

**RISCO E RESILIÊNCIA EM ADOLESCENTES COM
NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS:
DESENVOLVIMENTO DE UM PROGRAMA DE PROMOÇÃO
DA RESILIÊNCIA NA ADOLESCÊNCIA**

Celeste Simões, Margarida Gaspar de Matos, Mafalda Ferreira, & Gina Tomé
Projecto Aventura Social, Faculdade de Motricidade Humana; Lisboa, Portugal

RESUMO: Ao longo da nossa vida todos somos confrontados com múltiplos riscos e desafios que ameaçam o nosso bem-estar. A adolescência, pelas suas características especiais, é uma fase onde alguns desses riscos e desafios adquirem uma dimensão significativa. Alguns adolescentes, nomeadamente aqueles com necessidades educativas especiais (NEE), poderão ter de enfrentar riscos e desafios acrescidos devido às suas limitações que, por sua vez, num ambiente com barreiras físicas e atitudinais poderão restringir a participação destes adolescentes nas mais diversas áreas da vida. O projecto “Risco e Resiliência em Adolescentes com Necessidades Educativas Especiais” teve como objectivos conhecer os comportamentos e estilos de vida dos adolescentes com necessidades educativas especiais, e desenvolver um programa de promoção da saúde e resiliência direccionado para pais, professores e outros técnicos. Pretendeu-se assim contribuir para o desenvolvimento teórico, conceptual e metodológico em áreas de pesquisa dos comportamentos relacionados com a saúde, bem-estar e resiliência nos adolescentes com NEE. Ao longo deste artigo são apresentados as diversas etapas do projecto bem como os resultados obtidos em cada uma delas.

Palavras-chave: Adolescência, Necessidades Educativas Especiais, Resiliência, Risco, Saúde.

**RISK AND RESILIENCE IN ADOLESCENTS WITH SPECIAL
EDUCATIONAL NEEDS: DEVELOPMENT OF A PROGRAM TO
PROMOTE RESILIENCE IN ADOLESCENCE**

ABSTRACT: During our life everyone has to deal with several risks and challenges that threaten our well-being. Adolescence, due to its special features, is a stage where some of these risks and challenges gain an important dimension. Some adolescents, namely the adolescents with special educational needs (SEN), may have to face additional risks and challenges due to their limitations that in turn, in an environment with barriers, can restrict their participation in society and compromise positive development in several life arenas. The project “Risk and Resilience in Adolescents with Special Educational Needs”, aims to gain knowledge about adolescents with special educational needs behaviours and life styles, and also develop an intervention program focus on health and resilience promotion for parents, teachers and other technicians. It was proposed to contribute to the theoretical, conceptual and methodological development in research areas related to health behaviour, well-being and resilience in adolescents with SEN. In

this article the several stages of the project are presented as well as the results obtains in each of these stages.

Keywords: Adolescence, Health, Resilience, Risk, Special Educational Needs.

Recebido em 12 de Marco de 2009/ Aceite em 22 de Setembro de 2009

Ao longo da vida, todos nos debatemos no dia-a-dia com situações mais ou menos difíceis que ameaçam o nosso equilíbrio. Estas situações surgem nos mais variados contextos. Em alguns casos é possível evitar o confronto com estes problemas. Contudo, em algumas situações torna-se inevitável o confronto com alguns destes acontecimentos e consequentemente o surgimento de problemas que podem provocar um desequilíbrio no nosso bem-estar físico e mental (Simões, 2005, 2007). Quando conseguimos dar uma resposta positiva aos problemas que surgem na nossa vida, isto é, quando conseguimos lidar com sucesso com a adversidade, pode-se dizer que somos resilientes (Garmezy, 1999; Masten, et al., 1999; Rutter, 1996; Werner & Smith, 2001). Nas crianças e adolescentes, o atributo de resiliente envolve a capacidade de ultrapassar factores de risco aos quais estão expostas e, consequentemente, o evitar de consequências negativas, tais como, problemas de comportamento, problemas emocionais ou dificuldades académicas (Hauser, Vieyra, Jacobson, & Wertsch, 1985).

A resiliência constitui, por definição, uma qualidade elástica que envolve a capacidade de distender sob o efeito do stress e depois voltar ao normal (Garmezy, 1993, 1999). A resiliência parece assim ser um processo dinâmico e não necessariamente uma capacidade excepcional que nos torna transcendentemente ou invulneráveis à adversidade (Beauvais & Oetting, 1999; Pereira, 2001; Ralha-Simões, 2001). A resiliência permite uma maior capacidade de adaptação às situações possibilitando deste modo um continuado ajuste às circunstâncias da vida, mesmo as menos favoráveis (Benard, 1999; Callahan, Rogé, Cardenal, Cayrou, & Sztulman, 2001). As pessoas resilientes apresentam um conjunto de características que lhes permitem ultrapassar diversas situações, mais ou menos difíceis mantendo o equilíbrio necessário para um bom funcionamento físico, mental e social, nomeadamente: capacidade de tomada de decisões, capacidades de comunicação, assertividade, empatia, autocontrolo, auto-estima, auto-eficácia, optimismo, bom humor, disponibilidade, autenticidade, flexibilidade, inteligência, criatividade, e boa saúde física e mental (Gore & Eckenrode, 1996; Grothberg, 1997; Masten, 1999; McWhirter, McWhirter, McWhirter, & McWhirter, 1998; Werner & Johnson, 1999). Para além destas características, que podem ser considerados como factores de protecção individuais, outros aspectos fazem com que a nossa resposta a estas situações-problema seja mais ou menos eficaz, nomeadamente: a presença de factores de protecção familiares e comunitários, a existência de múltiplos factores de stress, a forma como se percebe o problema, o confronto anterior com a adversidade, e a própria situação, o contexto e o momento em que esta tem lugar (Garmezy, 1987; Grothberg, 1998; Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000; Rutter, 1987; Simões, et al., 2007).

A resiliência surge assim como um processo importante ao longo de toda a nossa vida e em particular nos momentos ou etapas em que o confronto com situações difíceis se coloca de forma significativa (Simões, et al., no prelo). A adolescência é uma destas etapas. Múltiplas transformações, a nível físico, cognitivo, emocional e social, ocorrem neste momento da vida. Para além de todas estas transformações, às quais os adolescentes têm que se adaptar, novos desafios se colocam. E são múltiplos os desafios a vencer: a adaptação a toda uma nova condição biológica, a conquista de uma nova autonomia, o estabelecimento de novas relações interpessoais próximas e duradouras, a progressão académica, entre outros. Para além destes desafios, o adolescente precisa ainda, tal como todo o ser humano, de se sentir valorizado como pessoa, estabelecer um lugar num grupo produtivo, sentir-se útil para os outros, dispor de sistemas de suporte e saber usá-los, fazer escolhas informadas e acreditar num futuro com oportunidades reais. Ultrapassar estes desafios e preencher estas necessidades tornam-se requisitos necessários para que os adolescentes se tornem adultos saudáveis e produtivos (Carnegie Corporation of New York, 1995).

