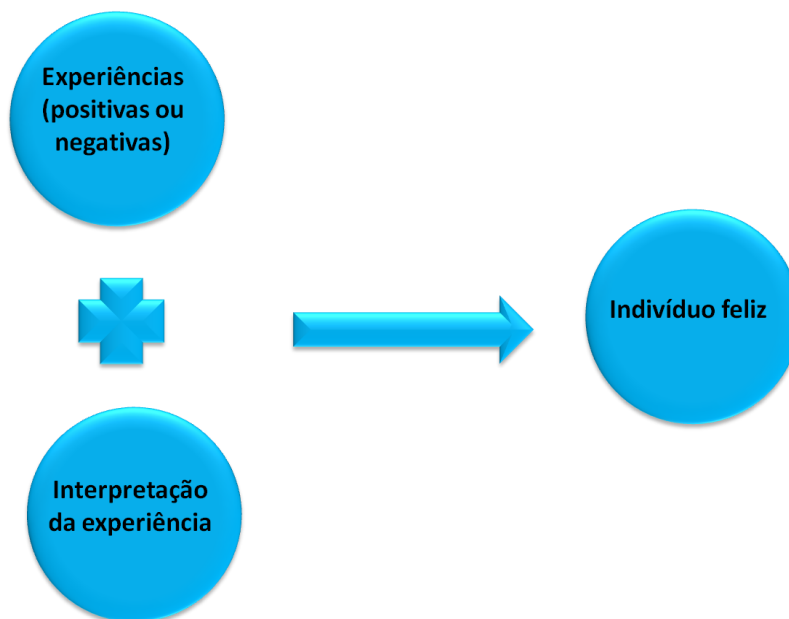


Figura 2 - Modelo Topo-Base. Adaptada de Dinis (2011). Bem-Estar Subjetivo e Personalidade em Adolescentes. (Tese de Mestrado não publicada apresentada à Universidade Lusíada do Porto, p. 19).

1.1.4.2. Modelo Hedonic Treadmill (Escada Rolante Hedónica).

O modelo Hedonic Treadmill (escada rolante hedónica) foi desenvolvido por Brickman e Campberll (Cummins, et al., 2009). O mesmo é também conhecido como: Modelo da Adaptação ou ainda Modelos Homeostático do BES. Este modelo confere

grande valor ao processo de adaptação (Cummins, et al., 2009). A ideia de adaptação, neste modelo, é levada ao extremo.

Este modelo, defende que estamos providos de um conjunto de sistemas psicossociais que nos permitem adaptar às situações, criando assim respostas automáticas para as mesmas e regressar imediatamente a um estado que nos permite estar prontos para reagir a novas situações. Deste modo a adaptação quer seja fisiológica, sensorial, ou hedónica, acontece como resposta a um estímulo que é constante ou repetitivo (Lyubomirsky, et al., 2005; Diener, Lucas, & Scollon, 2006; Martin, 2011; Norrish & Brodrick, 2008; Cummins et al.,2009; Dinis, 2011).

Os autores do modelo sugerem que o sistema emocional de um indivíduo se ajusta às suas circunstâncias de vida atuais não rejeitando a ideia que depois dos eventos existe um ganho ou perda de bem-estar, apesar de em seguida a pessoa regressar ao seu estado anterior. Esta teoria vai radicalmente no sentido oposto ao senso comum, e segundo a qual a perseguição da felicidade seria algo fútil (Amado, 2008).



Figura 3 - Modelo Hedonic Treadmill (Escada Rolante Hedónica). Adaptado de Dinis (2011). Bem-Estar Subjetivo e Personalidade em Adolescentes. (Tese de Mestrado não publicada apresentada à Universidade Lusíada do Porto, p.17)

1.1.4.3. Modelo Threefold Stepwise.

O modelo Threefold Stepwise é proposto por Bandura (2004) e defende uma intervenção em três fases, considerando a motivação e capacidade de autorregulação dos indivíduos.

Conforme este modelo, o primeiro passo para a aquisição de comportamentos que levarão o indivíduo a um estado de saúde ótimo é a consciência dos riscos e benefícios de ser saudável. Logo que obtém a consciência que necessita mudar, a execução da mudança pode ser influenciada por fatores externos e motivação, mas é essencialmente condicionada pela autoeficácia percebida. O passo seguinte para atingir um estado saudável é a capacidade de delinear objetivos pessoais que levarão à implementação de um conjunto de comportamentos saudáveis. Estes comportamentos são também influenciados pelos resultados esperados. A percepção dos obstáculos e facilitadores, para o desempenho do comportamento esperado, são ainda influenciadores. Ao longo deste processo o indivíduo vai constantemente autoavaliando os resultados e assim vai ajustando os comportamentos no sentido do objetivo delineado. Se a avaliação o fizer pensar que não está a resultar, abandona os comportamentos escolhidos (Dinis, 2011). Não obstante a mudança de comportamento não é fácil, dependendo das características pessoais/individuais, sociais e económicas, podendo levar a que muitas vezes os indivíduos desistam antes de atingirem os resultados esperados (Bandura, 2004; Redding, Rossi, Velicer, Rossi, & Prochaska, 2000).



Figura 4 - Modelo Threefold Stepwise. Adaptado de Dinis (2011). Bem-Estar Subjetivo e Personalidade em Adolescentes. (Tese de Mestrado não publicada apresentada à Universidade Lusíada do Porto, p.20).

1.1.4.4. Modelo Integrativo da Felicidade.

Sonja Lyubomirsky, professora da Universidade da Califórnia, Riverside, tem dedicado a sua carreira de investigadora (com os seus colaboradores) ao estudo da Felicidade Humana. A autora diz-nos resumidamente, que a maioria das pessoas acredita que a felicidade é significativa, desejável, e um objetivo importante e digno. Para Lyubomirsky a felicidade é uma das dimensões mais marcantes e significativas da experiência humana e da vida emocional e contribui para uma melhor, mais forte e saudável sociedade (<http://www.faculty.ucr.edu/~sonja/>).

Em 2005, Lyubomirsky e seus colaboradores apresentam-nos este modelo como sendo uma abordagem ao BES e tendo em atenção fatores genéticos e de personalidade, fatores circunstanciais e demográficos e além disso inclui fatores dinâmicos e sensíveis ao tempo, fatores motivacionais e atitudes. Este modelo defende que é possível uma pessoa, através de atividades intencionalmente dirigidas, alcançar níveis mais elevados de felicidade (Lyubomirsky et al., 2005).

Depende das características de cada indivíduo a escolha da(s) atividade(s) intencional(ais) a manipular (Lyubomirsky et al., 2005; Sheldon & Lyubomirsky, 2006; Dinis, 2011), que depois de escolhida(s), requer esforço e empenho para a(s) continuar e

manter. Para Lyubomirsky e colaboradores (2005) o processo de adaptação incide sobre as atividades e não sobre a escolha das mesmas. Deste modo, as atividades intencionais levam a um aumento dos níveis de bem-estar subjetivo através da acumulação de experiências positivas e por um sentido de significativo propósito (Lyubomirsky et al., 2005; Diener et al., 2006; Sheldon & Lyubomirsky, 2006; Dinis, 2011).

1.2. Educação / Educação Especial – Necessidades Educativas Especiais

1.2.1. Conceito de Educação.

Depois de muito pesquisar sobre o conceito de educação, optamos pela definição do professor Luís Miranda Correia, pois pensamos que é a que melhor se coaduna ao conceito por nós interiorizado.

Educação é um *“Processo de aprendizagem e de mudança que se opera num aluno através do ensino e de quaisquer outras experiências a que ele é exposto nos ambientes onde interage”* (Correia, 1997, p. 18).

1.2.2. Breve perspetiva histórica da educação especial em Portugal.

Atualmente concebe-se a educação de crianças e jovens com NEE e a sua plena integração e participação na sociedade como um direito, adquirido à partida, sendo da responsabilidade do Estado e da Sociedade em geral criar e garantir condições facilitadoras para que esse direito se cumpra na sua total integridade (UNESCO, 1994).

Santos (2006) diz-nos que, no entanto, a prática de atendimento educativo das crianças e jovens com NEE, não se tem efetuado da mesma forma ao longo da história da Humanidade. Em Portugal podemos considerar, sobre proposta da OCDE (1984), três períodos ou fases ao nível da organização dos recursos para a população portadora de qualquer tipo de deficiência.

A primeira cobre a segunda metade do séc. XIX, caracterizando-se pela ideia de que as crianças e jovens com deficiência deveriam ser protegidos, afastados e agrupados em instituições, longe das estruturas destinadas à sociedade em geral. Nestas instituições, dependentes de organizações privadas de cariz assistencial, procurava-se proporcionar uma aprendizagem académica básica ou o ensino de tarefas de carácter manual.

A segunda, vamos encontrá-la já no séc. XX, nos anos sessenta, onde se assiste ao desenvolvimento das preocupações educativas e à progressiva importância prestada pelos departamentos oficiais da segurança social, educação e de saúde a esta população. Este período caracterizou-se pela criação de Centros de Educação Especial, dando-se uma grande explosão na criação de estruturas de ensino especial por tipo de deficiência, como forma alternativa de ensino para aqueles que não aprendiam nas escolas regulares. Neste contexto, reserva-se um importante papel ao trabalho multidisciplinar e de equipa, em que participam profissionais de diferentes áreas médico-psicopedagógicas-pedagógicas. A Educação Especial começa então a ser vista como um sistema paralelo à Educação regular/normal.

A terceira fase, teve início nos anos 70, tendo sido predominantemente liderada pelo Ministério da Educação. Este, criou as divisões de Ensino Especial e Ensino Básico e Secundário, abrindo, assim caminho para a integração Escolar, chamando a si a responsabilidade de garantirem, também às crianças com deficiência, um processo educativo adaptado às suas necessidades educativas individuais, vinculando o princípio de que todos devem receber uma educação no “meio menos restritivo possível” a fim de lhes garantir o máximo de normalização (Marques, 1998).

Marques (1998), refere ainda que para percorrer tal caminhada foram fundamentais três aspetos, cuja conjugação permitiu que se assumisse o princípio da educabilidade de todas as crianças, são eles: a passagem de uma escola meramente

instrutiva a uma escola com função educativa, direcionada às massas e não só para elites; a valorização da infância como espaço fundamental do desenvolvimento; o enquadramento pelos movimentos sociais, políticos e educativos defensores dos valores democráticos da justiça e da igualdade.

Como marcos decisivos, neste movimento de ideias e na integração da Educação Especial no sistema geral de ensino, Portugal, tal como outros países é influenciado pelo surgimento em 1975 nos EUA da legislação *Public Law 94-142* e, em 1978, do *Warnock Report*, no Reino Unido. (Marques, 1998)

1.2.3. Necessidades educativas especiais.

A Escola deve ser o núcleo essencial do processo educativo, pelo que deve ser pensada para todos, traduzindo, assim, um dos mais elementares direitos de cidadania – a formação global das nossas crianças e jovens, em condições de igualdade de oportunidades. Mas como implementar uma Escola que promova a igualdade de oportunidades, atendendo ao mundo diversificado das crianças que estão na sala de aula? Como orientar e dirigir um grupo/turma como meio de operacionalização das aprendizagens de vida e para a vida? Como responder com os meios e as condições possíveis, disponíveis e necessárias à inclusão das crianças com NEE, procurando otimizar o seu potencial de aprendizagem e perfil individual?

Os professores têm pela frente a necessidade de se reestruturarem, capacitando-se para novos desafios, de modo a conseguirem responder às crianças com diferentes capacidades de aprendizagem e níveis de conhecimentos prévios de forma a saber como modificar a organização do estabelecimento de ensino para as receber (Santos, 2006).

Com a alteração da lei que regula a Educação Especial em Portugal, Decreto-lei nº 3/2008 de 7 de janeiro, as crianças e jovens portadoras de alguma deficiência, só passam a estar contempladas se essa deficiência for considerada de carácter permanente.

O BES em crianças e jovens com NEE é de uma importância extrema, uma vez que estas crianças e jovens lidam com a diferença diariamente.

1.2.4. Evolução do conceito de necessidades educativas especiais.

Antes do início da década de 70, todas as crianças portadoras de alguma deficiência (NEE) não possuíam qualquer direito legal à educação pública. Todos os seres humanos que se encontravam abrangidos por esta situação eram excluídos do sistema público ou mesmo de qualquer tarefa ou atividade que tivesse que ser remunerada. Assim, estes indivíduos permaneciam nas suas casas ou em instituições criadas para o efeito. Existiam mesmo países, como os Estados Unidos, no estado do Alasca, onde as leis existentes afirmavam a exclusão das instituições de ensino de todas as crianças ou jovens que apresentassem alguma incapacidade, quer a nível físico ou mental. Paralelamente a estes princípios legais existia a crença de que a integração destas crianças, além de não trazer nenhum benefício no seu processo educativo ainda surtia efeitos negativos sobre os restantes alunos.

Com o decorrer dos anos e com a mudança de mentalidades e atitudes, foram sendo criadas e aprovadas leis, com a finalidade de “proteger” e conferir direitos às crianças e jovens “diferentes” e ao mesmo tempo proteger esses mesmos direitos.

Segundo Lowenfeld e Kirk e Gallagher, citado por Marques & Silva (2001), existem quatro grandes períodos de desenvolvimento de atitudes em relação aos indivíduos com NEE e os quais correspondem a fases distintas da história.

1.2.4.1. Primeiro Período: Separação

Neste período, o indivíduo deficiente era visto pelas sociedades primitivas com um misto de superstição e malignidade. O conhecimento era centrado no pensamento mágico-religioso, facto que explicava muitos dos acontecimentos do dia-a-dia, do

homem primitivo. No princípio da Idade Média a ideia de “demonologia e anormalidade” foi aceita pela sociedade. Posteriormente esta percepção em relação à deficiência, foi ultrapassada e começou a dar lugar ao sentimento de caridade o qual corresponde ao início da era da proteção. (Marques & Silva, 2001).

1.2.4.2. Segundo Período: Proteção

O período da proteção surgiu com o desenvolvimento das religiões monoteístas. Foram criados asilos e hospitais onde recolhiam os deficientes, apesar de nesta época ainda ser comum cegar ou mutilar indivíduos que cometiam erros considerados graves.

Nos finais da Idade Média, as ordens religiosas, fizeram emergirem hospícios para morarem os deficientes. Entregavam-lhes simplesmente a alimentação e vestuário.

