

SUPORTE SOCIAL, AUTOCONCEITO E COMPORTAMENTOS DE RISCO EM ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA MENTAL LIGEIRA A MODERADA

Helena Sardica, Instituto Politécnico de Beja, lenasardica@hotmail.com

Maria Cristina Faria, Instituto Politécnico de Beja, mcfaria@ipbeja.pt

RESUMO: Na atualidade, o adolescente quando chega a esta etapa da sua vida, depara-se com problemas de ordem diversa, que podem fazer sobressair situações comportamentais, ameaçadoras e perigosas para os próprios. Assim, os adolescentes necessitam por parte dos adultos, em particular da família e da escola, de toda a compreensão e ajuda de forma a ultrapassar essa fase e suas fragilidades. É fundamental dinamizar estratégias de intervenção que permitam trabalhar algumas competências de resiliência, pessoais e sociais, tendo em vista uma efetiva contribuição para uma diminuição do risco nos comportamentos dos adolescentes. Mas, se o adolescente em causa é portador de uma deficiência mental ligeira ou moderada? O presente estudo tem como principal objetivo conhecer de que forma a adoção de comportamentos de risco em adolescentes com deficiência mental está relacionada com o autoconceito e o seu suporte social. Em termos específicos, pretendemos mostrar a relação entre as dimensões do suporte social e as do autoconceito do adolescente com deficiência mental ligeira a moderada, identificar os seus comportamentos de risco e a conotação (positiva ou negativa) de autoconceito e conhecer a matriz multidimensional percetiva dos comportamentos de risco com o suporte social e o autoconceito. É ainda apresentada uma proposta de intervenção para o grupo estudado.

Introdução

Com a atual sociedade, cada vez mais virada para o êxito profissional em detrimento de outros valores, menos tempo resta para que a convivência em família. Por conseguinte, sem espaço e tempo de interações gratificantes e orientadoras a adolescência surge por vezes de forma turbulenta com predominância de rebeldia e inconformismo. Este aspeto é de particular importância, quando estamos na presença de um jovem com uma deficiência ou limitações, uma vez que as aquisições de autonomia, atribuídas à transição para a vida adulta, não são por vezes alcançadas. O contexto sócio-cultural em que se desenvolve a adolescência influencia profundamente o seu desenvolvimento e a sua própria saúde. (OMS, 1997, cit. por Lopes, 2000, p. 27).. Na atualidade, o adolescente quando chega a esta etapa da sua vida, depara-se com problemas de ordem diversa, por exemplo, de natureza de integração social que embora necessários para o seu desenvolvimento e para a sua autonomia, se podem fazer sobressair

situações comportamentais, ameaçadoras e perigosas para os próprios. Efetivamente, para a OMS (1997), o adolescente apresenta um comportamento com características exploratórias experimentais, que por vezes integram alguns riscos. É assim, que muitos dos problemas de saúde que se colocam na adolescência são de origem comportamental. É o caso, principalmente, do abuso de drogas, consumo de álcool, consequências de certos comportamentos sexuais de risco, distúrbios alimentares, dos acidentes e do suicídio. Neste sentido é fundamental dinamizar estratégias de intervenção que permitam “trabalhar” algumas competências de resiliência, pessoais e sociais, tendo em vista uma efetiva contribuição para uma diminuição do risco nos comportamento dos adolescentes em geral, e nos adolescente com deficiência mental. A opção pelo estudo de adolescentes com deficiência mental ligeira a moderada, prende-se com o facto de considerarmos que estes se encontram numa fase particular de desenvolvimento e de crescimento pessoal, e que de alguma forma podem estar mais vulneráveis e serem mais facilmente “levados” a adotar comportamentos inadequados ou até de risco, situação que interessa compreender para se poder delinear estratégias ativas de intervenção como medidas preventivas para a defesa dos interesses superiores do desenvolvimento harmonioso do adolescente com deficiência mental. Deste modo, o objetivo geral do nosso estudo é conhecer de que forma a adoção de comportamentos de risco em adolescentes com deficiência mental está relacionada com o autoconceito e o seu suporte social. Em termos específicos, pretendemos o seguinte: a) avaliar a relação entre as dimensões do suporte social e as do autoconceito do adolescente com deficiência mental ligeira a moderada; b) identificar os comportamentos de risco dos adolescentes em estudo; c) identificar a conotação (positiva ou negativa) de autoconceito nos adolescentes com deficiência mental ligeira a moderada, no contexto em estudo (Beja); d) identificar a matriz multidimensional percetiva dos comportamentos de risco com o suporte social e o autoconceito; e) elaborar um projeto de intervenção direcionado para o grupo em estudo.