Alguns adolescentes, como é o caso dos adolescentes com Necessidades Educativas Especiais, poderão ter mais dificuldades para ultrapassar estes desafios, especialmente quando o seu ambiente não constitui um elemento facilitador desta tarefa (Simões, Matos, Tomé, & Ferreira, 2008). Vários estudos têm mostrado que estas dificuldades parecem ser reais. O estudo realizado por Anderson e Clark (1982), envolvendo adolescentes com deficiência motora, evidenciou que estes revelam falta de controlo sobre as suas vidas, falta de independência, falta de preparação para a vida adulta, dificuldades de adaptação na transição da escola para a vida activa e isolamento social.

O estudo do Health Behaviour in School-aged Children/Organização Mundial de Saúde (HBSC/OMS) realizado em Portugal (Matos & Equipa do Projecto Aventura Social, 2003) mostrou que os adolescentes que referem ter problemas de saúde (deficiência ou doença crónica), e que frequentam o ensino regular, consideram ser mais frequentemente ser vítimas de *bullying*, ficar sozinhos na escola, sentir-se menos felizes e ter mais sintomas físicos e psicológicos, em comparação com os adolescentes que referem não ter este tipo de problemas.

Perante este cenário torna-se fundamental intervir o mais cedo possível (European Agency for Development in Special Needs Education, 2004; Simões, 2000), promovendo factores de protecção que permitam a estes adolescentes lidar com sucesso com os desafios ou com as adversidades que se lhes colocam. Para que esta intervenção seja mais eficaz torna-se fundamental a pesquisa dos factores associados a este processo junto dos adolescentes com NEE. Neste sentido foi desenvolvido o projecto “Risco e resiliência em adolescentes com necessidades educativas especiais”¹ que

¹ Projecto financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia / Ministério da Ciência e do Ensino Superior – Projecto RIPD/PSI/63669/2005 (Abril 2006-2008)

teve como objectivos conhecer os comportamentos e estilos de vida dos adolescentes com necessidades educativas especiais, e desenvolver um programa direccionado para a promoção da saúde e resiliência direccionado para pais, professores e outros técnicos.

MÉTODO

Para a concretização dos objectivos acima mencionados, o projecto “Risco e resiliência em adolescentes com necessidades educativas especiais”, envolveu quatro tarefas:

- Aplicação de um questionário aos adolescentes com NEE de forma a conhecer os factores e comportamentos associados à saúde e à resiliência - Estudo Quantitativo;
- Disseminação dos resultados obtidos através da realização de encontros regionais e de grupos de discussão (*focus groups*) envolvendo os adolescentes com NEE – Estudo Qualitativo;
- Desenvolvimento de um programa de intervenção direccionado para pais, professores e outros técnicos, tendo como base a promoção da saúde e da resiliência;
- Formação de pais e técnicos no âmbito do programa desenvolvido, de forma a possibilitar a sua participação activa nestes processos.

Estudo Quantitativo

A primeira fase do estudo, de cariz quantitativo, envolveu, tal como previsto, a construção, aplicação e análise de questionários na área da saúde e resiliência, aplicados aos alunos com NEE de carácter prolongado. O questionário englobou questões sociodemográficas, bem como um conjunto de questões relacionadas com os comportamentos e estilos de vida dos adolescentes (consumo de tabaco, álcool e drogas, hábitos alimentares, violência, ambiente escolar, expectativas futuras, bem-estar e apoio familiar, sintomas físicos e psicológicos, imagem corporal). As questões relacionadas com os comportamentos e estilos de vida faziam parte do questionário do estudo “Health Behaviour in School-aged Children” (HBSC), estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde (Currie, Smith, Boyce, & Smith, 2001) realizado em Portugal pela Equipa do Projecto Aventura Social desde 1998 (Matos & Equipa do Projecto Aventura Social, 2003; Matos, Simões, Carvalhosa, Reis, & Canha, 2000; Matos, et al., 2006). Para além destas questões, o questionário do estudo “Risco e Resiliência em Adolescentes com Necessidades Educativas Especiais” apresentava um conjunto de questões relacionadas com a resiliência, que englobam uma escala de acontecimentos de vida “Life Events Checklist” (Johnson, 1986), uma escala de resiliên-

cia “Módulo de Resiliência/Califórnia Healthy Kids Program Office (CHKS, 2000) e a subescala do autoconceito da escala de saúde mental “Beck Youth Inventories for children and adolescents” (Beck, Beck, & Jolly, 2001). Foi também utilizada a escala de bem-estar global “Mental Health Index” (Gaspar & Matos, 2008).

De todo o país, foram seleccionadas aleatoriamente 143 escolas do ensino regular, através da lista nacional do Ministério de Educação estratificada pelas cinco regiões escolares (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve). Estas escolas foram posteriormente contactadas telefonicamente para obter a confirmação da sua disponibilidade para colaborar no estudo.

Para cada escola foi enviado um envelope com 10 questionários e uma carta dirigida aos Serviços Especializados de Apoio Educativo com o objectivo de explicar o procedimento e informar os professores sobre as instruções de aplicação do questionário. O tempo de aplicação foi de aproximadamente 90 minutos. Da totalidade de questionários enviados para as cinco regiões do país, foi obtida uma taxa de respostas 53,8% das escolas. Em relação aos alunos foi obtida uma taxa de resposta de 34,5%. No total participaram no estudo quantitativo 494 sujeitos (57,7% do género masculino e 42,3% do género feminino) com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos de idade ($M=14,36$; $DP=2,33$). No que diz respeito aos problemas apresentados, 23,7% dos adolescentes referiram ter dificuldades de aprendizagem, 9,7% uma deficiência motora, 9,5% um problema na fala, linguagem ou comunicação, 6,7% uma deficiência visual, 5,5% uma deficiência auditiva e 8,1% uma doença crónica. Cerca de um quarto dos alunos referiram não ter problemas e cerca de um décimo referiu ter outros problemas, como, por exemplo, perturbações do desenvolvimento.

Os dados obtidos no estudo foram analisados em função de variáveis como o género e a idade dos adolescentes e comparados com os resultados obtidos no estudo HBSC/OMS (Matos et al., 2006) tendo como objectivo verificar as diferenças entre os adolescentes com e sem NEE.

Estudo Qualitativo

O estudo qualitativo teve como objectivo um aprofundamento dos dados obtidos no estudo quantitativo, de modo a permitir uma compreensão mais detalhada das suas atitudes, percepções e crenças e o modo como isso afecta os seus comportamentos relacionados com a saúde e a sua resiliência.