Nesta época as pessoas davam crédito à ideia que se tratassem bem os deficientes, estavam a praticar uma boa ação e por conseguinte “ganhavam” um lugar no céu. Os deficientes passam a ser visto de forma diferente com o surgimento do movimento reformista da Igreja. Forma novamente relegados para um plano inferior e vistos como “algo” que fazia parte do descontentamento divino.

As primeiras tentativas ao nível da sua educação, surgem mais tarde já no início do 3º período (Marques & Silva, 2001).

1.2.4.3. Terceiro Período: Emancipação

Com o Renascimento surge um novo interesse, estudar o homem, a industrialização e falta de mão-de-obra, assim como o surgimento de deficientes ilustres, como cegos, foi assim dado um grande impulso na sua educação e influenciou decisivamente os pioneiros da Educação Especial” (Marques & Silva, 2001).

No último quartel do século XVIII, emergem ideias iluministas da Revolução Francesa e os problemas da deficiência começam a ser encarados e encaminhados por uma via mais racional e mais científica. Alguns médicos da escola francesa, como

Esquirol e Morel, e alemã, como Griesinger e Kretschmer, tiveram o mérito de atrair a atenção para a necessidade dos problemas da deficiência passarem a ser observados à luz de novos factos científicos de carácter psicofisiológico e etiopatogénico. No ano de 1801 Itard faz a sua primeira tentativa para educar um deficiente (Victor, o selvagem de Avignon), sendo assim apontado como o início da Educação. Não obstante, só mais tarde, com a publicação da Lei da Educação Obrigatória para Todos, começa a ser questionado o problema da educação da criança deficiente.

Nos finais do século XIX, a Educação especial era caracterizada por um ensino ministrado em escolas especiais e desenvolvido em regime de internato, específicos de cada deficiência (estas escolas eram destinadas a cuidar crianças e jovens deficientes visuais, auditivos, intelectuais, motores e autistas), apesar de existirem defensores do sistema integrado (este apoio era dado a crianças e jovens com problemas educativos especiais integrados a tempo inteiro ou parcial em classes regulares, visando a sua integração escolar, familiar e social) e fossem surgindo outras formas de atendimento como o semi-internato, a classe de aperfeiçoamento e a classe especial (esta classe exerce a sua função no edifício de uma escola regular, mantendo-se os alunos nessa mesma classe durante todo o tempo letivo). Assim surgem as primeiras tentativas de explicação e ao mesmo tempo de classificação dos diversos tipos de deficiência, assim como os primeiros estudos nesta área. Nesta fase de um grande otimismo e desenvolvimento emerge o quarto período, isto é, a etapa da integração (Marques & Silva, 2001).

1.2.4.4. Quarto Período: Integração

No final do século XIX, já era definido por alguns autores o conceito de integração, mas só no século XX é que começa a ser posto em prática. Este vem conferir

ao deficiente, independentemente das suas limitações ou dificuldades, as mesmas condições de realização e de aprendizagem sociocultural de todos os indivíduos.

A partir da segunda metade do século XX surge um novo desafio com a normalização que o conceito trouxe à sociedade.

Wolfensberger definiu assim normalização como sendo, o uso de meios tão adequados, quanto possível, para estabelecer ou para manter comportamentos e características que são de natureza cultural (Marques & Silva, 2001).

Para Mikkelsen, a normalização não significa tornar normal o indivíduo diferente, mas sim criar condições de vida idênticas às dos outros indivíduos da sociedade, utilizando para o conseguir uma grande variedade de serviços existentes nessa mesma sociedade (Marques & Silva, 2001).

Não obstante, a principal ideia já incluída no conceito de normalização já se encontrava subjacente, na Declaração Universal dos Direitos do Homem, desde 1948, na qual se afirma o direito de todas as pessoas, sem qualquer exceção, ao casamento, à propriedade, a igual acesso aos serviços públicos, à segurança social e à efetivação dos direitos económicos, sociais e culturais.

Segundo Sousa, temos de criar as condições para atingirmos as metas da «*total participação*» e da «*igualdade de oportunidades*» para os indivíduos deficientes, proporcionando-lhes o seu direito de compartilharem a vida social normal da comunidade na qual vivem e de usufruírem as condições de vida semelhantes às de qualquer outro cidadão. Como ponto de partida e como meta a igualdade pretendida, não deve ser julgada como sinónimo de normalização absoluta. Através da afirmação do direito à diferença, terá que ser edificada a igualdade. Devemos proporcionar ao indivíduo com limitações as mais variadas situações, para que os mesmos tenham as mesmas possibilidades que os normais, podemos apontar como exemplo, indivíduos ditos normais e em cadeiras de rodas. Para haver igualdade têm de haver diferenças,

pois edificar um edifício com larguras de portões diferentes é criar a igualdade de acesso a todos.

Neste contexto surge assim, com a Declaração de Salamanca (1994), a inclusão.

1.2.4.5. Inclusão

O conceito de inclusão teve a sua origem na Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948), na Conferência Mundial sobre Educação para Todos (1990) e nas Normas das Nações Unidas sobre Igualdade de Oportunidades para as Pessoas com Deficiência (1993).

Em 1994 na conferência de Salamanca, organizada pelo Governo Espanhol em cooperação com a UNESCO, estiveram presentes mais de 300 participantes representando 92 Governos e 25 organizações internacionais com o fim de Promover a Educação para Todos (Princípio da Inclusão). Depois de lida e refletida, a declaração que foi aprovada por aclamação, na cidade de Salamanca, Espanha, no dia, 10 de Junho de 1994, passamos a referir alguns aspetos que consideramos mais relevantes:

Cada criança tem o direito fundamental à Educação e deve ter oportunidade de conseguir manter um nível aceitável de aprendizagem.

Cada criança tem características e interesses, capacidades e necessidades de aprendizagem que lhe são próprias.

As crianças e jovens com Necessidades Educativas Especiais devem ter acesso às escolas regulares que a elas devem adequar, através de uma pedagogia centrada na criança e capaz de ir ao encontro dessas necessidades.

As escolas regulares, seguindo esta orientação inclusiva, constituem os meios mais capazes para combater as atitudes discriminatórias, criando comunidades abertas e solidárias, construindo uma sociedade inclusiva e atingindo a educação para todos.

Além disso proporcionam uma educação adequada à maioria das crianças e promovem a eficiência numa ótima relação custo/qualidade de todo o Sistema Educativo.

Os sistemas de educação devem ser planeados e os programas educativos devem ser implementados tendo em vista, a vasta diversidade destas características e necessidades.

Em Portugal a Constituição da República – a Lei de Bases do Sistema Educativo e o Decreto – Lei n.º 3/2008, de 7 de janeiro, garantem uma educação igual e de qualidade para todos os alunos, pretendendo criar uma igualdade de oportunidades que promova o seu sucesso escolar. A Lei define que qualquer aluno tenha à sua disposição um conjunto de serviços adequados às suas necessidades específicas e sempre que possível dentro da sua própria turma. Esses serviços têm como objetivo facilitar e promover a aprendizagem do aluno com NEE.

Dentro das várias possibilidades facilitadoras da aprendizagem destes alunos há a salientar as seguintes: a reestruturação do ambiente educativo; a simplificação das instruções no que respeita às tarefas escolares; o ajustamento dos horários; a alteração de textos e do trabalho de casa; o uso de tecnologias de informação e comunicação; a alteração das propostas de avaliação.

No que diz respeito aos serviços adicionais há que poder contar com serviços de psicologia, de terapia de fala, de terapia ocupacional, clínicos e sociais, conforme as necessidades do aluno. Se estes serviços forem insuficientes ou inexistentes, o sucesso escolar do aluno com DA estará, com certeza, comprometido.

A título de conclusão, todo o aluno com NEE deverá receber uma educação apropriada às suas necessidades, para além da atitude dos docentes, pais/encarregados de educação e demais agentes educativos, e da importância de se trabalhar em equipa, há que ter em conta que o conceito de NEE não implica apenas o reconhecimento do

direito que assiste ao aluno de frequentar uma escola regular pois, caso as práticas educativas se resumam apenas à sua colocação na escola, sem nenhum tipo de serviços auxiliares, tais práticas resultariam enganadoras e irresponsáveis (cit in Santos, 2006).

Para Correia (1997, p. 18) inclusão é a *“Inserção do aluno com Necessidades Educativas Especiais (NEE) na classe regular onde, sempre que possível, deve receber todos os serviços educativos adequados, contando-se, para esse fim, com o apoio apropriado (de docentes especializados, de outros profissionais, de pais...) às suas características e necessidades.”*

Turnbull & Turnbull, (1986) in Public Law 94-142 que já não é necessário que o aluno se adapte à escola, pois agora é a escola que tem que adaptar-se ao aluno.

Correia (1997) faz-nos a sintetização da evolução da integração, da seguinte forma:

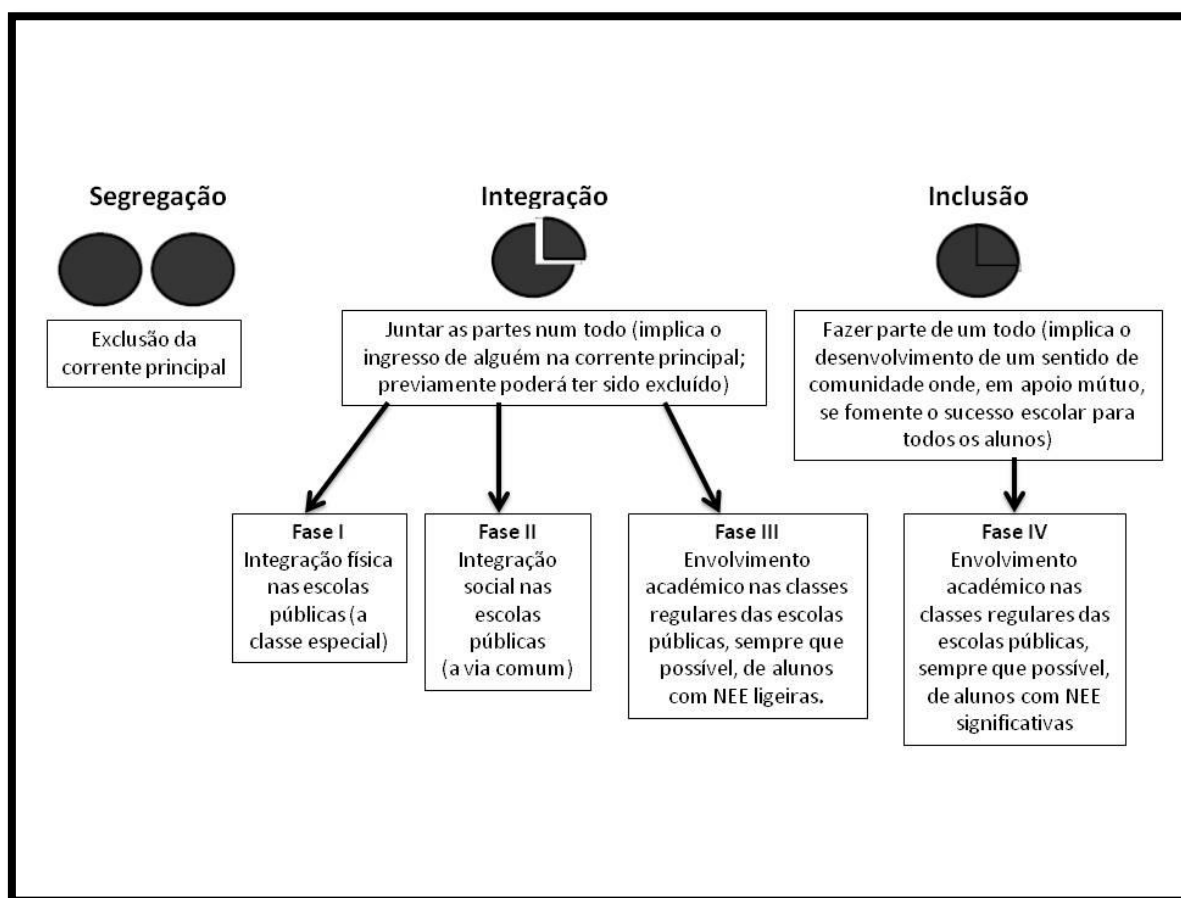


Figura 5 - Evolução da Inclusão. Fonte: Correia (2008).

1.2.5. Conceito de necessidades educativas especiais.

Santos (2006, diz-nos que o conceito de Necessidades Educativas Especiais (NEE) começou a ser difundido em 1978 a partir da sua adoção no Relatório Warnock, apresentado ao Parlamento do Reino Unido, pela Secretaria de Estado para a Educação e Ciência, Secretaria do Estado para a Escócia e a Secretaria do Estado para o País de Gales. Este relatório foi o resultado do 1º comité britânico, presidido por Mary Warnock, e que foi constituído para reavaliar o atendimento aos deficientes. Os resultados demonstraram que vinte por cento das crianças apresenta NEE em algum período da sua vida escolar. A partir destes dados, o relatório propõe o conceito de NEE. No entanto, o conceito NEE só foi adotado e redefinido em 1994 na Declaração de Salamanca (UNESCO, 1994), passando a abranger todas as crianças e jovens cujas necessidades envolvam deficiências ou dificuldades de aprendizagem. Passou assim a incluir todas as crianças deficientes ou sobredotadas, crianças de minorias étnicas ou culturais, de populações nómadas ou remotas, de áreas ou grupos desfavorecidos, marginais ou em risco, crianças de rua ou que trabalham, assim como as que apresentam problemas de ordem emocional ou de conduta.

A expressão necessidades educativas especiais (NEE, atribui-se ao desequilíbrio entre o nível de comportamento ou de realização da criança e o que dela se espera em função da sua idade cronológica, afirma Wedel, citado por Bairrão (1998).

Uma das definições de NEE, Correia (1997), usada de um modo mais comum no nosso país, diz-nos o seguinte: os alunos com necessidades educativas especiais são aqueles que, por apresentarem determinadas condições específicas, podem necessitar de apoio de serviços de educação especial durante todo ou parte do seu percurso escolar, de forma a tornar mais fácil o seu desenvolvimento académico, pessoal e socioemocional.

Sheehy, K; Nind M. (2005) referenciam (MENCAP, 2003) dizendo-nos que a maior parte das definições NEE existentes dizem respeito a deficits profundos ou a algum atraso nas competências, em todas as áreas da vida diária e até mesmo nos QIs.

1.2.6. Conceito de aluno com necessidades educativas especiais.

O conceito de NEE, segundo Correia (1993), aplica-se a crianças e adolescentes com problemas físicos, sensoriais, intelectuais e emocionais, assim como a alunos com Dificuldades de Aprendizagem (DA) provenientes de fatores orgânicos ou ambientais.