Suporte social na adolescência

O conceito de Suporte Social na perspectiva de Sarason et al (1983, cit. por Ribeiro, 1999) é definido como “a existência ou disponibilidade de pessoas em que se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam conosco, nos valorizam e gostam de nós. Para Dunst e Trivette (1990, cit. por Ribeiro, 1999), o suporte social diz respeito aos recursos que se encontram disponíveis para os indivíduos como para as unidades sociais (tais como a família), como forma de resposta aos pedidos de ajuda e assistência. De acordo com Singer e Lord (1984, cit. por Ribeiro, 1999), o suporte social pode ser informacional, emocional e material e ainda, no que concerne a quem o fornece, pode ser de ordem pessoal ou interpessoal (fornecido por amigos, familiares, conhecidos), relativamente formal (fornecido por organizações e associações tais como grupos religiosos, ou organizações não governamentais de base comunitária) ou profissional (em termos de consulta ou terapia). Relativamente ao domínio do suporte social é consensual o seu carácter multidimensional e ainda, que os diversos aspetos do suporte social têm um impacto diferente nos indivíduos ou grupos. No que diz respeito às dimensões do suporte social, Weiss (1974, cit. por Ribeiro, 1999) propõe seis dimensões: intimidade, integração social, suporte afetivo, mérito, aliança e orientação. Também Dunst e Trivette (1990, cit. por Ribeiro, 1999) apresentam as seguintes dimensões de suporte social e que são fulcrais para o bem-estar: tamanho da rede social, existência de relações sociais, frequência de contactos, necessidade de suporte, tipo e quantidade de suporte, congruência, utilização, dependência, proximidade e satisfação. Em relação aos aspetos diferenciais do suporte social, os estudos realizados têm demonstrado que os aspetos, componentes ou dimensões do suporte social têm um impacto diferente consoante o grupo etário (Ribeiro, 1999) numa investigação realizada com jovens e na qual foram cruzadas várias medidas suscetíveis de avaliar diferentes dimensões de suporte social

fornecidas por diversos agentes, verificou que para a população portuguesa a família é a fonte de suporte social mais importante.

A formação do autoconceito nos adolescentes

O autoconceito pode definir-se como sendo a percepção que o indivíduo tem de si próprio (Peixoto 1996; Vaz Serra, 1988; cit. por Bernardo & Matos, 2003). Neste sentido, é todo o conjunto de cognições que o sujeito possui sobre si, nos diferentes contextos e tarefas com que se depara (Peixoto, 1998). Segundo Hattie (1992, cit. por Peixoto, 1998), o autoconceito “possui uma estrutura multidimensional, uma vez que o sujeito evolui em múltiplos contextos e se implica em diferentes tarefas, leva a que elabore cognições sobre os seus desempenhos nessas situações”. Segundo uma perspetiva cognitivista, o autoconceito é formado ativamente através das interações com o meio envolvente (Schunk, 1990; cit. por Senos 1996). O carácter organizativo e estruturante do autoconceito define a necessidade de uma certa estabilidade, sendo que esta implica que os sujeitos resistam às informações que desafiam o modo como se percecionam a si próprios, procurando ativamente informações autoconfirmatórias do seu sentimento de competência, no sentido de controlar o curso das suas próprias ações, ou seja, da sua auto-estima (Senos, 1996). De acordo com Sureda (2001, cit por Quiles & Espada, 2007) podemos distinguir várias áreas ou autoconceitos específicos: Autoconceito académico: é conceção que um individuo faz de si próprio enquanto estudante (ex: “se é suficientemente bom na disciplina...”); Autoconceito social: inclui os sentimentos de si próprio relativamente as relações interpessoais que estabelece; Autoconceito pessoal e emocional: refere-se aos sentimentos de bem-estar e satisfação, ao equilíbrio emocional, à aceitação de si mesmo e à segurança e confiança nas suas capacidades; Autoconceito familiar: remete para os próprios sentimentos enquanto membro da família; Autoconceito global: é a avaliação global de si próprio referente a todas as áreas anteriormente referidas. (“ex. em geral estou satisfeito com a pessoa que sou”) Alguns estudos, Duffy (1988), Pender, Walker,