Para a concretização deste objectivo realizaram-se cinco encontros, um encontro por região, numa escola de cada uma das cinco regiões participantes no estudo. A selecção das escolas para a realização do encontro teve como critérios a participação no estudo quantitativo, o facto de reunir o maior número de alunos com NEE participantes e por último a localização geográfica de forma a ser central na região educativa a que pertencia. Foram convidadas a participar no encontro todas as outras escolas da região, bem como os pais dos alunos com

NEE e outras instituições comunitárias que desenvolviam trabalho no âmbito das NEE.

Esta tarefa envolveu também a realização de grupos focais, que consistiu na realização de entrevistas colectivas (Calderon, Baker, & Wolf, 2000), que tiveram como objectivo recolher e debater diferentes opiniões dos adolescentes com NEE sobre questões relacionadas com o risco e protecção na saúde e resiliência, permitindo deste modo contextualizar os resultados do estudo quantitativo. Participaram neste estudo 33 alunos com NEE de ambos os géneros, com idades compreendidas entre os 10 e os 16 anos. Estes alunos integraram 5 grupos focais com uma média de 6 sujeitos em cada grupo. Cada um dos grupos abrangia alunos com características heterogéneas ao nível do género, idade e necessidades especiais. No que diz respeito à distribuição pelas regiões do país (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve) verificou-se uma distribuição relativamente equitativa dos alunos.

Após a realização dos grupos focais, as entrevistas foram gravadas em sistema de áudio e transcritas. Foi utilizada uma metodologia qualitativa, a análise de conteúdo, na análise das entrevistas dos participantes nos grupos focais. Assim, os dados provenientes da segunda fase do estudo, foram alvo de uma análise de conteúdo: definição de categorias, codificação e registo de exemplos ilustrativos de cada categoria identificada.

Programa de Promoção da Saúde e Resiliência

A terceira etapa do projecto em análise, consistiu na concepção de um programa de promoção de factores aliados à saúde e à resiliência para adolescentes com NEE, fundamentando-se em aspectos teóricos obtidos através de referências bibliográficas na área da saúde e da resiliência, bem como aspectos empíricos obtidos nos estudos quantitativo e qualitativo realizados nas fases anteriores.

Formação de Pais e Técnicos

Procedeu-se, na etapa seguinte, à realização de um conjunto de acções de formação cujos alvos foram pais, professores e outros agentes educativos por serem os intervenientes directos na vida dos adolescentes e, como tal, uns dos principais factores aliados à sua saúde e resiliência. A divulgação foi feita a partir de cada uma das escolas que participou no estudo qualitativo (uma escola por região) para todas as restantes escolas da região participantes no estudo quantitativo, bem como para outras organizações que de algum modo estivessem ligadas à problemática da deficiência. As acções de formação foram abertas a toda a comunidade educativa, contudo a principal destinatária foi a população com ligação mais directa aos adolescentes com necessidades educativas especiais, na sua maioria professores responsáveis pelos apoios educativos, ou com um elevado número de alunos com estas necessidades, e ainda pais de adolescentes com NEE.

Foram realizadas cinco acções de formação distribuídas pelas cinco regiões educativas do país, cada uma com uma média de 15 participantes presentes (na sua maioria professores e pais). A acção de formação teve uma duração de 10 horas repartidas por 2 ou 3 dias (em função do local da formação). Para além da componente teórica sobre as áreas da Adolescência, Necessidades Educativas Especiais e Resiliência, a acção de formação apresentava uma forte componente prática orientada para a promoção de factores de protecção na saúde e resiliência, implementada através de dinâmicas de grupo como, por exemplo, dramatizações, actividades de comunicação, de cooperação, discussão e reflexão.

RESULTADOS

Estudo Quantitativo

Apresenta-se de seguida a análise das diferenças entre diferentes grupos de adolescentes com NEE (rapazes e raparigas, mais novos e mais velhos); posteriormente determinam-se as diferenças entre grupos de adolescentes com NEE e sem NEE e por fim os factores de protecção associados ao bem-estar global dos adolescentes com NEE.

Os resultados do estudo quantitativo mostram que os adolescentes com NEE passam por etapas de desenvolvimento semelhantes às dos adolescentes sem NEE. De um modo geral, os rapazes têm maior tendência para comportamentos de risco, como o envolvimento em lutas e o consumo de drogas ilícitas, e as raparigas apresentam mais sintomas psicológicos e uma maior tendência para problemas com a sua imagem corporal (ver Quadro 1). Mais concretamente verificou-se que os rapazes praticam mais actividade física, envolvem-se mais frequentemente em lutas, falam mais facilmente com o pai, sentem menos pressão com os trabalhos de casa, sentem-se mais frequentemente bem e em forma, cheios de energia, capazes de fazer actividades que gostam nos tempos livres, têm mais tempo para eles, sentem-se menos frequentemente tristes e sozinhos, consomem mais colas e outros refrigerantes, afirmam mais vezes que os colegas os aceitam como são e passam mais horas a jogar playstation. As raparigas fazem mais dieta, referem mais frequentemente que alterariam alguma coisa no corpo, gostam mais da escola, passam mais horas a fazer os trabalhos de casa e referem menos frequentemente que têm uma saúde excelente.

Quadro 1
Diferenças entre géneros

Variável	Modalidade	Género		χ^2
		Masculino %	Feminino %	
Prática de actividade física - última semana	Todos os dias	23.9	7.1	($\chi^2 = 34.95$, g.l. = 3, p<.001)
Lutas no último ano	4 vezes ou mais	14.7	5.3	($\chi^2 = 36.85$, g.l. = 2, p<.001)
Falar com o pai	Fácil	54.7	40.7	($\chi^2 = 11.58$, g.l. = 2, p<.01)
Pressão com os trabalhos de casa	Nenhuma	22.0	13.9	($\chi^2=6.39$, g.l. = 2, p<.05)
Sentir-se bem e em forma	Frequentemente	69.7	53.0	($\chi^2 = 19.41$, g.l. = 2, p<.001)
Sentir-se cheio(a) de energia	Frequentemente	64.6	54.4	($\chi^2 = 6.48$, g.l. = 2, p<.05)
Ter tempo suficiente para si	Frequentemente	68.5	59.0	($\chi^2 = 7.06$, g.l. = 2, p<.05)
Fazer actividades que gosta de fazer no tempo livre	Frequentemente	68.7	51.8	($\chi^2 = 18.46$, g.l. = 2, p<.001)
Sentir-se triste	Frequentemente	9.6	16.0	($\chi^2 = 35,16$ g.l. = 2, p<.001)
Sentir-se sozinho	Às vezes	17.6	27.2	($\chi^2 = 10,52$, g.l. = 2, p<.01).
Beber colas ou outros refrigerantes	Pelo menos uma vez/dia	33.3	23.8	($\chi^2 = 6.80$, g.l. = 2, p<.05)
Consumo de drogas no último mês	Consumo regularmente	3.3	0.5	($\chi^2 = 10.51$, g.l. = 3, p<.05)
Os colegas aceitam-me como sou	Verdade	82.2	71.3	($\chi^2= 7.13$, g.l.= 2, p<.05)
Jogar Playstation	Mais de 4 horas	9.9	0.0	($\chi^2 = 31.82$, g.l. = 2, p<.001)
Estar em dieta	Sim	9.3	14.7	($\chi^2 = 19.43$, g.l. = 3, p<.001)
Querer alterar alguma coisa no corpo	Sim	47.2	67.5	($\chi^2 = 17.71$, g.l.=1, p<.001)
Gostar da escola	Gosto	74.0	84.1	($\chi^2 =8.99$, g.l. = 1, p<.01)
Fazer trabalhos de casa	Mais de 4 horas	1.8	8.3	($\chi^2 = 7,7$, g.l. = 2, p<.05)
Percepção de saúde	Excelente	31.6	14.3	($\chi^2 = 27.63$, g.l. = 3, p<.001)