O conceito de NEE, para Correia (1993) abrange crianças e adolescentes com aprendizagens atípicas, ou seja, que não conseguem acompanhar o currículo normal, necessitando portanto de adaptações curriculares, mais ou menos generalizadas e de acordo com o quadro onde se integra a problemática da criança ou jovem em causa.

Correia (1999) referencia Marchasi e Martin (1990) dizendo-nos como estes fazem alusão aos alunos com NEE, como sendo aqueles que evidenciam um problema de aprendizagem, durante o seu percurso escolar, que precisam de uma atenção mais específica e uma série de recursos educativos diferenciados daqueles que são necessários para os seus colegas da mesma idade.

A publicação do Decreto-Lei nº 3/2008 de 7 de janeiro, é a legislação Portuguesa pós Salamanca que define no seu artigo 1º *“os apoios especializados a prestar na educação pré-escolar e nos ensinos básico e secundário dos setores público, particular e cooperativo, visando a criação de condições para a adequação do processo educativo às necessidades educativas especiais dos alunos com limitações significativas ao nível da atividade e da participação num ou vários domínios de vida, decorrentes de alterações funcionais e estruturais, de caráter permanente, resultando em dificuldades continuadas ao nível da comunicação, da aprendizagem, da mobilidade, da autonomia, do relacionamento interpessoal e da participação social”* (DR, 1ª série – nº 4 – 7 de

janeiro de 2008 - Decreto-Lei nº 3/2008 de 7 de janeiro, p. 155). São estes princípios gerais, que definem atualmente no nosso país, o conceito de aluno com NEE.

A diferença representa, no contexto das relações sociais, um facto merecedor de uma análise profunda por parte de investigadores do comportamento humano. Não se pode negar a realidade em que a sociedade enfrenta enormes dificuldades para lidar com o que é diferente, com tudo aquilo que se afasta dos padrões estabelecidos como normais. Todas as categorias sociais que se enquadram nesses padrões são de alguma forma, identificadas como desviantes, e colocadas à margem do processo social (Marques, 2001).

1.2.7. Caracterização da condição

1.2.7.1. Défice cognitivo

Segundo a American Association of Mental Retardation (AAMR, 1992), uma criança com défice cognitivo apresenta um funcionamento intelectual significativamente abaixo da média, associado a limitações relativas a duas ou mais das seguintes áreas do comportamento adaptativo, que se manifestam antes dos 18 anos de idade: comunicação, autonomia, atividades da vida diária, socialização, autonomia na sociedade, sentido de responsabilidade, competências académicas, trabalho / atividade profissional e lazer (Pires, 2010, p. 147,148).

As atuais investigações constataram que a maioria dos indivíduos com esta condição, apesar das dificuldades, podem funcionar com um grau de atraso que vai de ligeiro a moderado (Pires, 2010). Esta conceção relaciona-se quer com programas específicos, que se têm aplicado nas primeiras etapas de vida destas crianças, quer com uma atitude de maior abertura e enriquecimento ambiental que têm tornado possível a estes indivíduos um papel mais ativo na sociedade (Pires, 2010, p. 148).

1.2.7.2. Hiperatividade com déficit de atenção - PHDA

O conceito de hiperatividade com déficit de atenção - PHDA, sofreu bastantes modificações no que diz respeito à sua definição.

Foram sendo “criadas” concepções distintas e quase opostas de investigadores franceses, norte-americanos e ingleses, parecendo ser os ingleses a ocupar uma posição intermédia (Salgueiro, 1996, p. 13).

Apesar de se pensar que as primeiras referências à hiperatividade emergiram de uma poesia do psiquiatra alemão Heinrich Hoffman, em 1865, as primeiras descrições científicas são imputadas a George Still (Barkley, 1998 cit. in Júlio, 2009).

Nessa época, as crianças que possuíam determinados comportamentos particulares, eram designadas «brain damage syndrome», termo proposto por Still, que veio a ser substituído por outro “*disfunção cerebral mínima*” que prevaleceu algum tempo, sendo este proposto por Tredgold (Salgueiro, 1996, p. 14-15).

Com o surgimento de uma epidemia de encefalite na Europa e Estados Unidos, a tendência para que o conceito descritivo de hiperatividade fosse associado à sua origem orgânica, saiu ainda mais reforçado, uma vez que as crianças recuperadas tendiam a apresentar uma atividade exagerada déficit de atenção e tendência para a impulsividade (Júlio, 2009).

Assim, ao conjunto dos 3 sintomas deu-se o nome de “Síndrome Comportamental de Lesão Cerebral” (Rebelo, 1986 cit in Júlio, 2009).

Posteriormente surgiu outra linha de investigação no Sul da Europa que interpretavam a hiperatividade como resultado de conflitos inconscientes mal resolvidos, resultantes de um comprometimento da relação entre pais e filhos (Heuyer, 1914, Salgueiro, 1998, cit in Júlio, 2009).

Por volta dos anos sessenta, os estudos começam a ter maior rigor científico, passando a ser colocado um maior realce, principalmente nas manifestações comportamentais deste distúrbio e não tanto nas suas origens etiológicas (Fonseca, 1998).

Contudo, prevaleceram diferentes designações para o mesmo conceito, num mesmo tipo de comportamentos, como: Síndrome Impulsivo Hipercinético, Impulsividade Orgânica, Distúrbio de Comportamento Pós-Encefalite, Criança com Lesão Cerebral, Síndrome Coreiforme, Criança com Lesão Cerebral Mínima, Disfunção Cerebral Menor, Síndrome Hiperativo da Criança, Hipercinésia, Distúrbio Impulsivo do Carácter, Distúrbios de Aprendizagem, entre outros (Rebelo, 1986, pág. 207, cit in Júlio, 2009).

Atualmente, a hiperatividade (aumento da atividade) é considerado um dos transtornos mentais mais frequentes nas crianças em idade escolar, chegando a atingir de 3 a 5% delas. O ICD-10 e DSM-IV-TR, propõem designações diferentes, Hipercinésia e Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, respetivamente, apesar da tendência para a aproximação nas propostas de critérios de diagnóstico para esta perturbação (Fonseca, 1998).

Contudo, apesar da aproximação, ainda não existe consenso quanto à classificação dos principais manuais de classificação. Assim, Taylor e colaboradores (2004), quando propõem as linhas de orientação que pretendem ser as linhas europeias do Distúrbio Hipercinético (European clinical guidelines for hyperkinetic disorder), referem que estas duas designações, Distúrbio Hipercinético e PHDA, têm vantagens e desvantagens pelo que podem e devem coexistir, uma vez que retratam esquemas diagnósticos diferentes (op. cit., cit in Júlio, 2009, p. 16).

As diferenças entre as duas formas de classificação ao nível comportamental, segundo este documento, não se apresentam bem distintas entre si, contudo se nos

referirmos à forma como se encontram combinados os sintomas em termos de áreas e categorias, identificam-se diferenças que são de realçar (Júlio, 2009). Logo, quando se fala de Distúrbio Hiperkinético devem estar presentes problemas nas três áreas: atenção, hiperatividade e impulsividade, ao passo que na PHDA podem existir problemas apenas numa área (op. cit., cit in Júlio, 2009).

Esta distinção implica que ao se estabelecer o diagnóstico de PHDA, é importante verificar se estão ou não reunidos os critérios para se classificar como Distúrbio Hiperkinético, e no caso de não se verificar, ter uma preocupação acrescida em analisar se estará presente outro tipo de psicopatologia (Júlio, 2009).

A escola tem o dever de ser apelativa e estimulante para todos. O trabalho em equipa (pais, professores, médicos, psicólogos) é muito importante na intervenção desta patologia. A dificuldade de relações interpessoais, a manifestação da agressividade e impulsividade e o baixo rendimento escolar está presente nestes alunos (Chess, 1960, cit in Cruz, 2008).

1.2.7.3. Défice visual

Não existe consenso sobre como definir acuidade visual, sendo que a expressão, costuma produzir embaraços aos cientistas. Geralmente, acuidade visual refere-se como a função visual que exprime a capacidade discriminativa de formas, ou o método com que se mede o reconhecimento da separação angular entre dois pontos no espaço, ou seja, a distância entre eles, relacionadas ao primeiro ponto nodal do olho (Bicas, 2002).

O termo Défice Visual (DV), num sentido lato, atribui-se a todo o tipo de situação em que a visão não pode ser corrigida para o que é tido como "normal" (Holbrook, 1996).

Com a ausência de visão, a pessoa cega apresenta um comprometimento sensorial, que limita a sua capacidade de aprender e compreender o ambiente que a

rodeia (Amiralian, 1997). Esta ausência interfere diretamente no seu desenvolvimento e ajustamento às situações comuns da vida (Amiralian, 1997). O DV atribui-se a todo o tipo de situação em que a visão não pode ser corrigida por lentes por prescrição regular (Whaley & Wong, 1999).

No que se refere aos indivíduos com baixa visão ou cegos, a recepção da informação visual não existe ou é muito limitada, o que condiciona assim, a interação com o ambiente e a extensão e variedade das experiências, comprometendo as aprendizagens acidentais e provocando atrasos no desenvolvimento psicomotor, cognitivo e social (Mendonça et al., 2008).

1.2.7.4. Défice auditivo

Desde a década de sessenta que o défice auditivo (DA) e o seu processamento têm merecido uma especial atenção dos investigadores, por forma a esclarecer as dificuldades auditivas presentes em pessoas com limiares audiométricos normais, porém com queixas de perceção auditiva, muito comum em crianças que apresentam inabilidades em manipular os sons da fala (Flowers, 1964; Katz, 1985; Pereira, 1993; Musiek, 1994; Ortiz, 1995; Schochat, 1996; Schochat, 1998; Musiek, 1999; cit in Pereira et al, 2002, p.75-93). O Processamento Auditivo diz respeito à perceção auditiva e envolve inúmeros mecanismos fisiológicos auditivos, entre eles, o de discriminação dos processos temporais do som nos padrões de duração e frequência (Pereira, 1993).

A desordem de processamento auditivo e o défice de consciência fonológica são associados na literatura de uma forma comum, pois a integridade dos mecanismos fisiológicos auditivos exerce um papel fundamental na perceção da fala, na aprendizagem e na compreensão da linguagem, sendo um pré-requisito na aquisição da leitura e da escrita (Tallal, 1978; Watson, 1993; Bellis, 1997; Ortiz, 1998; Balen, 2001)

1.2.7.5. Neuromusculoesqueléticas

O termo condições neuromusculoesqueléticas é a terminologia utilizada para caracterizar a deficiência motora (terminologia anterior), caracterizada nas CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, por funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas com o movimento (CIF, 2003).

A Deficiência Motora pode ser considerada como uma perda de capacidades que afetam diretamente a postura do movimento e da fala, fruto de uma lesão cerebral congênita ou adquirida nas estruturas reguladoras e criadoras do movimento no sistema nervoso (Rodrigues, 1983).

A deficiência física é alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, ocasionando o comprometimento da função física, e apresenta-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções (Hazard, Damian; Galvão Filho, Teófilo Alves; Rezende, e André Luiz Andrade, 2007).

1.3. Bem-Estar Subjetivo em Alunos com NEE

Pouco se sabe e pouco foi escrito sobre as pessoas que apresentam múltiplas e profundas dificuldades de aprendizagem. Isto não significa que estes indivíduos não tenham necessidades relativamente à saúde mental, significa sim, que estas mesmas necessidades não estão a ser reconhecidas (Sheehy e Nind, 2005). (Sheehy e Nind, 2005) no seu artigo analisam os fatores que vieram a causar esta situação e indicam-nos, igualmente, desenvolvimentos recentes que fomentaram um contexto em que a ação positiva é agora praticável. Os mesmos autores sugerem um avanço no desenvolvimento

de serviços que promovam o bem-estar emocional de pessoas que apresentam múltiplas e profundas dificuldades de aprendizagem.

Os indivíduos com dificuldades de aprendizagem múltiplas ou profundas, quando se encontram numa fase preliminar do desenvolvimento intelectual, comunicacional, social e emocional, normalmente necessitam de ajuda para todas as atividades, independentemente da sua idade ou experiência. Estes indivíduos têm todas as possibilidades de possuírem pelo menos uma deficiência, para além das dificuldades de aprendizagem, quer seja um problema sensorial, físico ou médico assim como epilepsia (Sheehy e Nind, 2005).

Os autores (Sheehy e Nind, 2005) sugerem-nos ainda, que devemos pensar nas pessoas com dificuldades de aprendizagem múltiplas e profundas como pessoas que possuem barreiras fundamentais referentes à aprendizagem e à participação na vida comunitária e que são o resultado de uma interação entre a deficiência orgânica e um ambiente frequentemente inerte e incompassivo. Para os autores as necessidades de saúde mental destas pessoas têm sido alvo de pouca atenção e são variadas as razões para que isso aconteça. Segundo os mesmos, os fatores que afetam este grupo específico são: o fracasso histórico em reconhecer o seu estatuto de seres humanos; serviços deficitários e barreiras de comunicação. Dizem-nos ainda que estes fatores são importantes para todos os indivíduos com dificuldades de aprendizagem pois são apresentadas provas que indicam que as pessoas com dificuldades múltiplas e profundas de aprendizagem possuem mais probabilidades de experimentar desafios à sua saúde mental e menor probabilidade de receber apoio adequado.

Assim sugerem que seja desenvolvida uma estratégia no sentido de melhorar a compreensão e as boas práticas relativamente a esta área. A prioridade vai para áreas em que se possa trabalhar no futuro, sugerindo que uma abordagem marcada pela

cooperação tem maiores probabilidades de produzir resultados positivos futuramente (Sheehy e Nind, 2005).

Dentro das Necessidades Educativas, a área das DA é aquela que nos últimos anos experimentou um maior crescimento, gerando grande controvérsia entre os investigadores que a ela se dedicaram e que levou a que fosse considerada uma das mais confusas. Por tal motivo o termo “Dificuldades de Aprendizagem” é muitas vezes utilizado como sinónimo de insucesso escolar, ou para classificar qualquer problema na aprendizagem.