Sechrist e Frank-Stromborg (1990), e Rentmeester e Hall (1982) mostraram haver uma associação forte entre autoconceito e estilo de vida saudável. Também Burton, Sussman, Hansen, Johnson, e Flay (1989, cit. por Ribeiro, 1994) concluíram que existia uma relação forte entre autoconceito baixo e as intenções de fumar em estudantes. De acordo com vários autores (Marsh & Hattie, 1996; Shavelson, Hubner & Stanton, 1976; cit. por Faria, 2005), o autoconceito designado como percepções acerca de si próprio e o autoconhecimento, constroem-se sob a influência das experiências nos vários contextos de vida, normalmente na família, na escola, nos grupos de pares e no contexto desportivo, ou seja, de acordo com o seu suporte social. Na adolescência, o pensamento passa pela abstração, contrapondo o pensamento concreto característico da infância, o adolescente efetua autodescrições mais abstratas centradas em aspetos internos e psicológicos dos comportamentos. (Harter, 1983, 1993, 1999; cit. por Faria, 2005). Esta evolução a nível cognitivo (do concreto e observável para o abstrato e hipotético) leva a que as autodescrições realizadas pelos adolescentes sofram de distorções e enviesamentos cognitivos, implicando que o autoconceito se torne mais irrealista e por vezes, conduza a comportamentos desajustados (Harter, 1993; cit. por Faria, 2005). Correia (1994), sublinha que o estudo do autoconceito, numa perspetiva desenvolvimentista, é importante pois permite proporcionar à criança bem-estar e sentido de valor pessoal, ajudando-a a construir uma autoimagem positiva, a identificar e a desenvolver as suas qualidades. Assim, a inclusão da criança com NEE no sistema regular de educação pode beneficiar globalmente a imagem e a avaliação que ela faz de si própria, a vários níveis (académico, social, físico e emocional), sendo importante estudar o impacto da inclusão nas várias facetas do autoconceito do aluno com NEE.

Comportamentos risco na adolescência

As razões para a adoção de comportamentos de risco são variadas: a supervisão e a comunicação parental, o sentimento de apoio pelos colegas e professores, e o suporte social

percebido, o envolvimento escolar e as expectativas futuras são fatores importantes no comportamento de consumo de álcool e outras substâncias (Griffins, Scheiier, Borvin, Diaz & Miller, 1999; Steinberg, Dornbusch & Brown, 1999, cit. por Gaspar et al., 2006), bem como na adoção de outro tipo de comportamentos disruptivos (bulling, dietas entre outros). A tudo isto acresce o facto da escola refletir a sociedade que temos, quando esta apresenta padrões de elevada competitividade que se crê poderem levar o aluno a fazer depender o seu autoconceito e a sua realização pessoal do nível de sucesso escolar atingido (Gonçalves, 2002). Ora, perante o facto de muitos alunos não alcançarem os patamares de sucesso compatíveis com as expectativas que, no essencial, lhes são impostas de fora, teme-se que uma baixa perceção do rendimento escolar possa induzir a concepções de si próprio negativas, que por sua vez, geram ansiedade possibilitam opções por estilos de vida pouco saudáveis (Gonçalves, 2002).

Deficiência mental

A Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou, em 1980, uma versão experimental da Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps – ICIDH), na qual o conceito de deficiência é definido da seguinte forma: “no domínio da saúde, deficiência representa qualquer perda ou anormalidade da estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatómica”. A deficiência causa incapacidade no desempenho funcional do indivíduo. Assim, a OMS define “incapacidade” como “a redução ou falta de capacidades para uma atividade, de forma ou dentro dos limites considerados normais para o ser humano” (OMS, 1980). Por sua vez, a incapacidade causa uma desvantagem no indivíduo, a qual é suscetível de ser minorada, no que concerne às suas relações com o meio social e físico, utilizando o recurso aos meios adequados. A OMS define desvantagem como um “...impedimento sofrido por um dado indivíduo, resultante de uma deficiência ou de uma incapacidade que lhe limita ou impede o desempenho de uma atividade considerada normal para esse indivíduo, tendo em