A análise das diferenças em função da idade (ver Quadro 2) mostraram que os adolescentes mais novos praticam mais actividade física, envolvem-se mais em lutas, falam mais facilmente com o pai, consideram mais frequentemente que os professores acham as suas capacidades académicas muito boas, sentem-se mais vezes bem e em forma, cheios de energia, têm mais tempo para eles próprios, fazem mais actividades que gostam, divertem-se mais com os amigos, provocaram mais vezes os colegas na escola e têm melhor percepção da sua saúde. Por outro lado, os adolescentes mais velhos referem mais frequentemente um consumo regular de tabaco, de bebidas alcoólicas e de marijuana, sentem-se mais vezes tristes e sozinhos, estão mais tempo na Internet, e referem ainda mais frequentemente que gostariam de alterar alguma coisa no corpo e que já tiveram relações sexuais.

Quadro 2
Diferenças entre grupos etários

Variável	Modalidade	Grupo Etário		χ^2
		11-14 anos %	15 ou + anos %	
Prática de actividade física - última semana	Todos os dias	18.8	8.8	$\chi^2 = 17.04$, gl = 3, $p \leq .001$
Lutas no último ano	4 vezes ou mais	12.5	4.9	$\chi^2 = 21.84$, gl = 2, $p < .001$
Falar com o pai	Fácil	51.7	40.0	$\chi^2 = 6.49$, gl = 2, $p < .05$
Percepção dos professores sobre a capacidade académica	Muito boa	41.7	30.9	$\chi^2 = 7.20$, gl = 2, $p < .05$
Sentir-se bem e em forma	Frequentemente	67.2	49.5	$\chi^2 = 17.45$, gl = 2, $p < .001$
Sentir-se cheio(a) de energia	Frequentemente	64.1	50.5	$\chi^2 = 9.62$, gl = 2, $p < .01$
Ter tempo suficiente para si	Frequentemente	68.1	54.4	$\chi^2 = 10.31$, gl = 2, $p < .01$
Fazer actividades que gosta de fazer no tempo livre	Frequentemente	64.8	51.6	$\chi^2 = 9.27$, gl = 2, $p \leq .01$
Divertir-se com os amigos	Frequentemente	79.9	70.7	$\chi^2 = 7.16$, gl = 2, $p < .05$
Provocar na escola (últimos 2 meses)	Várias vezes/sem	5.7	1.2	$\chi^2 = 8.22$, gl = 2, $p < .05$
Percepção de saúde	Excelente	26.2	18.1	$\chi^2 = 15.81$ gl = 3, $p \leq .001$
Consumo de tabaco	Todos os dias	2.2	9.7	$\chi^2 = 21.01$, gl = 3, $p < .001$
Consumo de cerveja	Sim	20.0	37.4	$\chi^2 = 20.14$, gl = 1, $p < .001$
Consumo de bebidas destiladas	Sim	21.4	48.1	$\chi^2 = 43.30$, gl = 1, $p < .001$
Consumo de Marijuana - últimos 12 meses	Algumas vezes	1.2	6.6	$\chi^2 = 11.59$, gl = 2, $p < .01$
Sentir-se triste	Às vezes	29.3	42.3	$\chi^2 = 17.78$, gl = 2, $p \leq .001$
Sentir-se sozinho	Às vezes	19.7	28.0	$\chi^2 = 7.68$, gl = 2, $p \leq .05$
Tempo na Internet e em "chats"	1 a 3 horas	12.1	26.3	$\chi^2 = 6.52$, gl = 2, $p < .05$
Querer alterar alguma coisa no corpo	Sim	51.6	66.3	$\chi^2 = 8.88$, gl = 1, $p < .01$
Relações sexuais	Sim	8.7	24.6	$\chi^2 = 19.55$, gl = 1, $p < .001$

No entanto, quando se comparam os adolescentes com NEE e os adolescentes sem NEE, as diferenças tornam-se mais evidentes, essencialmente na relação com a família, escola e pares (ver Quadro 3). No geral os adolescentes com NEE revelam mais dificuldades na comunicação com os pais, na relação com os pares e maiores dificuldades na escola. Mais concretamente, os adolescentes com NEE praticam menos actividade física, têm menos amigos, afirmam mais frequentemente que os professores consideram que eles têm uma capacidade académica inferior à média, referem menos frequentemente que se sentem felizes e mais que se sentem tristes ou sozinhos, são mais vezes provocados na escola, sentem mais pressão com os trabalhos de casa e têm pior percepção da sua saúde.

Quadro 3

Diferenças entre adolescentes com NEE e sem NEE

Variável	Modalidade	NEE		χ^2
		Com NEE %	Sem NEE %	
Falar com o pai	Fácil	48.1	56.1	$\chi^2 = 19.79$, gl = 2, $p < .001$
Falar com a mãe	Fácil	68.9	77.9	$\chi^2 = 43.29$, gl = 2, $p < .001$
Número de amigos	Nenhum	2.5	1.1	$\chi^2 = 30.496$, gl = 2, $p < .001$
Percepção dos professores sobre a capacidade académica	Inferior à média	15.1	6.4	$\chi^2 = 64.21$, gl = 2, $p < .001$
Prática de actividade física - última semana	Três vezes ou mais / semana	39.0	46.1	$\chi^2 = 32.66$, gl = 3, $p < .001$
Percepção da felicidade	Feliz	79.3	86.8	$\chi^2 = 26.02$, gl = 1, $p < .001$
Sentir-se triste	Frequentemente	12.7	8.3	$\chi^2 = 16.44$, gl = 2, $p < .001$
Sentir-se sozinho	Frequentemente	10.6	6.6	$\chi^2 = 26.87$, gl = 2, $p < .001$
Provocado na escola (últimos 2 meses)	Várias vezes/semana	9.8	4.3	$\chi^2 = 29.69$, gl = 2, $p < .001$
Pressão com os trabalhos de casa	Muita	15.6	10.9	$\chi^2 = 8.31$, gl = 2, $p < .05$
Percepção de saúde	Má	3.8	0.6	$\chi^2 = 137.84$, gl = 3, $p < .001$