De facto, uma criança com DA não é uma criança deficiente, vê e ouve bem, comunica e não possui uma inferioridade mental global. Acusa sim, problemas de comportamento, discrepância na linguagem, na psicomotricidade, aprende a um ritmo mais lento, e os programas curriculares formais definidos pelo Ministério da Educação em pouco o podem ajudar. Estes alunos necessitam de um programa educativo próprio adequado à sua própria singularidade e especificidade. Todos os anos aparecem nas escolas alunos com DA aos quais corresponde invariavelmente um fraco rendimento escolar. São muito diversos, e de origens muito diferentes, os problemas que afetam estes alunos, alguns são fáceis de detetar, mas outros, passam despercebidos sejam eles problemas de ordem fisiológica ou sócio-afetiva, devido, principalmente, à subtilidade com que se apresentam (Santos, 2006).

Para Lewis & Porter (2001-3) as crianças e jovens portadoras de DA ou alguma deficiência (mesmo aqueles com profunda e severa deficiência intelectual) necessitam ser ouvidos e que lhes “deem voz” às suas angústias pois só assim os mesmos podem apresentar os seus pontos de vista. Para Felce (2002) referenciado por Lewis & Porter (2001-3) este tema está a tornar-se um *“imperativo omnipresente”*. O mesmo autor sugeriu que devemos ser cautelosos na validação de pontos de vista passados através de próxys ou facilitadores, pois só assim este processo de planeamento se tornará mais

cauteloso e será assumido por estes jovens como credível. Segundo o mesmo, este é um processo que não pode ser apressado, para transmitirmos confiança aos alunos.

1.3.1. Níveis de relevância e compreensão do bem-estar subjetivo em alunos com necessidades educativas especiais.

1.3.1.1. Nível Pessoal

A deficiência é vista hoje como uma entidade multidimensional, específica da cultura, da história, socialmente construída, e mediada pelo período de ocorrência da lesão, pela natureza da incapacidade, pelo estatuto socioeconómico, pelo género, pelo grupo étnico, e ainda pelos múltiplos papéis, expectativas, aspirações e percepções que cada indivíduo incorpora no seu “Eu” (Sherrill, 1997 cit. in Ferreira, 2006). Diz-nos ainda que o autoconceito está sujeito a vastas influências dos efeitos do quadro de referências pelo que esta variedade de interações para com o “Eu”, em sujeitos com deficiência, poderá originar mecanismos alternativos os quais poderão ser encarados como orientador da formação do “Eu”. O mesmo autor informa-nos que a formação do “Eu” representa um processo crítico, especialmente em grupos com limitações (Ferreira, 2006).

Segundo o autor, a avaliação cognitiva do “Eu” tendo por base experiências vividas de sucesso e insucesso, assim poderá surgir um desequilíbrio se as situações de insucesso forem superiores às de sucesso e o esforço na obtenção dos resultados. Os diversos mecanismos de defesa individual poderão bloquear a centralidade psicológica, isto é, a organização hierárquica de muitos domínios do autoconceito.

Segundo Sherrill (1997) existem outros mecanismos de autopercepção, não tradicionais, sendo eles: o desafio de mestria, o crescimento através da adversidade e as atitudes defensivas e de negação. Estes mecanismos segundo o autor têm uma

importante influência na melhoria da autoestima e das autopercepções em indivíduos com deficiência.

1.3.1.2. Nível Familiar

Os sentimentos dos progenitores de uma criança com deficiência, em relação a esta, são o fator com maior influência para a adaptação e o BE da família (Silva & Dessen, 2001).

As autoras citam Leary e Verth (1995), dizendo-nos que as mães de seu estudo mencionaram mágoa e sofrimento em relação à difícil situação dos seus filhos deficientes. Dizem-nos ainda que a culpa foi também descrita por essas mães, contudo, com uma frequência menor. No estudo de Ali, Al-Shatti, Khaleque, Rahman, Ali e Ahmed (1994), citado por (Silva & Dessen, 2001) esse sentimento foi descrito tanto pelos pais como pelas mães, os quais se responsabilizavam pela deficiência dos seus filhos. As pressões vindas do exterior são um fator importante e geram sentimentos incômodos o que faz com que os seus progenitores as isolem, lhes limitem as atividades culturais, assim como o contacto com familiares, vizinhos e amigos (Ali & Cols., 1994; Brito & Dessen, 1999, cit in Silva & Dessen, 2001).

A qualidade do relacionamento marital, dos pais de crianças deficientes, está relacionada à satisfação com a vida e com a família como um todo. Os autores concluíram que fatores como a criança, o ambiente social e os aspetos parentais interagem, produzindo a satisfação e o stress familiar. Contudo, para as mães, “os fatores como baixa resistência e alta excitabilidade da criança estão intensamente relacionados à baixa satisfação com a vida” (Sloper e seus colaboradores, 1991 cit in Silva & Dessen, 2001).

A adaptação às mudanças e o superar dos novos desafios na adolescência, segundo vários autores, será mais fácil se o adolescente se sentir bem nos contextos que

lhes são significativos (Coleman, 1985; Lerner & Galambos, 1998; Libbey, Ireland, & Resnick, 2002). Estes contextos são a família, os amigos, a escola e a comunidade mais alargada (Matos et. al, 2008).

1.3.1.3. Nível Escolar

A Faculdade de Motricidade Humana, no âmbito do projeto Aventura Social publicou um estudo em 2008 com o título “Gestão Escolar, Saúde e Necessidades Especiais – Inquérito no âmbito do estudo HBSC/OMS”, realizado em Portugal em 2006 pela equipa de Aventura Social (Currie et al, 2004; Matos et al, 2006a). Deste estudo fizeram parte 136 escolas que foram selecionadas aleatoriamente e incluídas no estudo nacional.

Este estudo foi desenvolvido numa perspetiva de “Escola para Todos” dando especial ênfase à competência das escolas se tornarem tão abrangentes que consigam concluir o seu projeto educativo tendo em conta as diferentes características interpessoais dos alunos.

Os autores dizem-nos que existem múltiplos fatores que contribuem para a forma como a escola pode realçar a saúde e o bem-estar dos seus alunos, especificando como mais eficazes os programas que são integrados, holísticos e estratégicos (para uma revisão ver Matos, 2005; Matos et al, 2008; GTES, 2005, 2007a; 2007b; Simões, 2007).

A cultura escolar estabelece regras, expectativas e normas para os seus membros e permite um aumento da autoestima através da partilha de valores, crenças, atividades, etc. Dizem-nos ainda que para que haja esta partilha e uma melhoria da autoestima por fazer parte do grupo escolar é indispensável que os alunos se sintam identificados com a escola, no seu conceito global e, por conseguinte, ligados à escola (McWhirter et al., 1998 cit. in Matos et al, 2008). A ligação à escola é explicada como uma experiência

que envolve um interesse e um sentido de familiaridade ao envolvimento escolar e às pessoas da escola (Resnick et al.,1997).

Existem adolescentes que são ou estão mais vulneráveis, devido a características individuais, aspetos envolvimentoais, ao se depararem com problemas que poderão comprometer o seu desenvolvimento positivo. Para além dos desafios inerentes à adolescência, estes adolescentes, sentem os desafios aliados à sua condição especial que, num envolvimento com barreiras, pode condicionar a sua participação nos principais contextos de vida (WHO, 2001).

Em relação à escola, existem vários estudos que nos têm mostrado que a perceção do bom ambiente escolar e de segurança assim como o sentimento de pertença à escola e de ligação aos colegas e aos professores são fatores de proteção importantes com impacto não só no sucesso escolar, mas também no bem-estar (Bonny et al., 2000; Samdal, 1998; Samdal, Dur, & Freeman, 2004; Matos, 2005; Matos et al, 2008; Simões, 2005; 2007, cit in Matos, et al, 2008).

1.3.1.4. Nível Social

O estudo de Anderson & Clark (1982), destinado ao estudo dos adolescentes com deficiência, revelou que estes adolescentes atribuem falta de controlo sobre as suas vidas, falta de independência, falta de preparação para a vida adulta, dificuldades na transição da escola para a vida ativa e isolamento social (Matos et al, 2008).

O estudo do HBSC/OMS efetuado em Portugal (Matos & Equipa do Projeto Aventura Social, 2003) evidenciou que os adolescentes que dizem ter problemas de saúde (deficiência ou doença crónica), e que frequentam o ensino regular, quando comparados com os adolescentes que referem não ter este tipo de problemas, dizem com mais frequência serem vítimas de bullying, sentirem-se isolados na escola, sentirem-se menos felizes e terem mais sintomas físicos e psicológicos”.

O estudo realizado por Simões et al. (2008), mostrou que os adolescentes portadores de NEE referem com mais frequência, do que os seus colegas sem problemas, que se sentem infelizes, sozinhos, deprimidos, que a sua prestação escolar se encontra abaixo da média, que estes sentem mais pressão com os trabalhos de casa e que são vítimas de bullying com mais frequência (Matos et al, 2008).

1.4. Objetivo e hipóteses do estudo

O objetivo deste estudo foi avaliar o Bem-Estar Subjetivo, numa perspetiva compósito, em alunos com Necessidades Educativas Especiais (NEE).

Este trabalho faz a correlação das diferentes deficiências (Défice Cognitivo; Hiperatividade; Défice Visual; Défice Auditivo e Neuromusculoesqueléticas), a nível do Bem-Estar Subjetivo.

Testamos as seguintes hipóteses:

(H₀) Hipótese nula – Alunos com NEE e sem NEE não se distinguem na perceção de BES.

(H₁) Hipótese alternativa - Alunos com NEE e sem NEE distinguem-se na perceção de BES.

(H₂) - Alunos com NEE distinguem-se na satisfação com a vida

(H₃) - Alunos com NEE distinguem-se no Kidscreen.

(H₄) - Alunos com NEE distinguem-se na tonalidade emocional.

(H₅) - Alunos com NEE distinguem-se na perceção de suporte social.

2. Metodologia

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

2.1. Participantes

Participaram neste estudo 574 crianças e adolescentes de escolas dos Concelhos de Chaves, Alijó, Braga, Guimarães, Viana do Castelo, Barcelos, Esposende, Vila Nova de Famalicão, Porto, Vila Nova de Gaia, Paredes, Oliveira de Azeméis e Santo Tirso.

O grupo de experimental (alunos com NEE) foi constituído por 266 alunos (n=266), sendo 147 do género masculino (n=147), com idades compreendidas entre os 7 e os 22 anos (M=13,29; DP=2,9) e 119 do género feminino (n=119), com idades compreendidas entre os 8 e os 19 anos (M=13,29; DP=2,4) (tabela 4; Figuras 6 e 7). O grupo de controlo (alunos sem NEE) foi constituído por 308 alunos (n=308), 167 do género masculino (n=167) com idades compreendidas entre 7 e 20 anos (M=13,66; DP=2,97) e 139 do género feminino (n=139) com idades entre os 8 e os 19 anos (M=13,64; DP=2,53) (Tabela 4; Figura 6 e 8).

Tabela 4
Amostra.

Número de sujeitos, Média e desvio padrão da idade por grupos (Grupo de alunos com NEE e grupo de alunos sem NEE) (n=)																
Variável	Grupo de alunos com NEE (n=266)								Grupo de alunos sem NEE (n=308)							
	Género Masculino (n=147)				Género Feminino (n=119)				Género Masculino (n=167)				Género Feminino (n=139)			
	Mín.	Máx.	Média	DP	Mín.	Máx.	Média	DP	Mín.	Máx.	Média	DP	Mín.	Máx.	Média	DP
Idade	7	22	13,29	2,9	8	19	13,29	2,4	7	20	13,66	2,97	8	19	13,64	2,53

Nota: n: número; Mín: mínimo; Máx: máximo; DP: Desvio Padrão.

A nossa amostra é de conveniência, uma vez que os grupos em estudo foram selecionados de forma não aleatória.

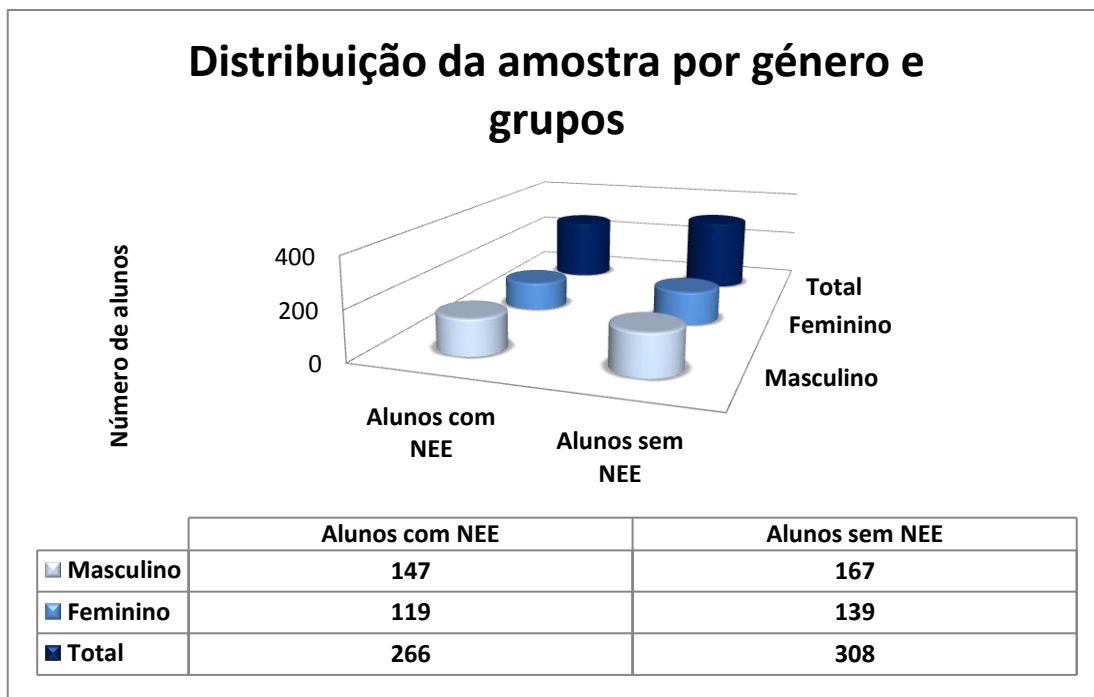


Figura 6 - Distribuição da amostra por género e grupos.