atenção a idade, o sexo e os fatores sócio-culturais”. (OMS, 1980). A Lei da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (Lei n.º 9/89, de 2 de Maio) define, no seu artigo 2º, ponto um, a pessoa com deficiência como “aquela que, por motivo de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de estrutura ou função psicológica, intelectual, fisiológica ou anatómica suscetível de provocar restrições de capacidade, pode estar considerada em situações de desvantagem para o exercício de atividades consideradas normais tendo em conta a idade, o sexo e os fatores socioculturais dominantes”. No âmbito da educação, o termo deficiência tem vindo a ser gradualmente substituído pelo conceito de “Necessidades Educativas Especiais”. Brennan (1990, in Vieira & Pereira, 2007) define NEE quando uma deficiência (física, sensorial, intelectual, emocional, social ou qualquer combinação desta) afeta significativamente a aprendizagem até ao ponto de serem necessários alguns ou todos os acessos especiais ao currículo. Segundo o DSM IV-TR (2002) “a deficiência mental é um funcionamento intelectual global inferior à média (critério A) que é acompanhado por limitações no funcionamento adaptativo em pelo menos duas das áreas seguintes: comunicação, cuidados próprios, vida doméstica, competências sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, autocontrolo, competências académicas funcionais, trabalho, tempos livres, saúde e segurança (critério B).” Por vezes esta deficiência mental poderá estar associada a uma outra deficiência de carácter biológico/hereditário, (como o caso de trissomia 21); de carácter ambiental (privação de cuidados e de outras estimulações sociais e linguísticas); Perturbações mentais (Perturbação Autística) ou até resultante de complicações na gravidez. Embora existam diferentes correntes para determinar o grau de deficiência mental, são as técnicas psicométricas que mais se impõem, utilizando o Quociente de Inteligência para a classificação desse grau.

Educação especial na escola

A forma como os alunos com necessidades educativas especiais têm sido encarados pela Escola e pela Sociedade tem vindo a alterar-se ao longo dos tempos, o que se deveu a alguns fatores como por exemplo a formação de especialistas, a legislação que tem vindo a ser publicada, visando uma igualdade de oportunidades, que permita o sucesso a todos os alunos sem exceção, numa perspetiva de “Escola para Todos”. Com o aparecimento do princípio da integração, surgiu um movimento crescente, na tentativa de colocar as crianças com Necessidades Educativas Especiais junto das crianças vulgarmente designadas “normais”, para fins académicos e sociais, num “meio menos restritivo possível” (Correia,1997). Segundo Correia (1997), as medidas mais integradoras são as que separaram as crianças o menos possível do seu contexto natural, do qual, este faz parte integrante, sendo que, “as classes especiais e outras formas de segregação, só deverão ser utilizadas quando as necessidades da criança não podem ser satisfeitas num meio que inclua crianças "normais", ainda que com recurso a apoios e serviços complementares”. (Correia, 1997) Poder-se-á então dizer que, a classe regular constitui o ambiente educativo que se deverá privilegiar, quer para os alunos “normais”, quer para alunos com Necessidades Educativas Especiais. É imperativo que a Educação Especial, utilize metodologias e estratégias pedagógicas de diferenciação inclusiva e de aprendizagem cooperativa, possibilitando o sucesso de cada aluno sem exceção. A funcionalidade curricular é uma mais-valia para a educação da pessoa com deficiência, sendo o seu objetivo major, a sua adaptação às condições de vida, próprias do seu meio socio-cultural, abandonando-se os currículos rígidos e inflexíveis, como padrão a seguir. Correia (1997) considera que o nível de alteração curricular é variável a partir da problemática apresentada pela criança ou adolescente. Segundo a Declaração de Salamanca, citada em Costa, A.et al (1998), para que possa ser feita uma transição para a vida ativa, os jovens deverão ser apoiados pela Escola, de modo a tornarem-se ativos profissionalmente, mediante