Os resultados deste estudo vieram ainda revelar a existência de uma relação negativa e significativa entre os acontecimentos de vida negativos (AVN) e o bem-estar global ($F(2,425)=4.04$, $p < .05$). A análise mais detalhada, tendo em atenção diversos níveis de acontecimentos de vida (nenhuns, poucos ou muitos), mostrou que perante muitos acontecimentos de vida os adolescentes parecem ficar especialmente vulneráveis dado que se verifica uma quebra nos seus níveis de bem-estar na presença de múltiplos acontecimentos de vida. Em relação a este aspecto, este estudo mostrou que todos os recursos externos (família, escola, comunidade, pares), recursos internos, bem como o autoconceito, constituem factores de protecção para o bem-estar, dado que os adolescentes com níveis mais elevados de recursos apresentam também níveis mais elevados de bem-estar. No entanto, verificou-se que apenas os recursos na família (ver Gráfico 1) e o autoconceito (ver Gráfico 2) apresentam um efeito moderador do impacto dos acontecimentos de vida negativos no bem-estar geral, dado que apenas estes factores parecem manter os níveis de bem-estar independentemente dos níveis de acontecimentos de vida negativos. Mais concretamente verificou-se um efeito principal dos recursos na família ($F(1,375)=42.59$, $p < .001$) e dos acontecimentos de vida negativos ($F(2,375)=4.46$, $p < .05$) no bem-estar global. O efeito principal dos recursos na família mostrou que existem diferenças ao nível do bem-estar global em função dos níveis de recursos na família: os adolescentes com mais recursos na família apresentaram valores mais elevados de bem-estar ($M=36.08$, $DP=.51$) comparativamente com os adolescentes que referiram níveis mais baixos de recursos

na família ($M=31.58$, $DP=.46$). O efeito principal dos acontecimentos de vida negativos mostrou que existem diferenças ao nível do bem-estar global em função dos níveis de acontecimentos de vida negativos: os adolescentes que não tiveram acontecimentos de vida negativos ($M=34.51$, $DP=.52$) e os adolescentes que tiveram poucos acontecimentos de vida negativos nos últimos 12 meses ($M=34.82$, $DP=.40$) apresentaram valores mais elevados de bem-estar comparativamente com os adolescentes que tiveram muitos acontecimentos de vida negativos ($M=32.16$, $DP=.80$). Estes efeitos principais foram qualificados por uma interação significativa entre os dois factores em estudo ($F(2,375)=4.88$, $p<.01$). Os adolescentes com níveis elevados de recursos na família mantêm os seus níveis de bem-estar global na ausência de acontecimentos de vida negativos ($M=36.00$, $DP=.80$), ou na presença de poucos ($M=36.07$, $DP=.59$) ou muitos acontecimentos de vida negativos ($M=36.17$, $DP=1.17$), enquanto os jovens com baixos recursos na família diminuem significativamente os níveis de bem-estar global na presença de muitos acontecimentos de vida negativos ($M=28.16$, $DP=1.10$) comparativamente com os adolescentes com poucos ($M=33.57$, $DP=.53$) ou nenhuns acontecimentos de vida negativos ($M=33.03$, $DP=.66$).

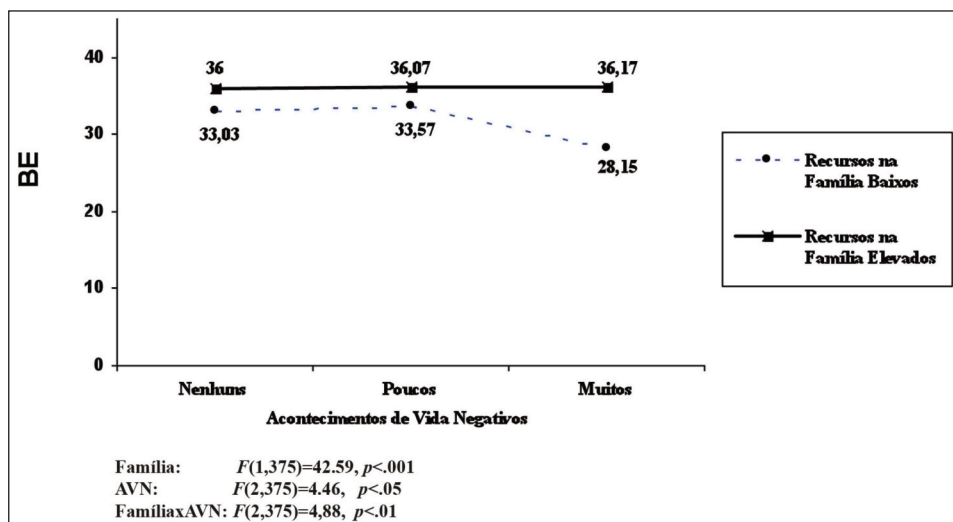


Gráfico 1

Análise da relação entre acontecimentos de vida negativos, bem-estar global (BE) e os recursos na família

Foi ainda possível verificar o efeito moderador do auto-conceito na relação entre os acontecimentos de vida negativos e o bem-estar global. O efeito principal do auto-conceito ($F(1,348)=57.98$, $p<.001$) mostrou que existem diferenças ao nível do bem-estar global em função do auto-conceito: os adolescentes com níveis mais elevados do auto-conceito apresentaram valores mais elevados de bem-estar ($M=35.93$, $DP=.46$) comparativamente com os adolescentes que referiram níveis mais baixos

do auto-conceito ($M=30.42, DP=.56$). O efeito principal dos acontecimentos de vida negativos ($F(2,348)=5.04, p<.01$) mostrou que existem diferenças ao nível do bem-estar global em função dos níveis de acontecimentos de vida negativos: os adolescentes que não tiveram acontecimentos de vida negativos ($M=33.90, DP=.56$) e os adolescentes que tiveram poucos acontecimentos de vida negativos nos últimos 12 meses ($M=34.28, DP=.41$) apresentam valores mais elevados de bem-estar comparativamente com os adolescentes que tiveram muitos acontecimentos de vida negativos ($M=31.34, DP=.83$). Estes efeitos principais foram qualificados por uma interacção significativa entre os dois factores em estudo ($F(2,348)=4.17, p<.05$). Os adolescentes com níveis elevados de auto-conceito mantêm os seus níveis de bem-estar global na ausência de acontecimentos de vida negativos ($M=35.68, DP=.66$), ou na presença de poucos ($M=36.26, DP=.48$) ou muitos acontecimentos de vida negativos ($M=35.83, DP=1.12$), enquanto os jovens com níveis mais baixos de auto-conceito diminuem significativamente os níveis de bem-estar global na presença de muitos acontecimentos de vida negativos ($M=26.85, DP=1.23$) comparativamente com os adolescentes com poucos ($M=32.29, DP=.67$) ou nenhuns acontecimentos de vida negativos ($M=32.11, DP=.90$).