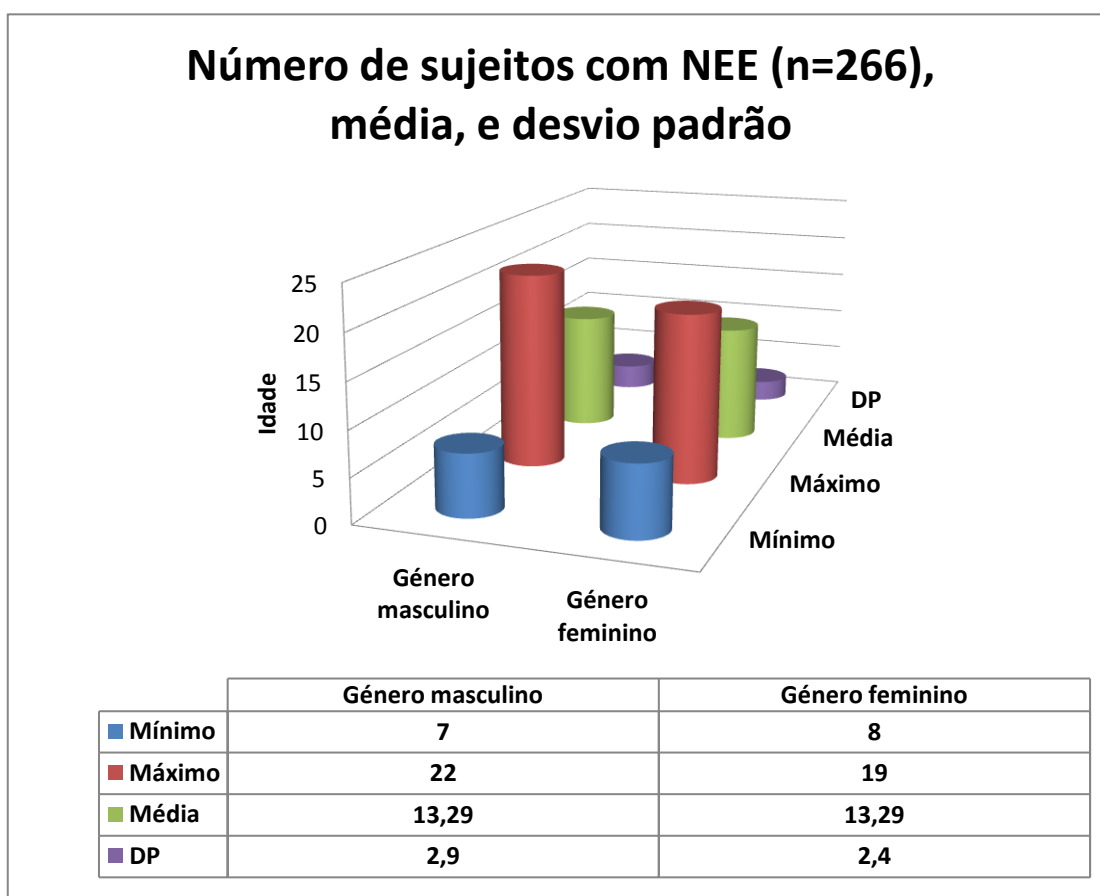


Figura 7 - Número de sujeitos com NEE (n=266), média e desvio padrão.

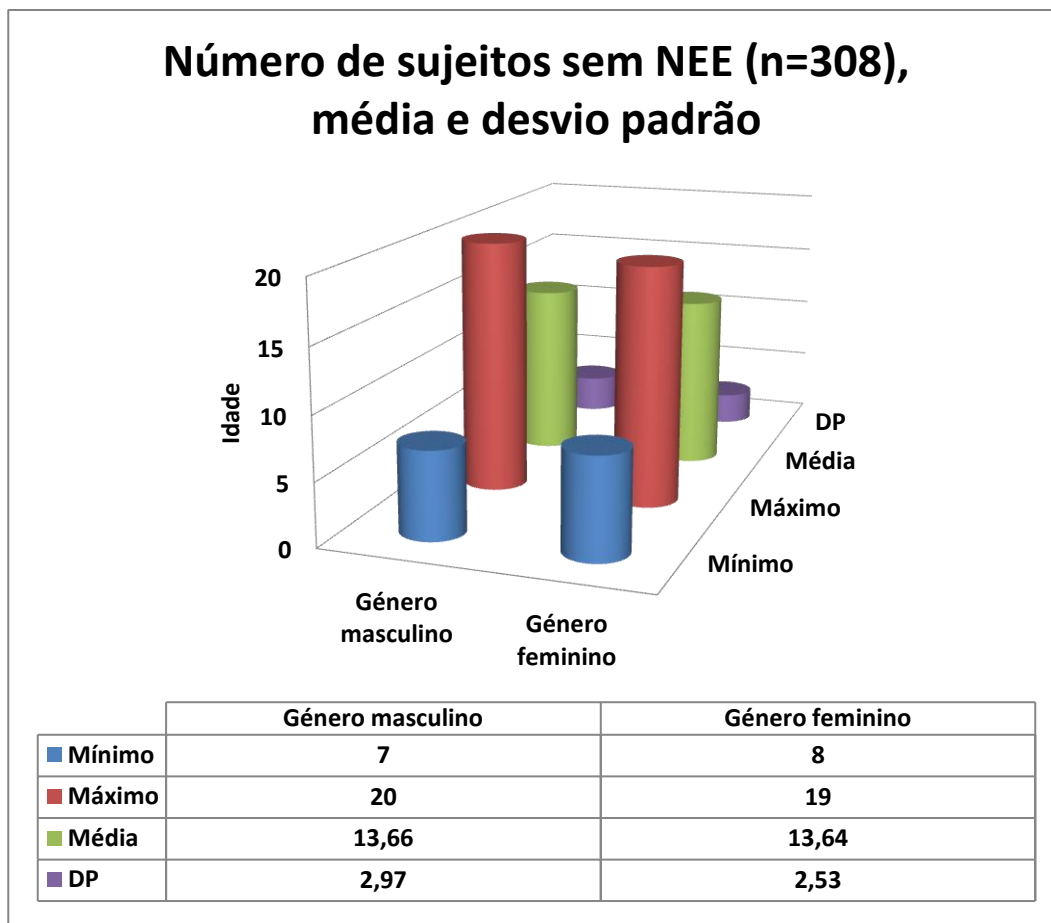


Figura 8 - Número de sujeitos sem NEE (n=308), média e desvio padrão.

Tabela 5

Número de sujeitos, Média e desvio padrão da idade por grupos (Grupo de alunos com NEE e grupo de alunos sem NEE).

Número de sujeitos, Média e desvio padrão da idade por grupos (Grupo de alunos com NEE e grupo de alunos sem NEE)								
Variáveis	Alunos com NEE (n=266)				Alunos Sem NEE (n= 308)			
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	7	22	13,29	2,68	7	20	13,66	2,77

Fazendo a comparação (Tabela 4; Tabela 5; Figura 7; Figura 8), a idade dos alunos com e sem NEE é semelhante, para o gênero masculino (7-22 com NEE; 7-20 sem NEE) e igual para o gênero feminino (8-19).

Concluimos que apesar do número dos alunos entre os grupos diferir, as idades mínimas e máximas são semelhantes, com a exceção do grupo do género feminino que são iguais.

2.2. Instrumentos de Avaliação

Foram avaliados quatro indicadores de Bem-estar Subjectivo: Qualidade de vida, aplicando o questionário (Kidscreen – 10) (Ravens-Sieberer & European KIDSCREEN Group, 2005); Satisfação com o Suporte Social (SSS) (Gaspar, Ribeiro, Leal, Matos & Ferreira, 2009); Tonalidade Emocional (TE) (Rocha & Moreira, 2010) e Satisfação com a Vida (EBSV) (Huebner, 1997).

2.2.1. Escala breve de saúde mental (kidscreen-10).

O Kidscreen é um instrumento de avaliação da qualidade de vida e bem-estar em crianças e adolescentes (Gaspar et al., 2009). Este instrumento está disponível em várias versões, entre elas a versão para os pais e/ou cuidadores de crianças e adolescentes na versão proxys. É um instrumento de medida unidimensional e representa um resultado global de todas as dimensões das versões maiores, KIDSCREEN-52 e do KIDSCREEN 27, criados durante o desenvolvimento de um projeto da Comunidade Europeia levado a cabo por Ravens-Sieberer e colaboradores para a avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde (Ravens-Sieberer et al., 2008). É um instrumento de natureza transcultural e formado por dez dimensões que descrevem a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde: saúde e atividade física, sentimentos, estado de humor geral, autoperceção, tempo livre, família e ambiente familiar, questões económicas, amigos, ambiente escolar e aprendizagem, provocação, (Gaspar et al., 2009). Para cada item, existe uma possibilidade de respostas, tipo Likert, que vai desde 1 para “nunca” até 5 para “sempre”. Um valor baixo neste instrumento de avaliação, reflete-nos um sentimento de infelicidade, insatisfação e desadequação perante os diversos contextos

da vida das crianças e adolescente e uma cotação elevada indicia-nos uma sensação de felicidade, perceção de adequação e satisfação com os seus contextos (Gaspar et al., 2009).

O Kidscreen-10 foi adequado à população portuguesa e aplicado simultaneamente a 14 países; Áustria, Bélgica, Bulgária, Alemanha, Gronelândia, Luxemburgo, Macedónia, Roménia, , Rússia, Eslovénia, Espanha, Suíça, Turquia e Reino Unido (Erhart et al, 2009). É uma escala que apresenta propriedades psicométricas boas e apresenta também boa consistência interna incluindo Rasch scalability (Gaspar & Col, 2010).

2.2.2. ESSS - escala breve de satisfação com o suporte social.

A ESSS- escala breve de satisfação com a vida, avalia a satisfação sentida pela pessoa relativamente ao suporte social percebido. A escala ESSS, foi desenvolvida por Gaspar, Ribeiro, Leal, Matos e Ferreira (2009). Esta é composta por 12 afirmações onde o indivíduo deve assinalar o grau em que concorda com a afirmação, numa escala de Likert com cinco graus de intensidade, “concordo totalmente”, “concordo na maior parte”, “não concordo nem discordo”, “discordo a maior parte” e “discordo totalmente”. A pontuação de cada afirmação/item varia entre 1 e 5, em que 5 corresponde a concordo totalmente e 1 a discordo totalmente. Destes doze itens, sete avaliam a satisfação com o suporte social e os restantes cinco avaliam a necessidade de envolvimento em atividades relacionadas com o suporte social.

Esta escala apresenta boa consistência interna e características psicométricas adequadas, nomeadamente o Alpha de Cronbach para a escala total é de 0.70 (Gaspar et al., 2009).

A ESSS foi construída para medir a satisfação com o suporte social existente, assumindo, como defendem Wethington e Kessler (1986), que as medidas de perceção

de suporte social explicam melhor a saúde do que as de suporte social tangível (Ribeiro, 1999).

2.2.3. ETE - Escala de tonalidade emocional.

A escala de Tonalidade Emocional- ETE avalia as emoções ou sentimentos experimentados durante as últimas semanas. Esta escala é constituída por 27 itens. Conforme a escala desenvolvida por Watson, Clark e Tellegen (1998) também esta adaptação de Rocha e Moreira em 2010 e adaptada à população portuguesa destaca duas vertentes, a subescala dos afetos positivos que é constituída por 12 itens (p.e. Interessado, feliz) e a subescala dos afetos negativos que é constituída por 15 itens (p.e. aborrecido, infeliz, apavorado). Estes itens de afeto foram elaborados para que estas emoções, positivas e negativas, fossem captadas.

O respondente deve assinalar a opção que mais se aplica a si numa escala tipo Likert de cinco pontos, variando entre: Nada ou muito ligeiramente, um pouco, moderadamente, bastante e extremamente.

É de grande importância, para os vários domínios da Psicologia, o estudo do afeto e seus determinantes. O afeto faz parte do dia-a-dia de todos os indivíduos, que desenvolvem esforços no sentido de o promover positivamente, garantindo o bem-estar (Stone, 1997 cit in Galinha et al, 2005).

2.2.4. EBSV - Escala breve de satisfação com a vida.

A Escala de Satisfação com a Vida (EBSV), foi desenvolvida por Huebner, em 1997 e adaptada à população portuguesa por Paulo Moreira, Universidade Lusíada do Porto, com a finalidade de avaliar a satisfação com a vida nas várias áreas da vida de crianças e jovens,

É formada por seis itens e cada um avalia uma dimensão diferente: amigos, família, escola, *self*, vida em geral e ambiente onde vive. Para cada um dos itens, o indivíduo deve assinalar a possibilidade de resposta, com sete graus de intensidades: terrível, infeliz, insatisfatória, em parte satisfatória e em parte insatisfatória, satisfatória, agradável e fantástica - apresentadas numa escala tipo Likert de 0 a 6, em que 0 corresponde a terrível e 6 a fantástica.

Satisfação com a vida é um indicador que, mesmo passado muitos anos, demonstra permanência de boa correlação (Diener, Suh e Oishi, 1997).

2.3. Procedimentos

2.3.1. Procedimentos de recolha dos dados.

O procedimento inicial da recolha de dados centrou-se na autorização dos Órgãos Diretivos dos estabelecimentos de ensino onde se iam aplicar os questionários. Após o deferimento e homologação pelo conselho pedagógico procedeu-se ao consentimento informado aos Encarregados de Educação dos alunos que fizeram parte deste estudo, informando-os da finalidade do mesmo e da respetiva confidencialidade dos dados, com a atribuição de um código a cada aluno.

Depois de escolhida a forma de aplicação dos questionários, decidiu-se pela aplicação dos mesmos em contexto de sala de aula, pelos professores de educação especial e, em alternativa pelos diretores de turma ou professores titulares de turma.

Para os alunos que apresentavam dúvidas na capacidade de avaliação da compreensão, em ler e compreender os itens, foi aplicado um pré-teste. Esta metodologia desenvolvida por Cummins e Lau (2005), adaptada à população portuguesa por Moreira e Oliveira (2011). Foram, unicamente, incluídos neste estudo os alunos que demonstraram conseguir ler, escrever e interpretar.

Os instrumentos de avaliação do BES ministrados individualmente e supervisionados pela investigadora deste estudo. O tempo da sua aplicação variou entre 45 e 60 minutos.

2.3.2. Procedimento de análise dos dados.

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

A comparação das médias ao nível dos diferentes indicadores para o grupo experimental e de controlo foi feita recorrendo ao teste T de student, dado que a amostra cumpre os critérios para o uso de testes paramétricos.

As diferenças entre grupos com diferentes NEE, foram estudadas recorrendo ao teste não paramétrico de Kruskal-Wallis.

3. Resultados

O Bem-Estar Subjetivo do grupo de alunos com NEE (grupo experimental), diferencia-se do BES do grupo de alunos sem NEE (grupo de controlo).

Tabela 6

Teste T de student para diferenças de médias ao nível dos indicadores de BES entre alunos com e sem NEE.