formação nas diversas áreas que correspondem às expectativas e exigências sociais e de comunicação da vida adulta. Aquando a sua preparação para a vida ativa e para que estes adolescentes tenham as mesmas oportunidades que os adolescentes sem NEE, é de extrema importância a promoção de fatores de proteção, mais concretamente ao nível familiar, escolar e comunitário, bem como recursos pessoais, através do treino das competências pessoais e sociais, para que se transformem em jovens o mais autónomos possíveis, e adultos capazes de ter um emprego, construir e gerir uma família, visando a obtenção de uma maior qualidade de vida. Tais fatores devem ser promovidos não só diretamente junto dos adolescentes com NEE's mas também junto dos elementos significativos que contactam com eles nos principais contextos de vida.

Metodologia

Esta investigação encontra-se enquadrada num estudo do tipo descritivo e transversal. O modelo de investigação utilizado é o de Investigação-Ação. De acordo com Máximo-Esteves (2008) Investigação-Ação é um processo reflexivo que caracteriza uma investigação numa determinada área problemática cuja prática se deseja aperfeiçoar.

Participantes

Os participantes deste estudo foram todos os alunos com idades entre os 12 e os 22 anos, que apresentavam deficiência mental ligeira a moderada com CEI, dos agrupamentos da rede do Ministério de Educação, situadas na cidade de Beja, no ano letivo de 2013/2014. Contámos com 20 adolescentes com uma idade média de 17,05 anos, sendo 8 do sexo feminino e 12 do masculino. Apresentam um valor de 80% de reprovação, sendo que 75% dos alunos apresentavam 2 reprovações. A maioria vive com os pais (45%), contudo 35% dos jovens vive com a mãe e 20% com outros (instituições e outros familiares).

Instrumentos

No presente estudo, o instrumento privilegiado de recolha de dados utilizado foi um *Questionário* que foi elaborado para o efeito, tendo sido realizado os procedimentos habituais para a sua devida aplicação. Apresenta numa primeira parte uma recolha de informação sociodemográfica, numa segunda parte é aplicado um conjunto de instrumentos de avaliação psicológica, nomeadamente a *Escala de Satisfação com o Suporte Social* (ESSS), elaborada por Ribeiro (1999), que mede a satisfação com o suporte social, e a Escala de Autoconceito de «Piers-Harris Children's Self-concept Scale» (PHCSCS), elaborada por Piers e Hertzberg (2002) que foi adaptada para a população portuguesa por Veiga (1989; 2006). Numa última parte, foi introduzido um questionário com um conjunto de questões que pretendiam avaliar: (1) comportamentos de risco na vertente dos comportamentos aditivos (as questões colocadas foram realizadas a partir do ESPAD – *European School Survey on Alcohol and Other Drugs* (Inquérito Europeu sobre o Consumo de Álcool e Outras Drogas), adaptado para Portugal por Fernanda Feijão e Elsa Lavado); (2) questões sobre a sexualidade; e (3) problemas alimentares (Eating Attitudes Test (EAT) ou Escala de Atitudes na Ingestão Alimentar desenvolvida por Garner e Garfinkel em 1979 (Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel, 1982). No estudo utilizou-se a tradução portuguesa de Tapadinhas (2011).

Discussão e conclusões

A fase da adolescência, pelo potencial de mudanças que encerra, tem-se tornado num vasto campo de investigações. É na adolescência que ocorre uma parte importante da reorganização do sentido de identidade, envolvendo os aspetos do desenvolvimento das relações. É importante que os adolescentes com necessidades educativas especiais, sejam inseridos desde cedo, em grupos da mesma faixa etária, em que se promova atividades físicas em oposição às atividades sedentárias e solitárias, em que se enalteça o sentimento de pertença, valorização do próprio em oposição da asseveração das suas limitações, para que no

futuro consigam ter uma vida adulta ativa. A avaliação destes conceitos em populações adolescentes, pode ter um importante valor preditivo no seu desenvolvimento psicossocial, pois são preciosas ferramentas, para a prevenção/promoção de comportamentos e competências mais assertivos.