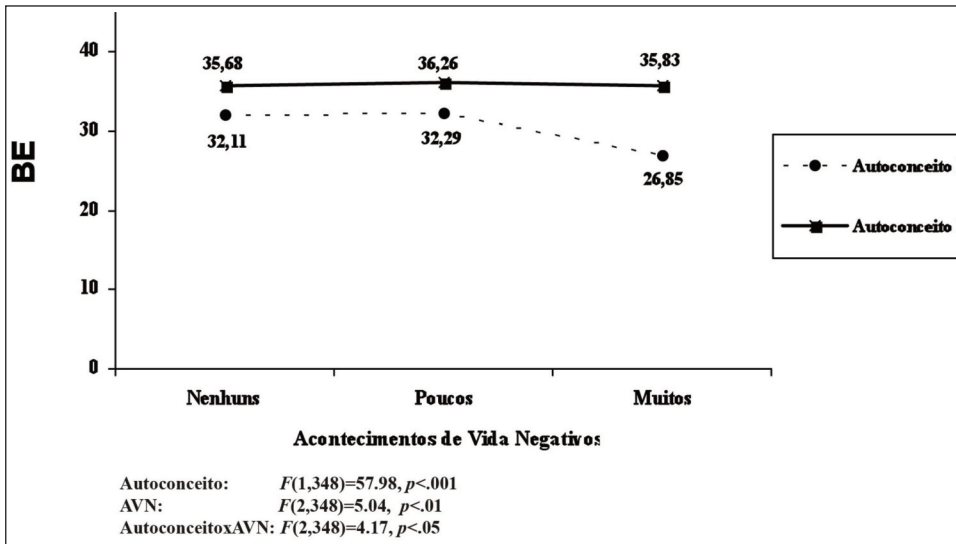


Gráfico 2

Análise da relação entre acontecimentos de vida negativos, bem-estar global (BE) e o auto-conceito

Estudo Qualitativo

Os resultados obtidos no estudo qualitativo, realizado apenas com adolescentes com NEE, vão ao encontro dos resultados obtidos no estudo quantitativo. Analisando cada uma das temáticas abordadas (comportamentos relacionados com a saúde, ambiente familiar, relações com os pares e ambiente escolar), foi possível verificar que

os adolescentes com NEE referem interesses, necessidades e problemas apontados como comuns durante esta etapa da vida. Concretamente, no campo dos comportamentos associados à saúde, verificou-se que ao nível da alimentação, consumo de substâncias, tempos livres, sexualidade e sintomas psicológicos as questões levantadas envolvem de um modo geral uma alimentação pouco equilibrada, a experimentação de substâncias, envolvimento em comportamentos de *bullying*, o preenchimento dos tempos livres com actividades sedentárias, como ver televisão e jogar computador, problemas emocionais e problemas com a imagem do corpo, e a iniciação da actividade sexual.

As frases que se seguem foram extraídas da discussão realizada com os adolescentes e ilustrativas das questões acima mencionadas:

“Às vezes como muitos doces... doces, esparguete com hambúrgueres e batatas fritas, é isso”

“Vejo televisão, as minhas novelas...”,

“Eu quero emagrecer, ando em dieta..”

“Eu, bebo, mas é só mais ou menos nas festas, quando o meu pai não está a ver”.

“Essas pessoas (adolescentes com NEE) quando se sentem tristes ou sozinhas é de ser gozadas, elas querem ficar um pouco sozinhas para pensar um pouco na vida, eu no meu caso nunca pensei nesse caso, nunca senti, só um pouco, às vezes, de vez em quando, mas nunca fico muito tempo triste como alguns ficam...”

“Eu acho que depende porque é assim, eu encaro a minha deficiência bem, mas há pessoas que se calhar não encaram tão bem e por isso ficam tristes...”

“Os que têm apoio são mais provocados que os que não têm. Eu acho que isso está mal”.

“... eu sou virgem e a minha relação sexual há-de ser com uma rapariga que eu goste e que eu tenha a certeza que ela gosta de mim”

“Eu não falo de sexo, nem com os amigos, nem com as amigas. Com ninguém”

“Eu acho que as pessoas quando fazem relações sexuais têm de ter cuidado, não correr riscos e depois os mais novos têm de ter mais cuidado”

A importância das relações interpessoais nos vários contextos de vida foi também um importante tema de debate. Durante a adolescência as interacções sociais estendem-se do núcleo familiar para outros contextos sociais com os seus pares e outros adultos. À semelhança do que foi verificado no estudo quantitativo, também neste estudo se tornou saliente o facto dos adolescentes com NEE possuírem, de um modo geral, menos amigos que os adolescentes sem NEE, bem como o facto dos adolescentes com NEE valorizarem bastante a escola.

“Os que não têm apoio têm mais (amigos)”

“Eu acho que é, pronto, como já disse os amigos que tenho são os meus colegas de turma, os meus colegas de escola, mas depende, isto é assim, às vezes há quem seja simpático e até ajude as pessoas com deficiência e depois há aquelas que

olham para o deficiente e olham logo para o outro lado. Mas eu acho que, pronto, ao se ter deficiência também se pode ter amigos. Eu acho”.

“Eu, no meu caso, eu gosto muito da escola. Quando acabar o 12º ano não sei como é que vai ser, tenho de arranjar um emprego porque senão vai ser muito mau para mim... mas isso é um bocado mais complicado. É porque é assim, eu gosto muito da escola mas na faculdade há muitas complicações e depois estou longe de casa...”

“Há quem ache a escola uma seca, há quem não goste, há quem goste, mas acho que a escola é importante para o futuro”

“Gosto muito de estar na escola”

Programa de Promoção da Saúde e Resiliência

Na base da construção do programa e definição das suas componentes encontra-se: (1) o modelo de Benard (1999), que serviu também de suporte à escala de resiliência que fazia parte do questionário aplicado aos adolescentes com NEE, acima reportada; (2) os dados empíricos obtidos nos estudos realizados no âmbito do projecto, e que apontam para a importância dos recursos externos (família, pares, escola, comunidade) e dos recursos internos (competências pessoais e sociais) como factores de protecção para o bem-estar e saúde dos adolescentes com NEE. Neste contexto destacam-se ainda a importância dos recursos na família e do autoconceito que se revelaram verdadeiros factores de resiliência dado conseguirem manter os níveis de bem-estar destes adolescentes face a níveis elevados de adversidade; (3) a experiência da equipa de investigação do projecto na implementação de programas de promoção de competências pessoais e sociais em diversos contextos.