Teste T de student para diferença de médias ao nível dos indicadores de BES entre alunos com e sem NEE									
Medida	Com NEE			Sem NEE			t	df	p
	N	M	DP	N	M	DP			
BES	266	197,81	6,5	308	207,92	18,6	-5,6	574	.000
EBSV_Total	266	27,24	6,5	308	29,85	4,7	-5,5	574	.000
KIDS_Total	266	36,92	6,5	308	39,51	5,7	-5,1	574	.000
ETE_Positivo	266	43,11	9,8	308	46,22	8,0	-4,2	574	.000
ETE_Negativo	266	30,97	11,8	308	25,49	9,5	6,2	574	.000
ETE_Total	266	102,14	16,7	308	110,76	14,0	-6,7	574	.000
ESSS_Positivo	266	15,36	6,7	308	13,12	5,9	4,3	574	.000
ESSS_Negativo	266	13,85	4,4	308	15,32	4,6	-3,9	574	.000
ESSS_Total	266	31,52	7,2	308	27,80	8,2	5,7	574	.000

Nota: N: número; M: média; DP: Desvio Padrão do teste t – student; t: resultado do teste t-student; df: desvio padrão do teste t-student; p: nível de significância; BES: Bem-estar subjetivo compósito; EBSV: Escala breve de satisfação com a vida; KIDS: Instrumento de avaliação de saúde mental e bem-estar em crianças e adolescentes; ETE: Escala de tonalidade emocional; ESSS: Escala de satisfação com o suporte social.

O grupo de alunos com NEE apresentam níveis mais baixos ao nível do BES compósito (M=197,81; p=.000) do que o grupo de alunos sem NEE (M=207,92) (Tabela 6).

O grupo de alunos com NEE evidencia valores mais baixos do que o grupo de alunos sem NEE no que respeita às variáveis: BES compósito, (M=197,81/ M=207,92; DP=6,5 / DP=18,6); EBSV total (M=27,24 / M= 29,85; DP=6,5 / 5,7);KIDS total (M=36,92 / M=39,51; DP=6,5 / DP=5,7); ETE Positivo (M=43,11 / M=46,22; DP= 9,8 / DP=8,0); ETE negativo (M= 30,97 / M=25,49; DP=11,8 / DP=9,5); ETE total (M=102,14 / M=110,76; DP=16,7 / DP=14,0); ESSS positivo (M=15,36 / M=13,12;

DP=6,7 / DP=5,9); ESSS negativo (M=13,85 / M=15,32; DP=4,4 / DP=4,6); ESSS total (M=31,52 / M=27,80; DP=7,2 / DP=8,2) (Tabela 6).

Verificou-se que há diferença estatisticamente significativa entre o grupo de alunos com NEE e o grupo de alunos sem NEE. ($p=.000$). Relativamente aos restantes indicadores, continuando a observar a tabela 6, confirmam-se que todas as diferenças de média e desvio padrão destacadas têm estatisticamente significância.

A diferença do BES é estatisticamente significativa nos alunos com NEE (M=197,81; DP=6,5), em relação ao grupo de alunos sem NEE (M=207,92; DP=18,6).

As dimensões dos indicadores de BES que mais se evidenciaram na amostra, nos alunos com NEE, são: ETE negativo (M=30,97; DP=11,8); ESSS positivo (M=15,36; DP=6,7) e ESSS total (M=31,52; DP=7,2), estatisticamente superiores aos alunos sem NEE.

Tabela 7

Número de alunos (n) média (M) e desvio padrão (DP) ao nível do BES em grupos de alunos com diferentes NEE.

Número de alunos (n) média (M) e desvio padrão (DP) ao nível do BES em grupos de alunos com diferentes NEE															
Dimensão	Défice Cognitivo			Hiperatividade			Défice Visual			Défice Auditivo			Neuromusculo esqueléticas		
	N	M	DP	N	M	DP	N	M	DP	N	M	DP	N	M	DP
BES	109	193,86	23,67	13	198,02	21,47	33	202,53	22,65	63	199,84	28,80	16	206,16	14,58
EBSV_Total	109	26,48	7,54	13	27,38	4,94	33	28,81	5,43	63	26,99	5,78	16	28,54	5,14
KIDS_Total	109	36,00	7,48	13	35,46	6,99	33	39,25	6,30	63	37,56	5,75	16	38,41	4,57
ETE_Positivo	109	41,69	9,95	13	43,25	7,18	33	43,91	8,15	63	45,48	11,96	16	42,64	6,80
ETE_Negativo	109	32,91	12,47	13	30,91	10,12	33	26,55	10,34	63	33,17	11,56	16	21,76	6,89
ETE-Total	109	98,78	16,38	13	102,34	14,13	33	107,37	16,75	63	102,31	19,01	16	110,88	9,29
ESSS_Positivo	109	15,59	6,69	13	16,52	6,89	33	13,36	5,08	63	16,90	7,78	16	12,12	4,74
ESSS_Negativo	109	102,99	4,04	13	13,69	5,41	33	16,26	4,78	63	13,92	4,70	16	13,79	4,59
ESSS_Total	109	32,60	7,28	13	32,83	8,89	33	27,10	7,08	63	32,99	6,16	16	28,33	7,15

Nota: BES: Bem-estar subjetivo compósito; EBSV: Escala breve de satisfação com a vida; KIDS: Instrumento de avaliação de saúde mental e bem-estar em crianças e adolescentes; ETE: Escala de tonalidade emocional; ESSS: Escala de satisfação com o suporte social.

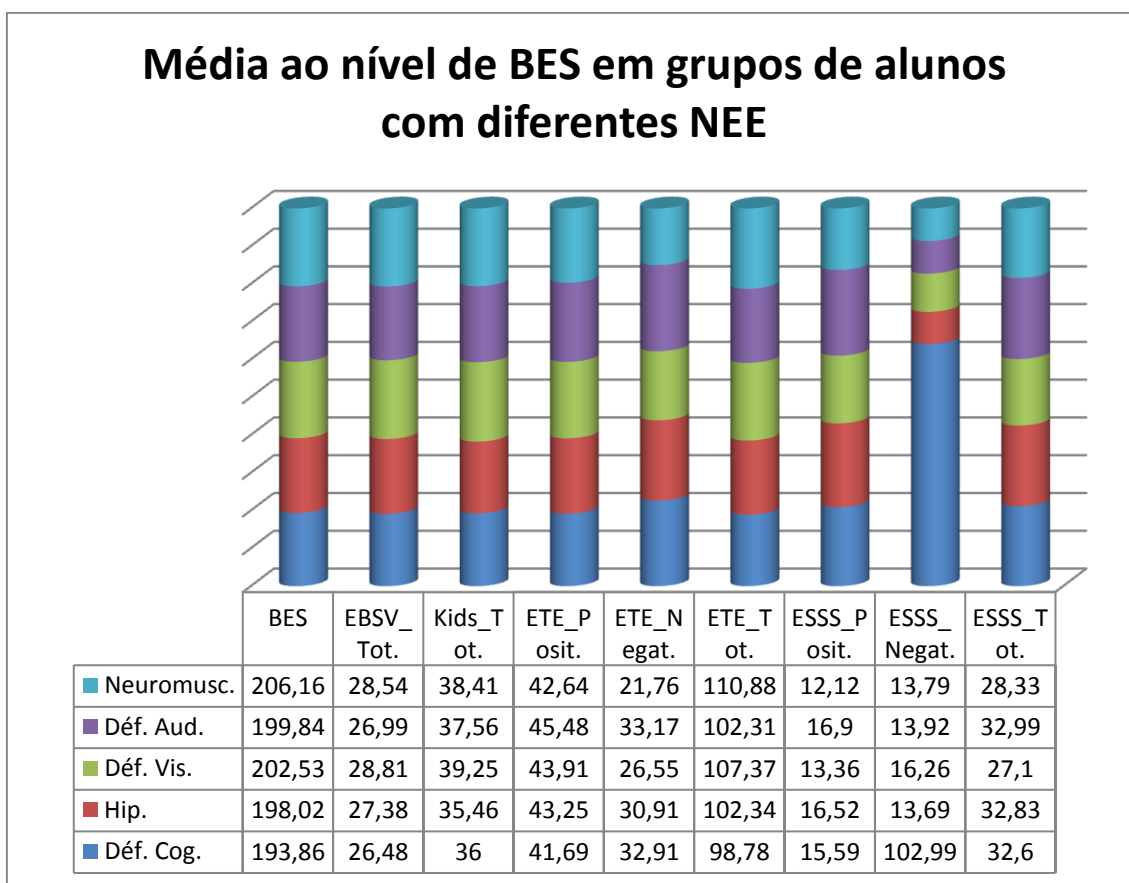


Figura 9 - Média ao nível de BES em grupos de alunos com diferentes NEE.

Em termos de comparação entre condições, os resultados revelam diferenças estatisticamente significativas entre as 5 condições de NEE ao nível de todos os indicadores de BES (Tabela 7; Figura 9).

No que respeita à diferença entre condições, os alunos com défice cognitivo apresentam os índices mais baixos de BES total (M=193,86; DP=23,67; Mean Rank: 223,81; p=.000) e de tonalidade emocional positiva (M=41,69; DP=9,95; Mean Rank: 240,34; p=.011); os alunos com hiperatividade registam os níveis mais baixos ao nível da qualidade de vida (M=35,46; DP=6,99; Mean Rank: 22,88; p=.001); os alunos com défice visual são os que apresentam níveis mais elevados de satisfação com a vida (M=28,81; DP=5,43; Mean Rank: 290,62; p=.000), qualidade de vida (M=39,25; DP=6,30; Mean Rank: 316,71; p=.000), mas estão menos satisfeitos com o suporte social (M=27,10; DP=7,08; Mean Rank: 240,55; p=.007) e experienciam uma tonalidade emocional mais negativa (M=26,55; 10,34; Mean Rank: 264,30; p=.000).

Os alunos com défice auditivo são os que apresentam simultaneamente níveis mais elevados de emocionalidade positiva (M=45,48; DP=11,96; Mean Rank: 282,55; p=.011) e negativa (M=33,17; DP=11,56; Mean Rank: 364,54; p=.000).

Os alunos com a condição neuromusculoesquelética têm níveis mais elevados de bem-estar total (M=206,16; DP=14,58; Mean Rank: 311,1; p=.000), mas são os que estão menos satisfeitos com o suporte social. (Tabela 7, 8; Figura 9).

Tabela 8*Teste de Kruskal-Wallis para diferenças entre grupos de alunos com diferentes NEE.*

Teste de Kruskal-Wallis para diferenças entre grupos de alunos com diferentes NEE													
	Défice Cognitivo		Hipertividade		Défice Visual		Défice Auditivo		Neuromusculo esqueléticas				
	N	Mean Rank	N	Mean Rank	N	Mean Rank	N	Mean Rank	N	Mean Rank	Chi-square	df	p
BES	109	223,81	13	242,73	33	289,89	63	241,66	16	311,1	44,64	13	.000
EBSV_Total	109	243,32	13	235,65	33	290,62	63	234,22	16	276,72	37,15	13	.000
KIDS_Total	109	236,93	13	222,88	33	316,71	63	260,75	16	280,59	34,54	13	.001
ETE_Positivo	109	240,34	13	258,85	33	269,73	63	282,55	16	235,56	27,37	13	.011
ETE_Negativo	109	359,04	13	347,58	33	264,30	63	364,54	16	182,25	63,70	13	.000
ETE_Total	109	208,84	13	236,23	33	299,48	63	232,25	16	323,78	60,32	13	.000
ESSS_Positivo	109	325,61	13	347,54	33	280,12	63	354,86	16	238,69	36,27	13	.001
ESSS_Negativo	109	229,08	13	248,73	33	340,55	63	262,25	16	267,00	28,78	13	.007
ESSS_Total	109	354,26	13	362,88	33	246,29	63	368,04	16	260,84	60,37	13	.000

Nota: BES: Bem-estar subjetivo compósito; EBSV: Escala breve de satisfação com a vida; KIDS: Instrumento de avaliação de saúde mental e bem-estar em crianças e adolescentes; ETE: Escala de tonalidade emocional; ESSS: Escala de satisfação com o suporte social.

Apresentando os resultados segundo as hipóteses formuladas, verificamos que perante os resultados se confirmam todas as hipóteses.

(H₁) - Alunos com NEE e sem NEE distinguem-se na percepção de BES.

Para um nível de significância de 5% a hipótese **H₀** (Alunos com NEE e sem NEE não se distinguem na percepção de BES) é rejeitada (p=.000), pelo que se aceita a hipótese alternativa. Os alunos com NEE apresentam um Bem-Estar Subjetivo (M= 197,81) inferior ao dos alunos sem NEE (M= 207,92), pelo que aparentam ser crianças e jovens menos felizes.

(H₂) - Alunos com NEE distinguem-se na satisfação com a vida.

De acordo com os resultados do teste T de Student para um nível de confiança de 5%, a hipótese H_2 é aceita em virtude da rejeição da H_0 , conforme se verifica na tabela 8 ($t=-5,5$; $df=574$; $p=.000$). A EBSV demonstra a existência de diferenças estatisticamente significativas (Tabela 6).

(H₃) - Alunos com NEE distinguem-se no Kidscreen.

Para um nível de significância de 5% a hipótese é aceita ($t=-5,1$; $df=574$; $p=.000$). Pelo que, estes alunos, apresentam diferenças estatisticamente significativas (Tabela 6).

(H₄) - Alunos com NEE distinguem-se na tonalidade emocional.

Os alunos com NEE apresentam uma tonalidade emocional estatisticamente inferior à dos alunos do grupo de controlo.

Para um nível de significância de 5% a hipótese é aceita ($t=-6,7$; $df=574$; $p=.000$) (Tabela 6).

(H₅) - Alunos com NEE distinguem-se na perceção de suporte social.

Os alunos com NEE apresentam uma perceção do suporte social estatisticamente inferior ao dos alunos sem NEE (Tabela 6)

Para um nível de significância de 5% a hipótese é aceita ($t=-3,9$; $df=574$; $p=.000$). Este resultado corrobora o verificado na hipótese. Estes alunos sentem que têm à sua disposição um conjunto de pessoas em quem eles podem confiar, que se preocupam e que gostam deles.

4. Discussão dos resultados

Este estudo teve como objetivo avaliar o Bem-Estar subjetivo, numa perspetiva compósito, em alunos com Necessidades Educativas Especiais (NEE), nomeadamente

em alunos com Défice Cognitivo; Hiperatividade; Défice Visual; Défice Auditivo e Neuromusculoesqueléticas.