Os resultados do estudo permitem-nos dizer que conseguimos conhecer uma certa relação entre a adoção de comportamentos de risco num grupo de 20 adolescentes de Beja com deficiência mental e o seu autoconceito e suporte social, com resultados semelhantes entre os do sexo masculino e feminino, tomando como pano de fundo a aplicação cruzada e articulada dos instrumentos utilizados. Em termos específicos, conseguimos alcançar os objectivos propostos e os resultados do estudo revelaram: (1) a presença de correlações positivas e significativas entre os Aspetos Sociais e Ansiedade ($r=0,48$; $s=0,03$), assim como entre os Aspetos Sociais e Popularidade ($r=0,45$; $s= 0.05$); (2) a indefinição de exageradas opções e/ou preferências inadequadas de comportamentos alimentares, não obstante ambos os sexos afirmarem que gostam de experimentar comidas novas e saborosas (mean rank: 10,73), ou que ficam apavorados(as) com o excesso de peso (mean rank: 8,1) e ou que se manifestam preocupações com a ideia de terem gordura nos seus corpos (mean rank: 7,88); o fenómeno da bulimia não está claramente presente no grupo estudado, sendo apenas evidente um quadro perceptual sobre a dieta em que valorizam novas experiências nos seus regimes alimentares que, naturalmente, importa “vigiar; (3) a grande maioria nunca consumiram bebidas alcoólicas, nem fumaram cigarros e/ou substâncias como cannabis, marijuana, erva ou haxixe; apenas uma pequena franja afirma beber e fumar com regularidade, e que iniciaram os consumos através da curiosidade sobre o assunto e/ou tema; (4) 8 dos adolescentes inquiridos iniciaram a sua vida sexual, e desses 8, 2 deles adotaram comportamento de risco, numa relação desprotegida; pelo que, é importante promover ações preventivas que permitam contribuir para o reforço das habilidades e competências, um maior responsabilidade no

exercício duma sexualidade a mais satisfatória e protegida; (5) os inquiridos de ambos os sexos valorizam a si próprios por serem a pessoa como é, ou seja, a presença duma conotação positiva de autoconceito (60 – “Sou uma boa pessoa”; 2 – “ Sou uma pessoa feliz”; 24 – “ Sou capaz de dar uma boa impressão perante a turma”). A conotação negativa do autoconceito está mais situado no plano dos aspetos comportamentais, em particular na relação do adolescente inquirido com a família (14- “Crio problemas à minha família”) e na dimensão da popularidade (1- “Os meus colegas de turma troçam de mim”; 32- “Sinto-me posto de parte”); a constatação desta conotação negativa vem reforçar a importância do investimento em ações preventivas que possam contribuir a melhoria das relações dos inquiridos junto das suas famílias e no ambiente escolar e/ou académico; (6) existe um perfil singular nas relações de multidimensionalidade entre as diferentes dimensões do suporte social, o autoconceito e os comportamentos de risco. Através do método do escalonamento demonstrámos a presença de duas dimensões bastante relevantes na matriz de perceção dos adolescentes em estudo (Stress= 0,092; R2= 0,976): a) *dimensão 1*, mais relacionada com as questões que influenciam os *consumos aditivos e comportamentos bulímicos*, que são: Intimidade, Atividades Sociais, Aspeto Comportamental, Estatuto Intelectual e Escolar, Aparência e Atributos Físicos, Ansiedade e Popularidade; b) *dimensão 2* que se apresenta relacionada só com questões que influencia os *comportamentos alimentares*, nomeadamente, no que se refere, a dietas e controlo oral, que são: Satisfação com as Amizades, Satisfação com a Família e Satisfação e Felicidade.

Através da análise de correspondência múltipla obtivemos a de que as situações que melhor discriminam os comportamentos de risco aditivos e alimentares estão relacionados com as atividades sociais, o estatuto intelectual e escolar e a ansiedade. Os resultados da análise de correspondência múltipla permitiram-nos ainda discriminar melhor a ideia de que as relações sexuais, em particular a adesão a práticas protegidas ou não encontram-se mais

relacionadas com a satisfação com a amizade, intimidade e aspetos comportamentais. Os resultados do estudo sugerem a importância da necessidade dum projeto no campo da intervenção preventiva face aos comportamentos de risco e que permita reforçar positivamente as competências pessoais e sociais dos adolescentes de Beja com deficiência mental ligeira a moderada. A preocupação com os comportamentos de risco em adolescentes com deficiência e dotar as pessoas com deficiência de mais e melhores competências e habilidades não é um imperativo inscrito na Convenção para os Direitos das Pessoas com Deficiência, que tem em vista o reforço das condições de participação e de integração destas pessoas na sociedade, e de bem-estar em geral, como um princípio fundamental da inclusão social, pelo qual devemos trabalhar.