O programa desenvolvido centrou-se na promoção de competências pessoais e sociais determinantes para autonomia, resiliência e inclusão dos jovens com NEE e apresenta 10 componentes, organizadas em dois grupos (Simões, Matos, Tomé, Ferreira, & Equipa do Projecto Aventura Social, 2009):

- Recursos externos (família, pares, escola, comunidade)
 - Ligações afectivas
 - Expectativas elevadas
 - Oportunidades de participação
- Recursos internos
 - Cooperação e comunicação
 - Empatia
 - Resolução de problemas
 - Auto-eficácia
 - Autoconhecimento
 - Objectivos e aspirações
 - Auto-estima

Formação de Pais e Técnicos

A avaliação das acções de formação, efectuada através de questionários de auto-preenchimento realizados no final de cada uma das acções, mostrou que a maioria dos participantes considerou a formação foi muito interessante e muito útil (cerca de 60%) sendo que os restantes referiram que a formação foi interessante e útil. Mais de 97% dos participantes referiram ainda que gostaram muito da acção de formação. No que diz respeito ao nível de satisfação com as diversas componentes da formação, a maioria dos participantes referiu ter gostado muito das várias componentes, com especial destaque para a introdução/apresentação, bem como da discussão final.

Em relação aos conhecimentos adquiridos, verificou-se que a maioria dos formandos reportou ter adquirido conhecimentos nas áreas da adolescência e da resiliência. No que diz respeito ao nível de competências após a frequência da acção, praticamente a totalidade dos participantes (94% a 100%) referiu estar mais preparado para ajudar os adolescentes a acreditar nas suas capacidades, a criar planos para o futuro, a lidar com os seus problemas, a melhorar a sua auto-estima, a valorizar e reforçar os comportamentos positivos, sentindo-se mais capazes de os ajudar a conseguir aquilo a que se propõem. A maioria dos participantes refere ainda estar mais confiante nas capacidades dos adolescentes (61%) e também mais confiante para manifestar os seus sentimentos em relação aos seus filhos/alunos (69%). De destacar ainda que mais de metade dos participantes na acção de formação referiu ainda estar mais preparado para falar com os adolescentes sobre as questões que o preocupam (61%), bem como para fazer actividades em conjunto com os adolescentes (58%).

Em relação à oportunidade de participação numa formação semelhante, a totalidade dos participantes referiu que viria novamente a uma formação deste tipo.

DISCUSSÃO

Ao longo deste trabalho, que teve como objectivos conhecer os comportamentos e estilos de vida dos adolescentes com necessidades educativas especiais e os factores associados ao seu bem-estar, foi possível verificar que estes adolescentes são confrontados com os desafios próprios da adolescência, mas em muitos casos com outros desafios determinados por factores pessoais ou ambientais. Como já se referiu na introdução teórica deste trabalho, o conceito de resiliência parece ter uma especial importância para este grupo de adolescentes para que consigam ultrapassar com sucesso os múltiplos desafios e problemas com que são confrontados, nomeadamente, o sucesso académico, o estabelecimento de interacções adequadas com os pares e a adopção de comportamentos de saúde, entre outros. Para que o desenvolvimento positivo destes adolescentes seja uma realidade, e também para que estes adolescentes tenham as mesmas oportunidades que os adolescentes sem NEE, reveste-se de uma grande importância a promoção de factores de protecção e de resiliência, mais especifica-

mente no contexto familiar, escolar e comunitário, bem como recursos pessoais, como é o caso das competências pessoais e sociais. Tais factores devem ser promovidos não só directamente junto dos adolescentes com NEE's mas também junto dos elementos significativos que contactam com eles nos principais contextos de vida. Os resultados obtidos a partir deste estudo reforçam a investigação já desenvolvida neste âmbito (Benard, 1999; Grotberg, 1995, 1997, 1998). Este estudo veio ainda realçar o papel de destaque da família e do autoconceito que se revelaram como verdadeiros factores de resiliência dado conseguirem manter os níveis de bem-estar global dos sujeitos face a níveis elevados de adversidade.

Perante estes resultados desenvolveu-se um programa de promoção da saúde e resiliência, centrado na importância da promoção das ligações afectivas, no reforço de expectativas positivas, no incremento de oportunidades de participação nos principais contextos de vida e no desenvolvimento de competências pessoais e sociais, como comunicação e cooperação, empatia, auto-eficácia, resolução de problemas, objectivos e aspirações, autoconhecimento e auto-estima.

A aplicação experimental do programa, junto de pais, professores e outros técnicos, parece indicar que o programa é relevante para a aquisição de conhecimentos relacionados com a adolescência, a resiliência, as necessidades e qualidades especiais dos adolescentes com NEE's, bem como para a aquisição de competências fundamentais para a promoção de factores de protecção e de resiliência junto destes adolescentes. Estes dados vêm reforçar uma noção veiculada por vários autores (Matos, Gonçalves, Dias, Gaspar, & Simões, 2003) e que aponta para o facto de que qualquer trabalho de acção directa sobre o indivíduo deverá abordar os seus contextos de vida e envolver os seus intervenientes, no sentido de se obter uma diminuição do risco e uma activação dos recursos de apoio.

Apesar do importante contributo que este trabalho trouxe para o conhecimento dos comportamentos e estilos de vida dos adolescentes com NEE e dos factores e processos de resiliência neste grupo de adolescentes, pensa-se ser importante a realização de um estudo mais detalhado tendo em conta os diversos grupos de adolescentes enquadrados no âmbito das NEE's, considerando que a heterogeneidade de problemáticas incluídas nesta categoria genérica é muito grande. Deste modo poderá ser possível aprofundar ou encontrar outros processos ou factores de resiliência associados a grupos específicos dentro das NEE's. Também a implementação deste programa junto dos adolescentes com NEE's, para além do trabalho com pais e professores, parece ser um aspecto muito importante de modo a reforçar a acção (conjugada e multidisciplinar) destes programas sobre os vários intervenientes no processo e assim potenciar os seus benefícios.

Para finalizar, referênciamos algumas limitações do estudo, nomeadamente a reduzida adesão das escolas, possivelmente pelo facto de não estarem sinalizados alunos com NEE nas escolas em questão. Também o facto da população ser muito heterogénea e ter necessidade de diferentes tipos e graus de apoio para o preenchimento do questionário poderá de algum modo ter tido impacto nos resultados. Sa-

lianta-se ainda o facto do estudo qualitativo ter utilizado uma amostra de conveniência (apesar de descentralizada geograficamente). Este aspecto aliado à reduzida adesão das escolas limita a generalização dos resultados à população.