É muito difícil definir bem-estar, uma vez que este pode ser influenciado por diversas variáveis, tais como: género, idade, nível socioeconómico (Diener, 1996, cit in Giacomoni, 2004). Mais difícil se torna definir e avaliar BES em crianças e jovens com NEE, dado que apresentam características particulares na expressão, compreensão das necessidades e nível da satisfação com as condições de vida objetiva (Mcintyre, Blacher, kraemer, Simmerman, 2004).

Os resultados conseguidos neste estudo levam-nos a fazer algumas apreciações e conclusões que podem ser importantes a nível de investigação. Estes, os resultados, demonstram a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os alunos com NEE (M=197,81) e sem NEE (M=207,92).

Assim, a hipótese nula (H_0) - Alunos com NEE e sem NEE não se distinguem na perceção de BES, é rejeitada.

Foram delineadas várias hipóteses alternativas e testadas em alunos com NEE e sem NEE, cujos resultados iremos discutir de seguida.

(H_1) - Alunos com NEE e sem NEE distinguem-se na perceção de BES.

Pelo estudo realizado, confirmou-se que os alunos com NEE e sem NEE se distinguem na perceção do BES. Estes resultados mostraram-nos que o BES é inferior nos alunos com NEE, comparativamente aos alunos sem NEE.

A revisão da literatura abrangente à temática do BES confirma esta evidência (Dagman, 2008), contudo a existência de poucos estudos referentes ao estudo desta dimensão em alunos com NEE, vai de encontro ao esperado uma vez que pouco se sabe e pouco foi escrito sobre o mesmo (Sheehy e Nind, 2005).

Esta diferença de significância ao nível do BES, pode estar relacionada com vários fatores, como: as componentes afetivo/emocionais, a forma como estes alunos se sentem em relação à escola, relacionadas com os fatores ambientais/culturais e fatores intrínsecos às próprias NEE (Almedom, 2005, cit. in Omar et al, 2005; Diniz, 2010).

O Bem-estar social e emocional, exprime-se como uma proposta fundamental da educação (Berger, Alcalayb, Torrettib & Milicib (2011).

(H₂) - Alunos com NEE distinguem-se na satisfação com a vida.

Confirmou-se, pelo estudo efetuado, a existência de diferenças significativas ao nível da satisfação com a vida em alunos com NEE em relação aos alunos sem NEE. Apesar de existirem poucos estudos sobre BES e especialmente sobre satisfação com a vida administrados a crianças ou adolescentes (Hubner, 1994), devemos ter em atenção que a satisfação em domínios da vida cruciais, podem afetar o BES, considerando-se que no conceito de BES estão subentendidos outros valores (Ballesteros et al, 2006). Ou seja, reporta-nos para a Declaração de Salamanca (1994), em que se delinearão aspetos fundamentais para uma escola inclusiva.

(H₃) - Alunos com NEE distinguem-se no Kidscreen.

Pelos resultados obtidos, confirmam-se diferenças estatisticamente significativas, na distinção da qualidade de vida, dos dois grupos. É no grupo de alunos sem NEE (controlo) que se registam os valores mais elevados de qualidade de vida, apresentando o grupo experimental um nível de significância inferior.

Pode constatar-se que pela aplicação da escala Kidscreen em alunos com e sem NEE, que os alunos com NEE possuem uma qualidade de vida inferior aos alunos sem NEE. Isto é convergente com o estudo realizado por Simões et al. (2008), que mostrou que os adolescentes com NEE referem mais frequentemente que se sentem infelizes, sozinhos, deprimidos, que a sua prestação escolar está abaixo da média, que sentem

mais pressão com os trabalhos de casa e que são mais frequentemente vítimas de bullying (cit in aventura social, Matos et al, 2008).

(H₄) - Alunos com NEE distinguem-se na tonalidade emocional.

Os alunos com NEE apresentam uma tonalidade emocional estatisticamente inferior à dos alunos do grupo de controlo.

Para um nível de significância de 5% a hipótese é aceite ($t=-6,7$; $df=574$; $p=.000$) (Tabela 6).

Isto é convergente com o estudo realizado por Matos et al. (2008), que mostrou que os adolescentes com NEE referem mais frequentemente que se sentem infelizes, sozinhos, deprimidos ... e que são mais frequentemente vítimas de bullying (cit in aventura social, p. 18).

(H₅) - Alunos com NEE distinguem-se no suporte social.

Os alunos com NEE apresentam uma perceção do suporte social estatisticamente inferior ao dos alunos sem NEE (Tabela 6).

Para um nível de significância de 5% a hipótese é aceite ($t=-3,9$; $df=574$; $p=.000$). Este resultado corrobora o verificado na hipótese. Estes alunos sentem que têm à sua disposição um conjunto de pessoas em quem eles podem confiar, que se preocupam e que gostam deles.

Isto pode ir de encontro a estudos existentes como o estudo de Matos et al (2008) que nos diz que curiosamente a principal dificuldade a nível da inclusão dos alunos com NEE refere-se às barreiras físicas, legais e humanas (28,1%), embora esta dificuldade seja supostamente interdita face à legislação nacional, e a principal vantagem mencionada a nível da inclusão dos alunos com necessidades educativas especiais é a integração e aceitação social destes alunos, isto é, na realidade a

concretização de um direito de cidadania (56,7%) (cit in aventura social, Matos et al, 2008, p. 18).

Os autores (Sheehy e Nind, 2005) sugerem-nos que seja desenvolvida uma estratégia no sentido de melhorar a compreensão e as boas práticas relativamente a esta área (NEE). A prioridade vai para áreas em que se possa trabalhar no futuro, sugerindo que uma abordagem marcada pela cooperação tem maiores probabilidades de produzir resultados positivos futuramente (Sheehy e Nind, 2005).

Em termos de comparação entre condições, os resultados revelam diferenças estatisticamente significativas entre as 5 condições de NEE ao nível de todos os indicadores de BES.

Os alunos com défice cognitivo apresentam os índices mais baixos de BES total e de tonalidade emocional positiva; os alunos com hiperatividade registam os níveis mais baixos ao nível da qualidade de vida; os alunos com défice visual são os que apresentam níveis mais elevados de satisfação com a vida, qualidade de vida, mas estão menos satisfeitos com o suporte social e experienciam uma tonalidade emocional mais negativa. Os alunos com défice auditivo são os que apresentam simultaneamente níveis mais elevados de emocionalidade positiva e negativa. Os que possuem a condição neuromusculoesquelética têm níveis mais elevados de bem-estar total, mas são os que estão menos satisfeitos com o suporte social.

Estes resultados têm implicações importantes para o desenvolvimento de políticas educativas e de intervenções escolares de promoção de bem-estar subjetivo junto de crianças e adolescentes com necessidades educativas especiais.

De acordo com o verificado relativamente ao BES, podemos observar que esta dimensão vai de encontro ao esperado uma vez que pouco se sabe e pouco foi escrito sobre as pessoas que apresentam NEE (Sheehy e Nind, 2005). Isto não significa que

estes indivíduos não tenham necessidades relativamente à saúde mental, significa sim, que estas mesmas necessidades não estão a ser reconhecidas (Sheehy e Nind, 2005).

Apesar de observarmos que a generalidade dos países começa a tomar consciência de que o atendimento a alunos com NEE é primordial, ainda encontramos barreiras que é necessário combater, como a lei (o Decreto-Lei nº 3/2008 de 7 de janeiro) que não inclui todos os alunos que necessitam de apoio. Necessitamos de políticas educativas que deem respostas eficazes a estas crianças e jovens, incentivando-os e ajudando-os para que estes se sintam mais felizes.

As crianças e jovens portadoras de NEE necessitam ser ouvidos e que lhes “deem voz” às suas angústias pois só assim os mesmos podem apresentar os seus pontos de vista (Lewis & Porter, 2001-3). Este tema está a tornar-se um “*imperativo omnipresente*” (Felce, 2002 cit in Lewis & Porter, 2001-3).

4.1. Considerações finais

Ao verificarmos que os alunos dos grupos Défice Visual, Défice Auditivo e Neuromusculoesqueléticas, apresentam no seu conjunto, níveis de BES, EBSV e Kidscreen superiores aos restantes grupos (Défice Cognitivo e Hiperatividade), este resultado pode indiciar que sendo estes alunos os mais apoiados a nível de medidas educativas de apoio diferenciado nomeadamente em unidades especializadas, ao abrigo do Decreto-Lei nº 3/2008 de 7 de janeiro, que estas medidas podem ter influência na qualidade de vida dos mesmos.

O grupo de alunos do Défice Cognitivo e Hiperatividade são os alunos que segundo o Decreto-Lei nº 3/2008 de 7 de janeiro, não apresentam limitações de carácter permanente, pelo que as medidas de apoio educativo podem ou não ser aplicadas e de forma muito diferenciada, conforme a escola que frequentam.

Segundo o número três do artigo 6º do Decreto-Lei nº 3/2008 de 7 de janeiro, os alunos são classificados por referência à CIF, tendo em conta os resultados do roteiro de avaliação e com vista à elaboração do programa educativo individual. Este, de acordo com o artigo 8º é “*o documento que fixa e fundamenta as respostas educativas e respetivas formas de avaliação*” (Diário da República, 1ª série – Nº 4 – 7 de janeiro de 2008, pg 156). Esta avaliação é muito mais objetiva quando estamos frente a uma condição quantificável medicamente como uma perda de audição ou de visão, por exemplo. Quando às problemáticas dos alunos, é necessário atribuir um classificador quantificável quando estas são de avaliação subjetiva (exemplo: relação com os amigos num aluno hiperativo), por vezes as classificações finais dos alunos podem ser diferentes consoante as equipas de avaliação. Isto conduz a discrepâncias entre diferentes escolas ou áreas geográficas, ficando excluídos de medidas de apoio educativo diferenciado. Este facto é mais evidente em determinados grupos de alunos com necessidades educativas especiais como os hiperativos e com défice cognitivo, onde a menção de carácter permanente é de atribuição subjetiva, sendo os apoios por vezes determinados pelos recursos humanos disponíveis na escola/agrupamento.

Os alunos com défice visual, auditivo e com lesões neuromusculoesqueléticas são sempre os prioritários em termos de apoios diferenciados, pela sua facilidade de quantificação e por serem condições “visíveis”.

Perante os resultados do nosso estudo, somos nós, professores de educação especial, que temos a obrigação de estar atentos e agir, para que os nossos alunos, que se encontram na condição de menos felizes, se tornem cada vez mais felizes.

A Escola deve ser o núcleo essencial do processo educativo, pelo que deve ser pensada para todos, traduzindo, assim, um dos mais elementares direitos de cidadania – a formação global das nossas crianças e jovens, em condições de igualdade de oportunidades.

Referências bibliográficas

- Albuquerque, A. S. & Tróccoli B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de Bem-Estar Subjetivo. *Psic.: Teor. e Pesq.*, 20, 153-164.
- Albuquerque, F. J. B., Sousa, F. M., Martins, C. R. (2010). Validação das escalas de satisfação com a vida e afetos para idosos rurais. *Psico*, Porto Alegre, PUCRS, 41, 85-92, jan./mar. 2010.
- Alves, J. V. B. F. (2008). *O Bem-estar subjetivo e a prática desportiva em adolescentes da região autónoma da Madeira*. Tese de doutoramento. Faculdade de desporto. Universidade do Porto.
- Amado, N. M. B. S. (2008). Sucesso no envelhecimento e histórias de vida em idosos socioculturalmente muito e pouco diferenciados. *Dissertação de doutoramento em Psicologia Aplicada*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa.
- Amiralian, M. L. T. M. (1997). *Compreendendo o cego: uma visão psicanalítica da cegueira por meio de desenhos-estórias*. São Paulo: Casa do Psicólogo. ISBN: 85-7396-005-1.
- Bairrão, R. (1998). *Os alunos com Necessidades Educativas Especiais – subsídio para o Sistema da Educação*. Lisboa: Edição do Conselho Nacional de Educação.
- Balen S. (2001). *Reconhecimento de padrões auditivos de frequência e de duração: desempenho de crianças escolares de 7 a 11 anos*. São Paulo.
- Ballesteros, B. P., Medina, A., Caycedo, (2006). *El bienestar psicológico definido por asistentes a un servicio de consulta psicológica en, Colombia*. Univ. Psychol, 5 (2): 239-258.