Referências bibliográficas

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4.^a ed., texto revisto, J. N. Almeida, trad.). Lisboa: Climepsi Editores
- Bernardo, R., & Matos, M. (2003). Adaptação portuguesa do physical self-perception profile for children and youth e do perceived importance profile for children and youth. *Análise Psicológica*, 21, 127-144.
- Correia, M. L. (1994). Autopercepção e auto-estima em crianças com repetência no 1º Ciclo do Ensino Obrigatório - Contributo para a revisão crítica do tema. *Psicologia*, IX (2), 391-402.
- Correia, L. M.; Rodrigues, A. (1997). *Adaptações Curriculares para Alunos com NEE*. In L. M. Correia (Org.), *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares* (pp. 104-114). Porto: Porto Editora.
- Costa, A. Bénard et al. (1998), *Transição para a Vida Adulta: Jovens com Necessidades Educativas Especiais*. Coleção Apoios Educativos. Lisboa: Ministério da Educação
- Faria, L. (2005). Desenvolvimento do auto-conceito físico nas crianças e nos adolescentes. *Análise Psicológica*, 23, 361-371.
- Gaspar, T., Gonçalves, A., Ramos, V. & Matos, M. (2006). Desvantagem socio-económica, etnicidade e consumo de álcool na adolescência. *Análise Psicológica*, 24, 495-508.
- Gonçalves, O. (2002). *Relação entre rendimento escolar, comportamentos não saudáveis e dimensões do funcionamento intrapessoal em alunos do ensino secundário vinculados a diferentes filiações culturais*. Tese de doutoramento apresentada à Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real
- Lopes, M. (2000). *Hepatite B e Adolescência – 2º Curso de Estudos Superiores especializados em Saúde na Comunidade/Saúde no Trabalho*. Portalegre.
- Máximo-Esteves, L. (2008). *Visão Panorâmica da Investigação-Ação*. Porto: Porto Editora
- OMS. (1980). *International Classification of Impairments Disabilities and Handicaps. A Manual of Classification Relating to the Consequences of Disease*. (Tradução Portuguesa do Secretariado Nacional de Reabilitação, Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens. (1989). Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.).
- OMS – Organização Mundial de Saúde (1997). *Saúde para todos no Século XXI – Política de saúde para a Europa*. OMS: Delegação Regional para a Europa.

- Peixoto, F. (1998). Auto-conceito(s), auto-estima e resultados escolares: A influência da repetência no(s) auto-conceitos(s) e na auto-estima de adolescentes. In M. A. Martins (Ed). *Actas do X colóquio de Psicologia e Educação* (pp. 51-69)
- Quiles, M. J. & Espada, J. (2007). Educar para a auto-estima – Propostas para a escola e para o tempo livre. Mem-Martins: K Editora Lda.
- Ribeiro, J.L. (1994). A psicologia da saúde, saúde e doença. In: T.McIntyre (Edt.). *Psicologia da Saúde: Áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp33-54). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Ribeiro, J. L. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (17), 547- 558.
- Senos, J. (1996). Atribuição causal, auto-estima e resultados escolares. *Análise Psicológica*, 14, 111-121.
- Veiga, F. (1989). *Escala de autoconceito: adaptação portuguesa do «Piers-Harris Children`s Self-Concept Scale»*. *Revista de Psicologia*. Departamento de Educação, Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa: Lisboa.
- Veiga, F. (2006). *Escala de autoconceito: adaptação portuguesa do «Piers-Harris Children`s Self-Concept Scale»*. *Revista de Psicologia*. Departamento de Educação, Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa: Lisboa.
- Vieira, F., & Pereira, M. (2007). *Se houvera quem me ensinara*. A Educação de pessoas com Deficiência Mental. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian

Enquadramento Normativo

Lei n.º 9/89, de 2 de maio