REFERÊNCIAS

- Anderson, E. M., & Clarke, L. (1982). *Disability in adolescence*. London: Methuen.
- Beauvais, F., & Oetting, E. R. (1999). Drug use, resilience, and the myth of golden child. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 101-107). New York: Klumer Academic / Plenum Publishers.
- Beck, J. S., Beck, A. T., & Jolly, J. B. (2001). *Beck Youth Inventories*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Benard, B. (1999). Applications of resilience: Possibilities and promise. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 269-277). New York: Klumer Academic / Plenum Publishers.
- Calderon, J. L., Baker, R. S., & Wolf, K. E. (2000). Focus groups: A qualitative method complementing quantitative research for studying culturally diverse groups. *Education for Health*, 13(1), 91-95.
- Callahan, S., Rogé, B., Cardénal, M., Cayrou, S., & Sztulman, H. (2001). Le contrôle et la résilience du moi: Traduction des Échelles et premiers éléments des études de la fidélité et de la validité. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 11(4), 144-150.
- Carnegie Corporation of New York (1995). Great transitions: Preparing adolescents for a new century Retrieved 20-09-2002, from http://www.carnegie.org/sub/pubs/reports/great_transitions
- CHKS (2000). *Resilience Module*. Los Alamitos: California Healthy Kids Program Office.
- Currie, C., Smith, R., Boyce, W., & Smith, R. (2001). *HBSC, a WHO cross national study: Research protocol for the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO.
- European Agency for Development in Special Needs Education (2004). Key Principles for Special Needs Education Recommendations for Policy Makers Available from http://www.european-agency.org/publications/agency_publications/
- Garnezy, N. (1987). Stress, competence, and development: Continuities in the study of schizophrenics adults, children vulnerable to psychopathology, and the search for stress-resistant children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(2), 159-174.
- Garnezy, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry*, 56, 127-136.
- Garnezy, N. (1999). Resilience: An interview with Norman Garnezy. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 5-14). New York: Klumer Academic / Plenum Publishers.
- Gaspar, T., & Matos, M. G. C. (2008). *Qualidade de vida em crianças e adolescentes - Versão Portuguesa dos instrumentos Kidscreen 52*. Lisboa: Aventura Social e Saúde.
- Gore, S., & Eckenrode, J. (1996). Context and process in research on risk and resilience. In R. J. Haggerty, L. R. Sherrod, N. Garnezy & M. Rutter (Eds.), *Stress, risk, and resilience in children and adolescents: Processes, mechanisms, and interventions* (pp. 19-63). New York: Cambridge University Press.

Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. The Hague: The Bernard van Leer Foundation.

Grotberg, E. H. (1997). The international resilience project. *Annual Convention, International Council of Psychologists*. Retrieved 20-06-2002, from <http://resilnet.uiuc.edu/library/grotb98a.html>

Grotberg, E. H. (1998). I am, I have, I can: What families worldwide taught us about resilience. *Reaching Today's Youth*, 2(3), 36-39.

Hauser, S. T., Vieyra, M. A., Jacobson, A. M., & Wertreib, D. (1985). Vulnerability and resilience in adolescence: Views from the family. *Journal of Early Adolescence*, 5(1), 81-100.

Johnson, J. H. (1986). *Life events as stressors in childhood and adolescence*. Beverly Hills: Sage Publications.

Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562.

Masten, A. S. (1999). Resilience comes of age: Reflections on the past and outlook for the next generation of research. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 281-296). New York: Klumer Academic / Plenum Publishers.

Masten, A. S., Hubbard, J. J., Gest, S. D., Tellegen, A., Garmezy, N., & Ramirez, M. (1999). Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Developmental Psychology*, 11, 143-169.

Matos, M. G., & Equipa do Projecto Aventura Social (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: Edições FMH.

Matos, M. G., Gonçalves, A., Dias, S., Gaspar, T., & Simões, C. (2003, Dezembro). *Educação pelos pares: Promoção de competências pessoais e sociais na prevenção do VIH/SIDA nos adolescentes*. Paper presented at the "1as Jornadas de Educação para a Saúde e para a Sexualidade: A Importância da Educação pelos Pares", Lisboa.

Matos, M. G., Simões, C., Carvalhosa, S. F., Reis, C., & Canha, L. (2000). *A saúde dos adolescentes portugueses: Estudo nacional da rede europeia, HBSC / OMS (1998)*. FMH/PEPT.

Matos, M. G., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J. A., et al. (2006). A saúde dos adolescentes portugueses: Hoje em 8 anos. Retrieved 20-12-2006, from <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/191206/nacional.pdf>

McWhirter, J. J., McWhirter, B. T., McWhirter, A. M., & McWhirter, E. H. (1998). *At-risk youth: A comprehensive response* (2nd ed.). Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing Company.

Pereira, A. M. S. (2001). Resiliência, personalidade, stress e estratégias de coping. In J. Tavares (Ed.), *Resiliência e educação* (pp. 77-94). São Paulo: Cortez Editora.

Ralha-Simões, H. (2001). Resiliência e desenvolvimento pessoal. In J. Tavares (Ed.), *Resiliência e educação* (pp. 95-113). São Paulo: Cortez Editora.

Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331.

Rutter, M. (1996). Stress research: Accomplishments and tasks ahead. In R. J. Haggerty, L. R. Sherrod, N. Garmezy & M. Rutter (Eds.), *Stress, risk, and resilience in children and adolescents: Processes, mechanisms, and interventions* (pp. 354-385). New York: Cambridge University Press.

Simões, C. (2000). Adolescência, saúde e comportamento desviante. In M. G. Matos, C. Simões & S. F. Carvalhosa (Eds.), *Desenvolvimento de competências de vida na prevenção do desajustamento social* (pp. 109-119). Lisboa: IRS /MJ.

Simões, C. (2005). Resiliência, Saúde e Desenvolvimento. In M. G. Matos (Ed.), *Comunicação e gestão de conflitos e saúde na escola*. Lisboa: CDI/FMH.

Simões, C. (2007). *Comportamentos de risco na adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian / Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

Simões, C., Matos, M. G., Tomé, G., & Ferreira, M. (2008). Impact of negative life events on positive health in a population of adolescents with special needs, and protective factors. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 8(1), 53-65.

Simões, C., Matos, M. G., Tomé, G., Ferreira, M., & Equipa do Projecto Aventura Social (2009). *Ultrapassar adversidades e vencer os desafios: Manual de promoção da resiliência na adolescência*. Lisboa: Aventura Social & Saúde/FMH.

Simões, C., Matos, M. G., Tomé, G. F., M., Gaspar, T., Camacho, I., Lebre, P., et al. (no prelo). *Risco e Resiliência na Infância e Adolescência*. Resiliência e Risco em Adolescentes com Necessidades Educativas Especiais: Da Investigação à Intervenção Preventiva Selectiva. In M. R. L. Xavier (Ed.), *Risco e Resiliência na Infância e Adolescência*. Porto: Universidade Católica do Porto.

Simões, C., Matos, M. G. d., Tomé, G., Ferreira, M., Lebre, P., Sousa, A., et al. (2007). *Risk and Resilience in Adolescents with Special Educational Needs*. Paper presented at the Xth European Congress of Psychology, Prague – Czech Republic.

Werner, E. E., & Johnson, J. L. (1999). Can we apply resilience? In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 259-268). New York: Klumer Academic / Plenum Publishers.

Werner, E. E., & Smith, R. S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience and recovery*. New York: Cornell University Press.