- Bandura, A. (2004). *Health Promotion by Social Cognitive Means. Health Education & Behavior* , 31 (2): 143 - 164.
- Barkley, A. R. (1998). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment (2nd ed.)*. New York: Guilford Press.
- Bartels, M., & Boomsma, D. I. (2009). *Born to be Happy? The Etiology of Subjective Well-Being. Behav Genet* , 39: 605 - 615.
- Belém, M. J. S. F. (2008). *As significações do bem-estar subjetivo e seus possíveis efeitos psicossociais sobre aposentandos e aposentados, membros do programa vida-ativa – ufam-procomum-cais*. Manaus. Brasil.
- Bellis T (1997). *Interpretation of central auditory assesment results. In: Bellis T. Assessment and management of central auditory processing disorders in the educational setting: from science to practice San Diego: Singular ; p.167-93.*
- Berger, Alcalayb, Torrettib & Milicicb (2011). Bem-estar sócio-emocional e desempenho acadêmico: Evidência desde uma abordagem multinível. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 24 (2), 344-351.
- Betts, Joseph E.; Appleton, James J.; Reschly, Amy L.; Christenson, Sandra L.; Huebner, E. Scott (2010). Um estudo da invariância fatorial do Instrumento de Participação Estudantil (SEI): Resultados de estudantes do ensino fundamental e médio. *Escola de Psicologia Quarterly, Vol. 25 (2), junho 2010, 84-93.*
- Bicas. H. E. A. (2002). *Acuidade visual. Medidas e anotações*. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

- Borges et al (2000). *Satisfação com a vida de idosos praticantes de atividade física em projetos sociais de Uberlândia*. Núcleo de Pesquisa em Cineantropometria & Desempenho Humano - Centro de Desportos. NuCIDH/CDS. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.
- Borges, A. Matos, M. G. & Diniz, J. A. (2011). Processo adolescente e saúde positiva: âmbitos afetivos e cognitivo, psicologia: *Reflexão e crítica*, 24 (2), 281-291.
- Brief, A. P., Butcher, A. H., George, J. M., & Link, K. E. (1993). Integrating Bottom-Up and Top-Down Theories of Subjective Well-Being: The Case of Health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64 (4): 646 - 653.
- Cerqueira, S. (2009). *O Bem-Estar Subjactivo e a Atividade Física em alunos com Necessidades Educativas Especiais*. Porto: S. Cerqueira. Dissertação de Licenciatura apresentada á faculdade de Desporto da Universidade do Porto.
- CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade (2003). *Classificação detalhada com definições. Todas as categorias com as suas definições, inclusões e exclusões*. Organização Mundial de Saúde e Direção-Geral da Saúde.
- Comissão das Comunidades Europeias (2005). “*Livro Verde: Melhorar a saúde mental da população. Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*”. Bruxelas, 14.10.2005; COM(2005) 484 final. Bruxelas.
- Correia, L. M. & Martins, A. P. *Dificuldades de Aprendizagem. Que são? Como entendê-las?*. Biblioteca Digital. Coleção Educação. Porto Editora.
- Correia, L. M. (1997). *Alunos com necessidades educativas especiais nas classes regulares*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L. M. (2003). *Inclusão e Necessidades Educativas Especiais - Um Guia Para educadores e Professores*. Porto

- Correia, L. M. (2004). Problematização das dificuldades de aprendizagem nas necessidades educativas especiais. *Análise Psicológica*, 2 (XXII): 369-376.
- Cruz, M. F. C. F. A. (2008). *Hiperatividade em contexto escolar*. Porto. Trabalho de projeto de investigação não editado.
- Cummins, R. A., Lau, A. A., & Mellor, D. (2009). *Encouraging Governments to Enhance the Happiness of Their Nation: Step 1: Understand Subjective Wellbeing*. *Soc Indic Res*, 91: 23 - 36.
- Cutler, H. C. & Lama, D. (2000). *A Arte da Felicidade*. Martins Fontes: São Paulo.
- D. Felce (1997). Defining and applying the concept of quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research*. VOLUME 41 PART 2 pp 126-135 APRIL 1997
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Hedonia, Eudaimonia, and Well-Being: An Introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9:1-11.
- Declaração de Madrid (2003) "*Não Discriminação Mais Ação Positiva Igual A Inclusão Social*"
- Decreto-lei nº 3/2008 de 7 de janeiro. *Diário da República nº 8/2008 – I Série A*. Ministério da Educação. Lisboa.
- Diener, E. (1984). *Subjective well-being*. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55 (1), 34-43.
- Diener, E. (2009). *The Science of Well-Being*. New York: Springer.
- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2000). New directions in subjective well-being. *Journal of Clinical Research*, 31, 103-157.

- Diener, E., & Lucas, R. E. (1999). Personality and subjective wellbeing. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwartz (Eds.). *Well-Being: the foundations of hedonic psychology* (pp. 213-229). *New York: Russell Sage Foundation*.
- Diener, E., Scollon, C. N. & Lucas, R. E. (2003). The involving concept of subjective well being: The multifaceted nature of happiness. *Advances in Cell Aging and Gerontology, 15*, 187-219.
- Dinis, L. (2011). *Bem-Estar Subjetivo e Personalidade*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto de Psicologia e Ciência da Educação, da Universidade Lusíada do Porto, Porto.
- Erhart, M., Ottova, V., Gaspar, T., Jericek, H., Schnohr, C., Alikasifoglu, M., et al. (2009). Measuring mental health and well-being of school - children in 15 European countries using the KIDSCREEN - 10 index. *Int J Public Health , 54: 160 - 166*.
- Feist, G. J., Bodner, T. E., Jacobs, F. J., Miles, M., & Tan, V. (1995). Integrating Top-Down and Bottom-Up Structural Models of Subjective Well-Being: A Longitudinal Investigation. *Journal of Personality and Social Psychology , 68 (2): 138 - 150*.
- Fernandes, H. M. G. (2007). *O Bem-Estar Psicológico em Adolescentes – Uma abordagem centrada no florescimento humano*. (Dissertação de Doutoramento). Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Vila Real.
- Ferreira, J. P. L. (2006). *Exercício, Autopercepções e Bem- Estar Psicológico em Praticantes com Deficiência Motora*”. Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Fonseca, A. C. (1998). *Problemas de atenção e hiperatividade na criança e no adolescente: Questões e perspetivas atuais*. *Psychologica, 19, 165-199*.

- Freitas, Magalhães, A. (2006). *A psicologia do sorriso humano*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. ISBN 972-8830-59-9 - ISBN 978-989-643-035-1 (2ª Ed., 2009).
- Galinha, I. C., & Pais - Ribeiro, J. L. (2009). *The Structure and Stability of Subjective Well-Being: a Structure Equation Modelling Analysis*. *Applied Research Quality Life*, 3: 293 - 314.
- Galinha, I., & Ribeiro, J. L. P. (2005). *Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): I – Abordagem teórica ao conceito de afeto*. *Análise Psicológica* (2005), 2 (XXIII): 209-218. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Porto.
- Galinha, I., & Ribeiro, J. L. P. (2005). *História e Evolução do Conceito de Bem - Estar Subjetivo*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6 (2): 203 - 214. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Porto.
- Gaspar, T., Matos M. G. M. (2008). *Aventura Social. Qualidade de Vida em Crianças e adolescentes- Versão Portuguesa dos instrumentos Kidscreen-52*. Fundação para a Ciência e a Tecnologia/MCES. Faculdade de Motricidade Humana/UTL. Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT-LA/UNL. Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA. KIDSCREEN©/CE. Health Behaviour in School-aged Children/Organização Mundial de Saúde.
- Giacomoni, Claudia Hofheinz (2002). *Bem-Estar Subjetivo Infantil: Conceito de Felicidade e Construção de Instrumentos para Avaliação*. Tese de Doutoramento em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasil.

- Gilman, R., Huebner, S. & Laughlin, J. E. (1999). A first study of the multidimensional students' life satisfaction scale with adolescents. *Social Indicators Research*, 52: 135-160.
- Gilman, R., & Huebner, S. (2003). A Review of Life Satisfaction Research with Children and Adolescents. *School Psychology Quarterly*, 18 (2): 195 - 205.
- Hazard et al (2007). *Inclusão Digital e social de pessoas com deficiência*. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO).
- Holbrook, M. C. (1996). *What is Visual Impairment? In Children With visual impairments: A parent's guide*. EUA: Woodbine House.
- Joshanloo, M., & Nosratabadi, M. (2009). *Levels of Mental Health Continuum and Personality Traits*. *Soc Indic Res*, 90: 211 – 224.
- Júlio, A. R. P. (2009). *Representações acerca da Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da educação: Coimbra.
- Kelly, K (2007). *O segredo do segredo*. Editora Gente: S. Paulo.
- Keyes, C. L. (2006). Subjective Well- Being in Mental Health and Human Development Research Worldwide: An Introduction. *Social Indicators Research*, 77:1 – 10.
- Lewis, A. & Porter, J. (2001-3). *Interviewing children and young people with learning disabilities: Guidelines for researchers and multiprofessional practice*. (1)Professor of Special Education and Educational Psychology, School of Education, University of Birmingham. (2) Senior Lecturer, School of Education, University of Birmingham. Birmingham B 15 2TT.

- Lyon G. R. (1996). *Learning Disabilities*. The Future of Children SPECIAL EDUCATION FOR STUDENTS WITH DISABILITIES Vol. 6 • No. 1 – Spring 1996.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing Happiness: The Architecture of Sustainable Change. *Review of General Psychology*, 2, 111-131.
- Ma, C. Q., & Huebner, E. S. (2008). Attachment Relationships and Adolescents' Life Satisfaction: Some Relationships Matter More to Girls Than Boys. *Psychology in the Schools*, 45 (2): 177 - 190.
- Marques, L.P. (2001). *Professor de alunos com deficiência mental: concepções e prática pedagógica*. Campinas, São Paulo.
- Marques, M. (1998). *A problemática do currículo na inclusão de crianças com NEE*. Instituto Politécnico de Coimbra: Escola Superior de Educação.
- Marques, U.M., Castro J.A.M. & Silva M.A. (2001). *Atividade Física Adaptada: uma visão crítica*. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 2001, vol. 1, nº 1, 73–79. Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física, Universidade do Porto. Porto.
- Matos, M. G. et Equipa do Projeto Aventura Social (2008). *Gestão Escolar, Saúde e Necessidades Especiais – Inquérito no âmbito do estudo HBSC/OMS (2006)*.
- Mendonça, A., Miguel, C., Neves, G., Micaelo, M., & Reino, V. (2008). *Alunos cegos com baixa visão. Orientações curriculares*. Ministério da Educação.
- Minayo, M. N. (1994). *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*. São Paulo.
- Néri, A. L. (2001). *Maturidade e velhice: Trajetórias individuais e socioculturais*. Campinas-SP: Papyrus. Brasil.

- Neto, F., Barros, J., & Barros, A. (1990). *Satisfação com a Vida. Em L. Almeida et al. (Eds.), A Ação Educativa: análise psicossocial (pp. 105-117)*. Leiria: ESEL / apport.
- Novo, R. (2003). *Para além de eudaimoni*. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.
- Nunes, L. N. V. (2009). *Promoção do Bem-Estar Subjetivo dos Idosos através da Intergeracionalidade*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de psicologia e de Ciências da educação. Coimbra.
- Nunes, Patricia (2007). *Psicologia Positiva (Trabalho de Licenciatura)*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Portugal
- Ortiz K. (1998). *Reabilitação dos distúrbios de Processamento Auditivo Central. In: VII Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia e XII Encontro Nacional de Fonoaudiologia*. Anais. Natal; 1998. p. 95.
- Pavot, W. & Diener, E. (1993). *Review of the satisfactionwith life scale. Psychological Assessment, 2, 164-172*.
- Pavot, W. & Diener, E. (2008). The satisfaction with life scale and emerging construct of life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology, 3, 137-152*.
- Pereira L. D. Navas & Santos (2002). *Processamento Auditivo: Uma abordagem de Associação entre a audição e a linguagem. Distúrbios de leitura e escrita - Teoria e prática*. São Paulo.
- Pires, N. et al. (2010) - *Promoção da leitura em crianças com défice cognitivo. Revista Educare Educere*. ISSN 0873-0504. Ano XIV, Julho. p. 147-165.
- Ramos, P., Moreno, C., Rivera, F., & Pérez, P. J. (2010). Integrated analysis of the health and social inequalities of Spanish adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 10: 477 - 498*.

- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Gosch, A., & Wille, N. (2008). *Mental Health of Children and Adolescents in 12 European Countries - Results from the European KIDSCREEN Study*. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15: 154 - 163.
- Rebelo, J. A. S. (1986). Para uma delimitação da noção de criança hiperactiva. *Revista Portuguesa de Pedagogia, Ano XX(20)*, 203-218.
- Rebelo, J. A. S. (1986). Para uma delimitação da noção de criança hiperactiva. *Revista Portuguesa de Pedagogia, Ano XX(20)*, 203-218.
- Remédios, C. I. F. R. N. (2010). *O Bem-Estar psicológico e as Competências Pessoais e Sociais na Adolescência*. (Dissertação de Mestrado). Secção de psicologia Clínica e da Saúde. Núcleo Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Integrativa. Faculdade de psicologia. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Ribeiro, José Luís Pais (1999). *Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)*. *Análise Psicológica (1999)*, 3 (XVII): 547-558. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Rodrigues, D. A. (1993). *Educação Especial – deficiência motora – coletânea e textos*. Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana: Lisboa.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 144-166.
- Salgueiro, E. (1996). *Crianças irrequietas: 3 estudos clínico-evolutivos sobre a instabilidade motora na idade escolar*. Lisboa: ISPA.

- Salgueiro, E. (1996). *Crianças irrequietas: 3 estudos clínico-evolutivos sobre a instabilidade motora na idade escolar*. Lisboa: ISPA.
- Santos, M. A. S. M (2006). *Dificuldades de Aprendizagem - Um Estranho Sobre o Papel*. Documento não publicado. Porto: Universidade Lusíada do Porto.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1), 127-139.
- Schimmack, U., Schupp, J., Wagner, G. G. (2008). *The Influence of Environment and Personality on the Affective and Cognitive Component of Subjective Well-being Soc Indic Res*, 89:41–60
- Segre, Marco & Ferraz, Flávio Carvalho (1997). *O conceito de saúde – The health's concept.. Revista de Saúde Pública*, 31 (5): 538-42, 199. Departamento de medicina Legal, Ética Médica e Medicina Social e do Trabalho da Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP- Brasil.
- Seligman, M. E. P. (2004). *Felicidade autêntica. Usando a nova psicologia positiva para realização permanente*. Objetiva. Rio de Janeiro.
- Sheehy K. & Nind M. (2005). Emotional well-being for all: mental health and people with profound and multiple learning disabilities. *BILD Publications, British Journal of Learning Disabilities*. Original article. The Open University, Walton Hall, Milton Keynes MK7 6AA, UK.
- Sheldon, K. M., & Hoon, T. H. (2006). The Multiple Determination of Well-Being: Independent Effects of Positive Traits, Needs, Goals, Selves, Social Supports, and Cultural Contexts. *Journal of Happiness Studies* , 8: 565 – 592.

- Sherrill, C. (1997). Disability, identity, and involvement in sport and exercise. In K. R. Fox (Ed.), *The physical self: From motivation to well-being* (pp. 257-286). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Silva, Elisete Neves (2009). “*Coping e Dimensões Afetivas do BES: um estudo com trabalhadores da educação*”. Tese de mestrado. Goiânia. Brasil.
- Silva, N. L. P. & M. A. Dessen (2001). *Deficiência Mental e Família: Implicações para o Desenvolvimento da Criança. Psicologia: Teoria e Pesquisa. Mai-Ago 2001, Vol. 17 n. 2, pp 133-141*. Brasília.
- Stoeber, J., & Rambow, A. (2006). *Perfectionism in adolescent school students: Relations with motivation, achievement, and well-being*. Elsevier , 1379 –1389.
- Tallal P. (1978). *An experimental investigation of the role of auditory processing in normal and disordered language development*. In: Caramazza A, Zurif EB, editors. *Language acquisition and language breakdown: parallels and divergencies*. Baltimore.
- Unesco (1994). *Declaração de Salamanca e Enquadramento da ação: Na Área das Necessidades Educativas Especiais*. Salamanca, Espanha, 7-10 de Junho.
- Watson. B. (1993). *Auditory perception, phonological processing and reading ability/disabilities*. J. Speech Hear Res 1993;36:850-63.
- Whaley, L.F., Wong D.L. (1999). *Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva (5a ed.)*. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan.