



Instituto Politécnico de Leiria  
Escola Superior de Educação e Ciências Sociais  
Escola Superior de Saúde

Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo

**Adaptação e Validação da Escala GenCat de  
Qualidade de Vida para a População Adulta  
Portuguesa com Deficiência**

Cátia Margarida Santos Silva

Leiria, março, 2016



Instituto Politécnico de Leiria  
Escola Superior de Educação e Ciências Sociais  
Escola Superior de Saúde

Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo

**Adaptação e Validação da Escala GenCat de  
Qualidade de Vida para a População Adulta  
Portuguesa com Deficiência**

Dissertação

Autor e n<sup>o</sup> de estudante:

Cátia Margarida Santos Silva, 5130381

Professor Orientador:

José Carlos Quaresma

Leiria, março, 2016

## **AGRADECIMENTOS**

Para que este trabalho tivesse sido possível, foi necessária a colaboração de várias pessoas e entidades associativas. Pretendo expressar os meus sinceros agradecimentos a todos os colaboradores que contribuíram largamente para a concretização da investigação que aqui se apresenta, nomeadamente:

Às direções e colaboradores das instituições que participaram neste estudo que disponibilizaram recursos e tempo no preenchimento de todos os formulários.

Ao paciente e dedicado professor Carlos Quaresma, que num clima de confiança e dedicação, prestou apoio nos momentos de desmotivação e tempo nos de motivação.

Às pessoas com deficiência e suas famílias que permitiram, em anonimato, a recolha de informações e dados.

Ao CRIA, instituição onde trabalho, que disponibilizou a rede de contactos para a recolha da amostra.

À minha família que me animou em momentos de maior frustração e que renunciou a momentos de convívio e partilha para que este trabalho fosse terminado.

Aos meus amigos, família de coração, pelo carinho, apoio e partilha nos momentos de dúvidas e maior desânimo.

## **LISTA DE SIGLAS**

QV – Qualidade de Vida

WHO – World Health Organization

OMS – Organização Mundial de Saúde

DGS – Direção Geral de Saúde

AAMR - American Association on Mental Retardation

APA – Associação de Psiquiatria Americana

CID – Classificação Internacional de Doenças

PEA - Perturbações do Espectro do Autismo

DSM - Manual para o Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

## **RESUMO**

Para melhorar o apoio social prestado às pessoas com deficiência em Portugal, urge perceber como esta população percebe a própria Qualidade de Vida (QV). Este trabalho tem como objetivos: adaptar e validar a escala Gencat de Qualidade de vida à população portuguesa adulta com deficiência; estudar como se manifesta a Qualidade de Vida na população portuguesa adulta com deficiência; analisar a relação de QV com algumas variáveis socio demográficas da população portuguesa adulta com deficiência, tipos de incapacidades e gravidade da amostra.

A escala Gencat foi aplicada a 303 pessoas com perturbações motoras, sensitivas e/ou do desenvolvimento. Foi realizada a caracterização sociodemográfica do informador e da pessoa avaliada e a caracterização da gravidade da perturbação sofrida.

O estudo psicométrico resultou numa escala de 54 itens e 8 domínios: Autodeterminação, Suporte Institucional, Satisfação Ocupacional, Bem-Estar Emocional, Inclusão Social, Condições Habitacionais e Comunitárias, Auto-eficácia e Bem-estar Físico. A escala apresenta boas propriedades psicométricas.

A idade está inversamente correlacionada com as dimensões apoio institucional e bem-estar físico da escala de Gencat. A população analfabeta apresenta menor QV global, nomeadamente na autodeterminação, suporte institucional, inclusão social e bem-estar físico. As pessoas institucionalizadas relativamente às que vivem em contexto familiar apresentam valores mais baixos de QV, nomeadamente na autodeterminação, suporte institucional, inclusão social e auto-eficácia, mas apresentam pontuações melhores condições habitacionais e comunitárias.

O grau de incapacidade e a intensidade das perturbações cognitiva, motora, autismo e cegueira correlaciona-se inversamente com a QV, nomeadamente na autodeterminação, no suporte institucional, na inclusão social e o bem-estar físico.

**Palavras-chave:** Qualidade de Vida, Deficiência e Gencat.

## **ABSTRACT**

To improve social support provided persons with disabilities in Portugal, it's necessary to understand how this population experience their own Quality of Life (QoL). The objectives of the study are: to adapt and validate Gencat scale for portuguese adult people with disability; study how QoL manifests in portuguese adult population with disability; analyse relation between QoL and some clinical and socio demographic variables and disabilities' severity.

Gencat scale was applied to 303 people with motor, sensory and/or development disabilities. It has collected sociodemographic information from the informant and the person evaluated and characterization of disabilities' severity it has been developed a questionnaire.

The psychometric study resulted in scale with 54 items and 8 domains: Self-determination, Institutional support, Occupational Satisfaction, Emotional wellbeing, Social Inclusion, Housing and community conditions, Self-efficacy and Physical wellbeing. The scale enhance good psychometric properties.

Age is negative correlated with institutional support and physical wellbeing. The illiterate population presents lower levels of global QoL, specifically self-determination, institutional support, social inclusion and physical well-being. People institutionalized feature lower values of global QoL, particularly self-determination, institutional support, social inclusion and mood, but present high scores in housing and community conditions than those who live in family context.

Severity of cognitive, motor, autism incapacity and blindness negative correlate with global QoL, specifically self-determination, institutional support, social inclusion and physical wellbeing. The last two also correlate inversely with the emotional well-being and mood.

**Keywords:** Quality of Life; Disability; Gencat.

## **ÍNDICE**

### **INTRODUÇÃO 10**

#### **1. REVISÃO DA LITERATURA 12**

##### **1.1. A CONDIÇÃO DE DEFICIÊNCIA 12**

###### **1.1.1. Perturbação Cognitiva 14**

###### **1.1.2. Deficiência Motora 15**

###### **1.1.3. Perturbação do Espectro do Autismo 15**

###### **1.1.4. Cegueira e Ambliopia 17**

###### **1.1.5. Surdez 18**

##### **1.2. QUALIDADE DE VIDA 19**

###### **1.2.1. Qualidade de Vida nas Pessoas com Deficiência 20**

###### **1.2.2 Avaliação da Qualidade de Vida 23**

#### **2. MATERIAL E MÉTODOS 25**

##### **2.1. HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO 26**

##### **2.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA EM ESTUDO 26**

##### **2.3. INSTRUMENTOS PARA COLHEITA DE DADOS 28**

###### **2.3.1. Avaliação Subjetiva da Deficiência 29**

###### **2.3.2. Escala Gencat 33**

###### **2.3.3. Aplicação-Piloto 34**

##### **2.4. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS 35**

##### **2.5. TRATAMENTO ESTATÍSTICO 36**

#### **3. RESULTADOS 37**

##### **3.1. CARACTERIZAÇÃO DAS AMOSTRAS 37**

**3.1.1. Caracterização dos Informadores 37**

**3.1.2. Caracterização das Pessoas com Deficiência 40**

**3.2. ESTUDO PSICOMÉTRICO DA ESCALA DE GENCAT 43**

**3.3. HIPÓTESES EM ESTUDO 54**

**4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 67**

**5. CONCLUSÃO 74**

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 77**

**ANEXOS**

ANEXO 1: Formulários para recolha de dados

ANEXO 2: Manual de Preenchimento

ANEXO 3: E-mail enviado às direções das instituições a solicitar colaboração

ANEXO 4: Consentimento Informado dirigido aos presidentes das instituições

ANEXO 5: Consentimento Informado para os participantes no estudo

ANEXO 6: Estrutura da escala Gencat para a população portuguesa adulta com deficiência

## **ÍNDICE DE TABELAS**

**Tabela 1** - Escalas de Avaliação da QV validadas para a população portuguesa 24

**Tabela 2** - Distribuição da amostra (pessoas com deficiência) por distritos 27

**Tabela 3** - Caraterização da amostra relativamente ao sexo dos informadores 37

**Tabela 4** - Caraterização dos informadores, relativamente à idade 37

**Tabela 5** - Caraterização dos informadores, relativamente às habilitações académicas 38

**Tabela 6** - Caraterização dos informadores, relativamente à relação profissional com a pessoa avaliada 39

**Tabela 7** - Caraterização dos informadores relativamente ao tempo de trabalho específico na área da deficiência 39

**Tabela 8** - Caraterização dos informadores, relativamente aos anos que conhece a pessoa avaliada 39

**Tabela 9** - Caraterização das pessoas com deficiência, relativamente ao sexo 40

**Tabela 10** - Caraterização das pessoas com deficiência, relativamente à idade 40

**Tabela 11** - Caraterização das pessoas com deficiência, relativamente ao grau de incapacidade 40

**Tabela 12** – Caraterização das pessoas com deficiência, relativamente à condição habitacional 41

**Tabela 13** - Caraterização das pessoas com deficiência, relativamente às habilitações académicas 41

**Tabela 14** - Caraterização das pessoas com deficiência, relativamente à perturbação cognitiva 42

**Tabela 15** - Caraterização da amostra, relativamente à deficiência motora ou física 42

**Tabela 16** - Caraterização da amostra, relativamente à perturbação do espectro do autismo 43

**Tabela 17** - Caraterização da amostra, relativamente à deficiência auditiva 43

**Tabela 18** - Valores de Alfa de Cronbach da escala Gencat 45

**Tabela 19** - Correlações de cada item da escala de Gencat com a nota global e alfa de Cronbach 45

**Tabela 20** - Índice de discriminação dos itens aos extremos da escala Gencat 47

**Tabela 21** – Valor de KMO 48

**Tabela 22** - Análise fatorial dos componentes principais da escala Gencat e sua variância 49

**Tabela 23** - Estrutura fatorial e respectivos loadings 51

**Tabela 24** - Valores de alfa de Cronbach dos domínios da escala Gencat 53

**Tabela 25** - Correlações dos fatores com a escala Gencat 53

**Tabela 26** - Caracterização das pessoas com deficiência, relativamente à QV 54

**Tabela 27** - Médias, desvios padrões e *t de student* das pessoas com deficiência, por sexo 55

**Tabela 28** - Correlação entre idade e a QV das pessoas com deficiência 55

**Tabela 29** - Médias, desvios padrões e *t de student* da QV das pessoas com deficiência, por grau de incapacidade 56

**Tabela 30** - Médias, desvios padrões e *t de student* da QV das pessoas com deficiência, por condição habitacional 58

**Tabela 31** - Médias e desvios da QV das pessoas com deficiência, por habilitação académica 60

**Tabela 32** - Análise de variância da QV das pessoas com deficiência, por habilitação académica 60

**Tabela 33** - Análise de variância na QV, autodeterminação, suporte institucional, bem-estar emocional, inclusão social e bem-estar físico, utilizando o teste de Bonferroni 61

**Tabela 34** - Correlação da gravidade da perturbação e da QV e seus domínios sofrimento, nas pessoas com deficiência 64

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

**Gráfico 1** - Gráfico de escapa dos valores próprios

## **INTRODUÇÃO**

Quando vulgarmente se pensa ou fala da deficiência esta é de imediato associada à dependência, à perda de autonomia e às dificuldades de adaptação na comunidade. Raramente se tem em conta as barreiras físicas e sociais criadas pela comunidade, as quais exacerbam as incapacidades que a própria deficiência causa.

Margaret Chan, diretora geral da Organização Mundial de Saúde (OMS), e Robert Zoellick, presidente do grupo de banco mundial, reforçam no Relatório Mundial sobre a Deficiência, a situação de desvantagem social que as pessoas com deficiência acabam por sofrer. Afirmam que em todo o mundo, as pessoas com deficiência apresentam piores perspectivas de saúde, níveis inferiores de escolaridade, menor participação económica e taxas de pobreza mais elevadas relativamente ao resto da população (World Health Organization - WHO, 2011).

Para compreensão desta investigação, deve-se ter presente que, numa sociedade competitiva focada no ter e no haver, as pessoas com deficiência acabam por ter uma participação ativa cada vez menor, beneficiando, na maioria das vezes, do único suporte disponível, o apoio social.

Cabe assim às instituições que lhes prestam este apoio proporcionar uma vida plena com qualidade, minimizando as desvantagens sofridas e proporcionando às pessoas com deficiência uma melhoria da Qualidade de Vida (QV).

As instituições e os seus serviços deverão desenvolver os seus apoios de acordo com os níveis de satisfação e bem-estar dos utilizadores, tendo em conta as várias dimensões da sua vida, sejam elas emocionais, económicas, de autodeterminação ou mesmo de participação ativa na sociedade civil.

Para melhorar o trabalho social desenvolvido em Portugal, urge perceber como a QV se diferencia e manifesta na população com deficiência, para que as políticas sociais respondam de forma adequada, real e próxima às suas necessidades.

Este estudo pretende ser um contributo para compreender em que sentido as respostas sociais existentes em Portugal promovem a QV das pessoas com deficiência; e de que forma estas respostas sociais podem melhorar a vida desta população.

Apesar da pertinência em descortinar e compreender a QV das pessoas com deficiência, a dificuldade de a medir quantitativamente é conhecida dos profissionais que trabalham com esta população, devido aos problemas de compreensão e expressão associados. Daí que Schalock, Brown, Cummins, Felce, Matikka, Keith e Parmenter (2002) refiram a necessidade de conhecer a perceção dos pais, companheiros e serviços sociais que as acompanham nos diferentes contextos. Para além destas multi perceções torna-se necessário identificar as preferências e escolhas individuais através dos sinais e das respostas não-verbais (comportamentos, emoções, etc.).

De modo a aceder a informações conclusivas sobre a QV desta população, foi desenvolvida no âmbito do Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo, esta investigação cujos objetivos são:

- Adaptar e validar a Escala GENCAT de Qualidade de vida à população portuguesa adulta com deficiência.
- Estudar como se manifesta a Qualidade de Vida na população portuguesa adulta com deficiência.
- Analisar a relação de QV com algumas variáveis socio demográficas da população portuguesa adulta com deficiência, tipos de incapacidades e gravidade da amostra.

Para estudar os objetivos enunciados, foi adotada uma metodologia na qual foram utilizados três procedimentos diferentes e complementares: revisão da literatura, estudo psicométrico da escala Gencat e estudo correlacional entre variáveis clínicas e sociodemográficas da amostra. Os procedimentos estão organizados neste trabalho em quatro capítulos: Revisão da Literatura, Material e Métodos, Resultados e Discussão dos Resultados.

## **1. REVISÃO DA LITERATURA**

Neste capítulo, são apresentados os principais conceitos, definições e modelos, através de uma revisão bibliográfica da temática deste trabalho. Subdivide-se nos dois temas que dão mote a este trabalho: A Deficiência e a QV.

### **1.1. A CONDIÇÃO DE DEFICIÊNCIA**

Neste capítulo faz-se uma revisão da literatura sobre a deficiência, o seu conceito e as características das várias deficiências avaliadas neste estudo.

O conceito de deficiência está intimamente relacionado com a noção de normalidade e do expectável. Pode-se afirmar que a deficiência é definida como um desvio ou perda relativamente ao padrão biomédico do corpo e das suas funções (Organização Mundial de Saúde (OMS) e Direção Geral de Saúde (DGS), 2004; Vale, 2009).

Quando se considera o modelo biomédico, remete-se para o que é esperado na maioria da população, mas a prevalência da condição de deficiência é superior ao que ingenuamente se imagina. Estima-se que mais de um bilião de pessoas vivam alguma forma de deficiência, algo próximo de 15% da população mundial (WHO, 2011).

A deficiência é vista como uma situação mental, psicológica, física ou sensorial intrínseca ao indivíduo. Esta noção, de acordo com Murphy, O'Shea, Cooney e Casey (2007), é muito associada ao modelo biomédico da deficiência, que vê a deficiência como um problema individual diretamente causado por uma doença, trauma ou condições de saúde

Vários autores têm referido que a deficiência não tem sempre uma relação direta com a sua desadaptação e/ou incapacidade, mas que é a própria sociedade que cria barreiras à sua integração social, económica, política, entre outras. Esta ideia é reforçada por Vale (2009, p. 233) que afirma que “O conceito de deficiência apenas nos diz da existência ou não de uma alteração (biomédica) na estrutura ou função do corpo da pessoa, sem que daí se possa estabelecer uma relação causal para a sua funcionalidade/incapacidade”.

A OMS e a DGS (2004) lembram a sociedade do seu papel relativamente às incapacidade das pessoas com deficiência. As limitações ao nível da participação podem estar mais relacionadas com as barreiras físicas, sociais e falta de apoio, do que, diretamente, com as características individuais dos indivíduos.

Estas barreiras estão muitas vezes relacionadas com a discriminação social que se verificam na comunidade civil, a qual acentua a desadaptação das pessoas portadoras de deficiência. Nesse sentido, é pertinente refletir sobre as atitudes discriminatórias de que foram e são alvo, as quais limitam a integração social e poder de decisão, condicionando diretamente a QV.

Vieira e Pereira (2007) referem que, ao longo da história da humanidade, são diversas as atitudes assumidas pela sociedade face às pessoas com deficiência. Estas atitudes foram-se transformando de acordo com o conhecimento, as crenças e os valores. De acordo com Pereira e Simões (2005), as atitudes variaram entre o extermínio das pessoas com deficiência, numa época dominada pelo pensamento mágico e religioso, e entre a proibição da sua condenação, dado que se acreditava que estas pessoas eram detentoras de uma capacidade sobrenatural de comunicar com os deuses.

Pereira e Simões (2005) referem ainda que a elaboração pela Organização das Nações Unidas da Declaração dos Direitos do Homem em 1948, e da Declaração dos Direitos das Pessoas com Deficiência, em 1975 contribuíram para o surgimento de atitudes e mentalidades mais positivas.

Apesar de um dos princípios da Convenção sobre os Direitos das pessoas com deficiência ser o direito à participação e inclusão plena e efetiva na sociedade, ainda hoje se assiste a uma sociedade assistencialista, que não dá oportunidade à sua participação ativa, valorizando principalmente as incapacidades das pessoas com deficiência.

As incapacidades das pessoas com deficiência são relacionadas geralmente a desvios ao padrão biomédico. Esses desvios podem estar associados a imperfeições na componente física e sensorial ou a transtornos do neurodesenvolvimento. Estes desvios ao padrão biomédico provocam diferentes dificuldades e incapacidades e, conseqüentemente, diferentes tipos de deficiência. Em seguida, descrevem-se, as deficiências consideradas neste trabalho.

### 1.1.1. Perturbação Cognitiva

Durante um longo período da história foram muitas as denominações dadas às pessoas com baixa capacidade intelectual: demente, oligofrénico, subnormal, idiota, diminuído, deficiente psíquico, entre outras. Pacheco e Valência (1997) referem que com o passar dos tempos, a comunidade científica, e em particular a American Association on Mental Retardation (AAMR) fez esquecer tais etiquetas, passando a ser feita uma descrição detalhada não só das dificuldades mas também das suas possibilidades..

Em 1992, a AAMR surge com uma nova definição para a perturbação cognitiva: “funcionamento intelectual significativamente abaixo da média, coexistindo com duas ou mais limitações ao nível das áreas adaptativas (comunicação, auto-suficiência, socialização, independência em casa e na comunidade, saúde, segurança, aprendizagem escolar, lazer e trabalho), tendo que se manifestar antes dos 18 anos.” (AAMR, 1992; Schalock et al., 2010).

Em 2002, a AAMR, define ainda os critérios de Quociente de Inteligência (QI) e Comportamento Adaptativo (CA) na definição da perturbação cognitiva. O QI de 70/75 assume o valor limite para esta definição e o CA exprime as dificuldades ao nível das habilidades conceptuais, sociais e práticas.

Em 2007, o termo Deficiência Mental deu lugar ao termo Dificuldades Intelectuais e Desenvolvidamentais. Esta terminologia valoriza o comportamento funcional e os fatores contextuais (Schalock & Verdugo, 2007), onde se inclui o impacto que o envolvimento detém no desenvolvimento humano, com base na qualidade da interação estabelecida entre este e o indivíduo (Santos, 2007).

Este termo foi adaptado e proposto pela OMS e pela AAMR, agora denominada por Associação Americana das Dificuldades Intelectuais e Desenvolvidamentais, dado que reflete as limitações do indivíduo numa perspetiva ecológica de interação com o ambiente. Representa então, de acordo com Santos e Morato (2002), uma evolução na compreensão desta perturbação, dado que não se baseia nas dificuldades cognitivas e intelectuais dos indivíduos, mas nas necessidades e tipo de apoio que requerem.

Esta mudança de paradigma coresponsabiliza não só os fatores intrínsecos, como também a sociedade em que a pessoa se insere. Com esta definição considera-se que a sociedade

tem o dever de promover a adaptação da pessoa com um déficit cognitivo, facilitando a sua integração na comunidade através de apoios distintos de acordo com as suas limitações. Pelo que, na avaliação e intervenção com pessoas com estas dificuldades devem ser considerados três elementos chave: as capacidades, o envolvimento e a funcionalidade (Schalock et al, 2010).

### **1.1.2. Deficiência Motora**

Quando se fala de pessoa com deficiência motora, Cuberos, Motta e Ruiz (1997) referem que se fala de um indivíduo que apresenta uma alteração motora que o torna diferente dos outros. De acordo com Balasubramanian e Amarnath (2012), esta alteração motora pode, ser consequência de doenças ou deficiências dos sistemas cardiovascular, pulmonar, nervoso, sensorial ou músculo-esquelético, dando origem a dificuldades nas atividades de vida diária.

A deficiência motora é um conceito classificativo que abarca diferentes diagnósticos com diferentes etiologias e manifestações. Nesta classificação inclui-se a paralisia cerebral, a espinha bífida, os amputados, vítimas de acidentes vasculares cerebrais ou acidentes crânio-encefálicos, entre outras doenças e etiologias menos frequentes e que afetem a componente motora da pessoa.

Como referem Gignac e Cott, (1998) citados por Resende e Gouveia (2011), a deficiência motora é um fenómeno multidimensional e por esse motivo deve ser reconhecido que as pessoas apresentam dificuldades físicas em diferentes domínios: cuidados pessoais, tarefas domésticas, mobilidade em casa e na comunidade, atividades prazerosas, cuidar de pessoas e/ou ter emprego).

Cuberos, Motta e Ruiz (1997) lembram que as dificuldades nas atividades de vida diária das pessoas com deficiência motora devem ser minimizadas pelas instituições escolares, sociais e/ou políticas, eliminando barreiras físicas e organizativas promovendo a sua participação plena na comunidade a que pertence.

### **1.1.3. Perturbação do Espectro do Autismo**

A definição de Autismo surgiu, como recorda Pereira (1999), em 1943 com Leo Kanner, que agrupou conjuntos de comportamentos observados em crianças que seguia, dando-lhe então o nome de Síndrome de Kanner ou Perturbação Autística. Um ano depois, em

1944, Hans Asperger identifica um conjunto de crianças que manifestam problemas idênticos ao Síndrome de Kanner mas, com competências linguísticas marcadamente superiores e com quocientes de inteligência elevados, às quais se atribuiu o síndrome de Asperger.

Mais tarde, em 1988 Wing elaborou o conceito do “espetro” autista, baseado na identificação de três conjuntos de sintomas, a que denominou tríade do Wing. Estes sintomas podem variar desde um perfil não funcional onde a pessoa é dependente, até a um perfil mais funcional, onde a pessoa consegue ter uma vida quase normal. Jordan (2001) e Associação de Psiquiatria Americana (APA, 1996) apresentam a tríade de Wing através de três grandes áreas que estão afetadas nesta população:

1. Dificuldades na interação social: déficit nos comportamentos não-verbais (contacto ocular, expressão facial, postura corporal), dificuldade de relacionamento com os pares, ausência na partilha de interesses e falta de reciprocidade social e emocional;
2. Limitações na comunicação: atraso ou ausência de linguagem oral, dificuldades de conversação, uso estereotipado ou repetitivo de linguagem e ausência ou diminuição de jogo social imitativo;
3. Padrões de comportamento alterado: interesses e atividades restritas e repetitivas, inflexibilidade nas rotinas, estereotípias motoras e interesses com partes de objetos.

A partir da publicação do DSM V, pela Associação de Psiquiatria Americana, em 2014, surge a definição mais alargada de Perturbação do Espectro do Autismo. No DSM V, os sintomas autísticos foram agrupados em apenas duas áreas afetadas: (1) deficitária comunicação e interação social e (2) alteração dos padrões comportamentais, interesses e atividades restritos e repetitivos. Nesta publicação houve também, de acordo com Araújo e Neto (2014), alteração na abrangência deste diagnóstico, passando a incluir na Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), o transtorno desintegrativo da infância, o síndrome de Asperger e o síndrome de Rett.

Apesar das causas para o autismo ainda não serem totalmente conhecidas e existirem várias teorias (Psicogenéticas, Biológicas e Cognitivas) que tentam explicar a gênese desta patologia, a verdade é que nos dias de hoje se pensa que a origem do Autismo não

deve ser vista de uma forma compartimentada mas sim de uma forma global. Siegel (2008) afirma que atualmente, e apesar de se acreditar na interligação de diversos fatores, a hipótese mais comumente aceita pela comunidade científica é de que o Autismo resulta de uma anomalia na estrutura e no funcionamento do cérebro.

#### **1.1.4. Cegueira e Ambliopia**

Apesar de todos os sentidos serem importantes, a visão é assumidamente o que mais facilmente se reconhece essencial para uma vida autónoma. No entanto é sabido que um elevado número de pessoas em todo o mundo têm este sentido alterado e irremediavelmente incorrigível. A estas pessoas dá-se o nome de cegas ou com baixa visão (amblíopes), as quais têm que se adaptar à sua cegueira, tentando viver a sua vida em plenitude.

Falvo (2005) refere que qualquer desvio da visão normal é considerado deficiência visual. No entanto, a Classificação Internacional de Doenças – 10 (CID-10, 2006) citado por WHO (s.d.a) define quatro graus para a função visual: visão normal, deficiência visual moderada, deficiência visual severa e cegueira.

A definição dos quatro graus de função visual baseia-se em medidas clínicas relativas a duas funções visuais: a acuidade visual e o campo visual (Pereira, et al., 2008), no entanto a acuidade visual é a mais utilizada. Segundo a OMS (WHO, s.d.):

- Visão normal refere-se a acuidades visuais superiores a 0,3;
- Baixa visão moderada corresponde a uma acuidade visual entre os 0,3 e 0,1;
- Baixa visão severa representa acuidades visuais entre 0,1 e 0,05;
- Cegueira traduz todos os indivíduos com acuidade visual inferior a 0,05 ou um campo visual reduzido a 10° em torno do ponto de fixação.

A identificação e (re)habilitação das pessoas com deficiência visual deve ser realizada o mais precocemente possível. O processo de socialização e o desenvolvimento da criança com deficiência visual, de acordo com Dias (1995) é mais complexo do que o da norma visual, porque é afetado pela dificuldade de integrar muitas brincadeiras e jogos. A restrição da brincadeira na infância pode levar a limitações ao nível da independência e autonomia na idade adulta. A deficiência visual tende a limitar o exercício de atividades de vida diária, o que afecta a QV. A OMS (WHO, s.d.c) reforça que uma boa

(re)habilitação permite que estas pessoas aproveitem a vida, alcancem os seus objetivos e sejam produtivos.

### **1.1.5. Surdez**

Antes de se começar a falar de surdez ou deficiência auditiva, Piatto e Maniglia (2001) consideram-se relevante distinguir o significado destes dois termos:

- A deficiência auditiva ou hipoacusia indica a existência de dificuldade e ouvir sem maiores prejuízos na comunicação;
- A surdez é utilizada para identificar casos mais severos de deficiência auditiva, onde a amplificação sonora não lhes traz benefícios, levando assim a dificuldades de comunicação.

A surdez para além de afetar a vivência das pessoas, obrigando-as a viver num “mundo silencioso”, dificulta a aquisição da linguagem e prejudica a vida social das pessoas surdas. Pode-se classificar quanto ao grau de perda auditiva, idade de surgimento, causa ou localização.

A Associação Portuguesa de Surdos (2011) refere que o grau de surdez varia entre o ligeiro e o profundo, sendo os surdos severos e profundos a maioria dos falantes de língua gestual. É para este grupo de indivíduos que se recomendam os implantes cocleares na idade infantil, uma vez que não têm benefício com o aparelho de amplificação sonora individual. Melo, Yamaguti, Moret e Bevilacqua (2012) afirmam que são estes implantes cocleares que possibilitam melhores resultados no desenvolvimento auditivo, linguístico, social e académico das pessoas com deficiência auditiva severa e profunda bilateral.

Onishi, Barreiro e Scharlach (2011) fazem um levantamento das causas da deficiência auditiva. De forma resumida, a deficiência auditiva pode surgir nos períodos pré, peri e pós natais, tendo como possíveis causas a toxoplasmose, prematuridade e convulsões neonatais. No entanto, a surdez também pode surgir ao longo da vida, na idade adulta, causada por algumas doenças sistémicas (colesterol, hipertensão, diabetes mellitus e até mesmo doenças renais) ou pela exposição continuada a elevados níveis de pressão sonora frequente em alguns contextos.

Kiessling e colaboradores (2013) citados por Onishi e seus colegas (2011) referem que o próprio envelhecimento também pode estar na causa do aparecimento da deficiência

auditiva, através de lesões nas células das estruturas auditivas pelos radicais livres. A esta surdez dá-se o nome de presbiacusia.

Onishi e seus colegas (2011) referem que vários estudos têm mostrado que a deficiência auditiva afeta a QV da pessoa e das pessoas que estão ao seu redor. Estes autores afirmam que são comuns sintomas como depressão, isolamento social, interação social pobre, disfunções cognitivas e redução do bem-estar emocional e social.

## 1.2. QUALIDADE DE VIDA

A segunda grande temática deste trabalho: a QV será desenvolvida neste capítulo, através da apresentação do conceito de QV e da apresentação de alguns estudos já realizados acerca da QV nas pessoas com deficiência.

A expressão “qualidade de vida” tem sido referenciada, desde os anos 60 do século passado, em diferentes discursos académicos, políticos e ideológicos, movidos principalmente pelo interesse da Organização das Nações Unidas de mensurar os níveis de vida de diversas comunidades mundiais (CRPG - Centro Reabilitação Profissional de Gaia; ISCTE - Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, 2007).

Atualmente, a QV é definida pela Organização Mundial de Saúde (1995) citada por Gaspar e Matos (2008) como uma perceção individual da posição na vida, que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de dependência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspetos importantes do meio ambiente.

A QV é um conceito subjetivo com diferentes definições e interpretações, o que o torna ambíguo e confuso. Wallander e Schimitt (2001) citados por Gaspar e Matos (2008) descrevem toda a questão da subjetividade, afirmando que a QV é o resumo de diferentes domínios da vida, os quais são influenciados pela cultura e pelo tempo. Murphy e colaboradores (2007) referem ainda que este é um conceito dinâmico que altera ao longo da vida, decorrendo das variações das condições, dos eventos e das circunstâncias.

Um painel internacional de especialistas em QV das pessoas com deficiência mental reforça ainda que este constructo é influenciado por fatores pessoais, envolvimento, nacionais e políticos (Schalock, et al., 2002).

Schalock e Verdugo (2007) apresentam uma definição de QV assente em quatro princípios: 1) a multidimensionalidade; 2) propriedades éticas-universais e ligadas à cultura; 3) com componentes objetivos e subjetivos e 4) influenciada por fatores pessoais e ambientais, bem como pela sua interação.

A QV é um conceito multidimensional, com vários elementos que se distribuem em vários domínios. De acordo com Schalock e Verdugo (2007) a QV é constituída por oito dimensões ou domínios:

- (1) Bem Estar Emocional - satisfação, autoconceito e ausência de stress ou sentimentos negativos;
- (2) Relações Interpessoais - relações sociais positivas, familiares, ter amigos; relação de pares e sexualidade;
- (3) Bem Estar Material - casa, trabalho, rendimentos, bens materiais, possibilidade de realizar caprichos;
- (4) Desenvolvimento Pessoal - limitações/capacidades, novas tecnologias, oportunidades de aprendizagem, competências laborais e funcionais;
- (5) Bem Estar Físico - cuidados básicos de saúde, atividades de vida diária, acesso a ajudas técnicas;
- (6) Autodeterminação - objetivos e preferências pessoais, decisões e autonomia;
- (7) Inclusão Social - integração, participação, acessibilidade e apoios;
- (8) Direitos- privacidade, respeito, conhecimento e exercício de direitos.

### **1.2.1. Qualidade de Vida nas Pessoas com Deficiência**

Para que se consiga melhorar o apoio e suporte pelos serviços sociais nacionais, urge perceber de que forma a QV se diferencia e manifesta nos vários públicos-alvo. E, apesar de as pessoas com deficiência terem dificuldades em expressar a perceção pessoal sobre a sua vida, isto não significa que estas não tenham perceção da mesma.

A dificuldade de comunicação das pessoas com deficiência pode ser uma limitação para avaliar a sua QV, no entanto alguns estudos têm sido feitos nos últimos anos onde se identificam para as pessoas e para as suas famílias os fatores e domínios que mais influenciam a QV das pessoas com deficiência.

Num estudo irlandês sobre QV, em que foram entrevistadas 143 indivíduos com incapacidades, identificaram-se cinco domínios que influenciam a QV: saúde, acessibilidade, contexto social, autoestima e condição financeira (Murphy et. al, 2007).

Em outro estudo realizado por Petry, Maes e Vlaskamo (2005) foram entrevistadas 76 pais e técnicos de pessoas com multideficiência. Neste estudo foram identificados por estes cuidadores os subdomínios de QV que consideram mais importantes para o multideficiente que cuidam: a higiene, a nutrição, o descanso, a ajuda técnica, a comunicação, a segurança e atenção individualizada.

Como se pode observar pelas conclusões de apenas estes dois estudos, a percepção, os indicadores e os fatores que condicionam a QV é variável, pelo que é necessário que os profissionais de saúde que trabalham com reabilitação, compreendam como elas percebem a sua QV, vivem o dia-a-dia e envelhecem (Resende, 2006).

Também foram realizados estudos no sentido de se compreender quais os fatores que se relacionam com os vários domínios da QV na população com deficiência.

Segundo Heller, Factor, Hsieh & Hahn (1998) citados por Cummins (2002), existe um aumento da QV das pessoas com deficiência intelectual quando são transferidas para casas partilhadas na comunidade. Este estudo reforça a ideia de que a segregação das pessoas com deficiência, em contextos protegidos e afastados da comunidade condiciona negativamente a sua QV.

A OMS (WHO, 2011) num relatório mundial sobre a deficiência refere que uma das causas para o agravamento da saúde das pessoas com deficiência mental está relacionado com a falta de formação dos profissionais de saúde para lidar com esta população.

Pinto (2013, p. 130) refere ainda as dificuldades financeiras vividas pelas famílias de pessoas com deficiência, afirmando que estas vivem situações financeiras frágeis, com grande “insegurança económica e risco agravado de pobreza”.

Um fator encontrado na bibliografia que favorece positivamente a QV tem a ver com o suporte familiar e social prestado. Liptak (2008) citado por Resende e Gouveia (2011) refere que um forte suporte familiar e social e uma boa capacidade de adaptação são determinantes na QV das pessoas adultas com deficiência, desvalorizando a sua incapacidade.

Siqueira (2008 *in* Resende & Gouveia, 2011), vários estudiosos passaram a investigar com maior ênfase o ambiente social e a saúde. Neste sentido, o suporte social é cada vez mais valorizado uma vez que pode gerar efeitos benéficos tanto para a saúde física como mental e encontra-se numa estreita relação com o bem-estar.

Tenta-se assim perceber de que forma essas redes e suportes se constroem e organizam para contribuir para a QV e, em que sentido, os serviços sociais existentes conseguem responder a esse objetivo.

A utilização do constructo de QV ao nível dos serviços sociais converteu-se num referencial para orientar estratégias e planificar os programas e atividades, valorizando a importância das opiniões e experiências do indivíduo.

Um conjunto de especialistas na QV das pessoas com deficiência referem que o principal objetivo de um programa de QV deve ser melhorar a autoimagem e providenciar ambientes autodeterminantes, que aumentem as oportunidades individuais para controlar aspetos da sua vida (Schalock, et al., 2002).

A utilização deste constructo já é reconhecida como uma forma de aumentar a qualidade dos serviços, no entanto a sua correta utilização exige às instituições um sistema de informação organizado. Schalock e Verdugo (2007) afirmam que a implementação de um programa de QV impõe às organizações a responsabilidade de recolher, analisar e avaliar informações no âmbito da QV, para que o planeamento e a execução das atividades resulte numa verdadeira melhoria. Desta forma e de acordo com Alonso, Martínez, Sánchez e Schalock (2009a), os serviços passam a promover ações centradas nos aspetos da pessoa e dos usuários dos serviços.

Há que fomentar a ideia, de que as pessoas com deficiência têm o mesmo direito de usufruir de uma elevada QV como a restante população. Para ter a certeza que lhes é proporcionada uma vida adequada, tem que se determinar e compreender quais as áreas das suas vidas que são menos satisfatórias e que precisam de intervenção (Schalock, et al., 2002).

É necessário considerar que para haver alterações significativas e valorizáveis ao nível da QV é precisa uma elevada colaboração dos serviços que recolhem informações relativas aos seus utilizadores e os diferentes níveis do sistema social onde as pessoas vivem.

Para que estas ações transformem visivelmente a QV das pessoas com deficiência, de acordo com Schalock e colegas (2002), elas devem ocorrer em diferentes níveis: (a) indivíduo - aumentando a sua autodeterminação, as suas oportunidades de decisão e a sua inclusão social; (b) programas - dando suporte nos vários domínios da QV; (c) comunidade - através da criação de ambientes amigáveis para as pessoas com deficiência, diminuindo a sua segregação; e também alterações ao nível da (d) nação – na tomada de opções políticas ao nível da prevenção, reabilitação e na igualdade de oportunidades.

### **1.2.2 Avaliação da Qualidade de Vida**

Murphy e colaboradores (2007) afirmam que uma correta avaliação da QV deve abranger interpretações objetivas e subjetivas, garantindo que as percepções e representações individuais são consideradas.

São vários os fatores que estão envolvidos na avaliação da QV mas é necessário compreender que esta pode variar entre indivíduos que vivem em sociedades diferentes, tal como noutros grupos, como o de pessoas com deficiência.

Resende e Gouveia (2011, p. 100) afirmam que:

“A idade do início das mudanças, o seu ritmo, os domínios atingidos e o resultado final sobre o comportamento dependem de características genéticas de cada indivíduo (...) e também do seu estilo de vida, nível de rendimento, educação e posição social.”

Para avaliação da QV já existem atualmente vários instrumentos de avaliação, escalas e questionários. Existem questionários genéricos para aplicar a toda a população e outros para populações específicas, com determinadas condições de saúde. Koot (2002) e Zekovic e Renwick (2003) citados por Gaspar e Matos (2008) referem que “Os instrumentos genéricos avaliam e comparam a QV entre a população em geral e doentes, e os instrumentos específicos para doenças avaliam a QV do doente. Em seguida, na tabela 1 são apresentados alguns questionários adaptados e validados para a população portuguesa.

**Tabela 1 - Escalas de Avaliação da QV validadas para a população portuguesa**

<b>Escala</b>	<b>População</b>	<b>Autores</b>	<b>Tradução e Adaptação</b>
WHOQOL-100	População em geral	OMS	Adriana Vaz Serra; Maria Cristina Canavarro; Mário R. Simões; Marco Pereira; Sofia Gameiro; Manuel João Quartilho; Daniel Rijo; Carlos Carona e Tiago Paredes (2006a, 2006b)
WHOQOL-Bref (versão abreviada)			Equipa portuguesa do projeto Aventura Social (Gaspar & Matos, 2008)
Kidscreen-52 ®,	Crianças e adolescentes	OMS	
MOS SF 36	População em geral	Rand Corporation	Pedro Ferreira (2000)
Quality of Live-AD (QOL-AD),	Pessoas com demência	Logsdon, Gibbons, McCurry e Teri	Helena Bárrios (2012).

Em Espanha, o investigador Miguel Ángel Verdugo Alonso tem desenvolvido várias escalas para avaliar a QV:

- Escala Gencat para avaliar a QV em pessoas utilizadoras de serviços sociais (Alonso, Martínez, Sánchez, & Schalock, 2009);
- Escala INICO-FEAPS para avaliar a QV das pessoas com deficiência mental e perturbação do desenvolvimento (Alonso, Sánchez & Schalock, 2013);
- Escala de San Martin que foi desenvolvida para avaliar pessoas com deficiências graves, que necessitam de apoios extensos e generalizados (Verdugo, Gómez, Arias, Santamaria, Navallas, Fernandez & Hierro, 2014)
- Escala de FUMAT que serve para avaliar a QV de pessoas idosas (Alonso, Sánchez, & Martínez, 2009).

Apesar da existência de um vasto leque de escalas, optou-se para este estudo utilizar a Escala Gencat de Alonso e colaboradores (2009), uma vez que é utilizada em Portugal por várias instituições. Esta escala permite a sua aplicação a toda a população utilizadora de serviços sociais, apesar de este estudo só validar a escala para a população portuguesa adulta com deficiência.

## **2. MATERIAL E MÉTODOS**

No decurso deste capítulo, pretende-se expor os procedimentos metodológicos que se realizaram no decorrer da investigação. Como refere Pais Ribeiro (2007), o método da investigação deve descrever ao pormenor a forma como decorreu o estudo, permitindo que qualquer investigador o possa replicar. Este autor indica ainda que este segmento deve apresentar os seguintes pontos: participantes, material, planificação e procedimento, sendo que estes dois últimos pontos podem fundir-se num só.

Para conseguir aceder a uma informação clara e objetiva sobre a QV desta população é necessário que existam instrumentos válidos para a população em estudo. Em Portugal, a “Escala de Gencat de Calidad de Vida”, de Alonso e colegas (2009) tem sido utilizada em várias instituições de solidariedade social de todo o país, com utilização dos barómetros espanhóis.

Apesar da escala Gencat estar validada em Espanha e ser usada largamente em Portugal é necessário estudar a validade da mesma para a população portuguesa com deficiência. Tal como referem Leandro Almeida e Teresa Freire (1997), um instrumento pode ser válido e fiável em determinado grupo ou país e não ser noutra grupo ou país. Portanto, perante a vasta aplicação deste instrumento na população com deficiência, torna-se essencial verificar a sua validação e fiabilidade, para a população portuguesa adulta com deficiência.

Perante a bibliografia, o problema em estudo e a necessidade de várias instituições do país avaliarem a QV para desenvolverem o seu trabalho adequadamente, optou-se por desenvolver um estudo correlacional com os seguintes objetivos de investigação:

- Adaptar e validar a Escala Gencat de Qualidade de vida à população portuguesa adulta com deficiência;
- Estudar como se manifesta a Qualidade de Vida na população portuguesa adulta com deficiência;

- Analisar a relação de QV com algumas variáveis socio demográficas da população portuguesa adulta com deficiência, tipos de incapacidades e gravidade da amostra.

Definiu-se para este estudo o índice e os domínios do modelo teórico de QV como variáveis dependentes. As variáveis independentes consideradas relevantes para este estudo são: as variáveis sócio demográficos da pessoa com deficiência (idade e sexo), a condição habitacional, as habilitações académicas, a gravidade e o tipo de deficiência.

## 2.1. HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Neste estudo procura-se verificar se as variáveis sociodemográficas e incapacidades se correlacionam com os resultados da Gencat e seus domínios. Para análise da QV das pessoas com pessoa com deficiência foram definidas algumas hipóteses de investigação orientadoras do estudo, que se apresentam de seguida:

**H1:** A QV está correlacionada com o sexo.

**H2:** A QV está corelacionada com a idade.

**H3:** A QV está corelacionada com o grau de incapacidade.

**H4:** A QV está correlacionada com a condição habitacional.

**H5:** A QV está correlacionada com as habilitações académicas.

**H6:** A QV está correlacionada com a perturbação cognitiva.

**H7:** A QV está correlaciona com a deficiência motora ou física.

**H8:** A QV está correlacionada com a Perturbação do Espectro do Autismo.

**H9:** A QV está correlacionada com a cegueira/ambliopia.

**H10:** A QV está correlacionada com a surdez.

## 2.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA EM ESTUDO

Quando se realizam investigações com pessoas e populações torna-se difícil, para não dizer impossível, reunir dados de toda a população, assim utiliza-se uma amostra da população, ou seja um conjunto de pessoas que devem representar o conjunto da população. Coutinho (2014) descreve a amostra como um conjunto de sujeitos a quem se recorre para recolher os dados para desenvolver a investigação, cujas características devem ser as mesmas da população que representa.

Assim para este estudo, a amostra foi constituída por pessoas adultas (com pelo menos 18 anos), com alguma deficiência física (visual/ambliopia, motora/física, surdez) e/ou mental (cognitiva e autismo) que beneficiassem de algum serviço social (e.g. Centro de Atividades Ocupacionais, Lar Residencial, Formação Profissional).

A amostra utilizada para este estudo foi construída através de contactos estabelecidos pela investigadora e pela instituição para a qual trabalha. Foram contactadas 32 instituições: OASIS, CERCINA, CRIA – Centro de Recuperação e Integração de Abrantes, CERCIPÓVOA, ASSOL, CERCIVAR, CASCI Reabilitação, Associação 2000 de Apoio e Desenvolvimento, CRPG, APACI, APPACDM Viseu, APPACDM Coimbra, CERCIAV, ARCIL, CERCIMIRA, CERCIMARANTE, CERCIFEIRA, CERCILAMAS, CEFPI, CERCILEI, CERCIPOM, VÁRIOS, MADI, MAPADI, APC – Coimbra, APC – Viseu, CERCIMARCO, CERCIFAF, CERCICAPER, APEXA, Santa Casa Misericórdia da Ribeira Grande e CERCIGUI. Das instituições contactadas, 10 participaram no estudo: CRIA, CERCIVAR, Associação 2000 de Apoio e Desenvolvimento, CRPG, APACI, ARCIL, VÁRIOS, CERCICAPER, CERCIGUI e Santa Casa da Misericórdia da Ribeira Grande. Pode-se então afirmar que a amostra é não-probabilística pois a probabilidade de todos os elementos da população participarem no estudo não é igual (Maroco, 2007).

Através da recolha dos dados pelas instituições que participaram neste estudo, obteve-se uma amostra distribuída geograficamente pelo país, incluindo regiões autónomas. Na tabela 2 pode-se observar a distribuição por distrito das pessoas com deficiência que participaram neste estudo.

**Tabela 2 - Distribuição da amostra (pessoas com deficiência) por distritos**

<b>Distribuição Geográfica</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Açores	9	3
Aveiro	45	14,9
Braga	90	29,7
Coimbra	28	9,2
Faro	6	2
Porto	20	6,6
Santarém	63	20,8
Vila Real	30	9,9
Viseu	12	4
<b>Total</b>	<b>303</b>	<b>100,0</b>

### 2.3. INSTRUMENTOS PARA COLHEITA DE DADOS

Em qualquer investigação os dados obtidos têm que ser organizados para serem analisados, procedendo-se assim a uma análise estatística, de forma a que os dados tenham algum significado prático e se concretizem em conhecimento.

Coutinho (2014) afirma que a investigação em ciências humanas e sociais com base na perspectiva quantitativa baseia-se no pressuposto de que a realidade é repetível, suscetível de generalização (Wiersma, W. 1995) e que os problemas sociais têm soluções objetivas (Carr & Kemmins, 1988).

Para realizar um trabalho de investigação com análise estatística, como o que se propõe, Coutinho (2014) refere que é necessário que todas as variáveis sejam quantificáveis ou categorizáveis, independentemente da abstração do conceito em estudo. Portanto, investigar um problema ou um conceito abstrato como a QV na população com a deficiência implica pensar numa forma de quantificar as variáveis em estudo, para isso há que encontrar ou desenvolver instrumentos que constituem uma operacionalização desse conceito abstrato.

Os dados para este estudo foram recolhidos através de quatro formulários (Anexo 1):

- Formulário I: Caracterização do Informador;
- Formulário II: Caracterização clínica e sociodemográfica (pessoa avaliada);
- Formulário III: Caracterização subjetiva da deficiência e da sua gravidade;
- Formulário IV: Escala de Qualidade de Vida Gencat.

Os dois primeiros formulários serviram para caracterizar o informador e a pessoa avaliada, os quais são baseados no Manual de utilização da Escala original, respeitando assim a metodologia do autor.

O terceiro formulário foi construído para caracterizar a amostra relativamente ao tipo de deficiência e à gravidade da mesma, ao qual se denominou Caracterização subjetiva da deficiência e da sua gravidade. O quarto formulário consiste na versão portuguesa da escala Gencat

### 2.3.1. Avaliação Subjetiva da Deficiência

Para a caracterização da amostra, as deficiências foram agrupadas em cinco tipos de deficiência: Perturbação Cognitiva, Deficiência Motora ou Física, Perturbação do Espectro do Autismo, Cegueira/Ambliopia e Surdez.

Dentro de cada tipo de deficiência descreve-se a gravidade da incapacidade através da categorização das perturbações de autonomia, adaptação e comportamento. Assim, foram utilizadas variáveis qualitativas ou categóricas que Coutinho (2014) sugere, uma vez que as características dos vários tipos de deficiência não são quantificáveis.

Para construir o formulário da avaliação subjetiva da deficiência foram consultadas várias referências bibliográficas sobre cada tipo de deficiência. Nesta bibliografia selecionaram-se as classificações mais claras e objetivas, respeitando uma ordem crescente de incapacidade. Foram utilizadas escalas ordinais (Ribeiro, 2007) e por isso devemos considerar que estes itens indicam as características da pessoa, apesar de não indicarem a medida da diferença entre elas (Black, 1999 *in* Coutinho, 2014).

Dentro da bibliografia consultada optou-se pelas classificações que fossem de fácil compreensão para que qualquer profissional pudesse responder, independentemente da sua formação. Procurou-se ainda que as categorias respeitassem as indicações e pressupostos de Bisquerra (1989) citados por Coutinho, 2014): estabelecidas de acordo com o objetivo da investigação, serem claras, exaustivas e mutuamente excludentes, para as diferentes deficiências e perturbações de desenvolvimento em estudo. Em todas as perturbações e deficiências foi considerado o nível zero (0) que se refere a uma perturbação inexistente ou irrelevante.

Para classificar a **perturbação cognitiva** foi utilizada a Tabela Nacional de Incapacidades do Instituto da Segurança Social (2008), relativa ao Decreto-Lei n.º 352/2007, de 23 de outubro. Para este trabalho foi consultado o anexo 2 deste decreto. Este anexo refere-se às Incapacidades Permanentes em Direito Civil e visa a criação de um instrumento para avaliar as incapacidades resultantes de alterações na integridade psicofísica.

Para esta perturbação, foram consultadas as tabelas relativas à “síndrome frontal” e “problemas cognitivos menores”, que no anexo 2 da Tabela Nacional das Incapacidades se inclui nas perturbações cognitivas do Sistema Nervoso.

Para este questionário foram então apresentados cinco níveis de perturbação cognitiva, que se descrevem da seguinte forma:

- Nível 1: Atenção frágil, raciocínio lento, dificuldades de memória;
- Nível 2: Distração, raciocínio lento, dificuldades de memória e de planear a ação;
- Nível 3: Atraso cognitivo, processos mentais afetados (raciocínio, memória, atenção, discurso, reflexão), perturbação do humor e repercussões na inserção familiar e social.
- Nível 4: Com alteração dos instintos primários (sexual, alimentação, ...) falta de iniciativa, perturbação do humor.
- Nível 5: Incapacidade de agir ou realizar os atos da vida quotidiana.

Ao nível da **Deficiência Motora ou Física**, foram consultados vários documentos, no entanto considerou-se o Gross Motor Function Classification System (GMFCS) o sistema classificativo mais claro e objetivo para este estudo. O GMFCS para a Paralisia Cerebral é baseado no movimento autoiniciado com ênfase no sentar, transferências e mobilidade. As distinções são baseadas nas limitações funcionais, na necessidade de utilização de dispositivos auxiliares de locomoção (andarilhos, canadianas, bengalas) ou cadeiras de rodas, e em menor extensão, na qualidade do movimento (Canchil; Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral, 2007).

De acordo com Canchil e a Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral (2007), nesta classificação são considerados cinco níveis de independência, que vão desde limitação da velocidade e equilíbrio na marcha (nível I) até dificuldades de controlo de tronco e cabeça, necessitando de várias tecnologias de apoio (nível V)..

No formulário, são apresentados e descritos cinco níveis de independência:

- Nível 1: Anda sem limitações (Marcha autónoma em casa e comunidade; velocidade e equilíbrio prejudicados).
- Nível 2: Anda com limitações (Têm limitações em andar longas distâncias, pode necessitar de cadeira de rodas; necessita de corrimão para subir e descer escadas).

- Nível 3: Anda utilizando um dispositivo auxiliar de locomoção (Capaz de andar com apoio de canadianas, andarilho ou apoio de outra pessoa; sobe e desce escadas com corrimão e apoio físico ou supervisão de uma pessoa; pode auto propulsionar uma cadeira de rodas ou utilizar uma com motor para a mobilidade pessoal; utiliza cadeira de rodas para distâncias longas).
- Nível 4: Auto mobilidade com limitações; Pode utilizar tecnologia de apoio com motor (funcionam sentados - geralmente com apoio da cintura pélvica e tronco - e a autonomia na mobilidade é limitada. Geralmente são transportadas em cadeira de rodas ou usam cadeira de rodas elétrica).
- Nível 5: Transportado numa cadeira de rodas manual (Graves limitações no controle da cabeça e do tronco e no controlo dos movimentos dos membros, requerem múltiplas tecnologias de apoio e assistência física).

A APA é a entidade que, em Portugal, é aceite como referência para o processo de diagnóstico e classificação das **Perturbações do Espectro do Autismo** (PEA). A quinta versão do Manual para o Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-V), da autoria da APA, é o instrumento que está na base do processo de diagnóstico nos contextos clínicos e educacionais portugueses.

Portanto, para graduar a PEA recorreu-se à nova versão do DSM, o DSM-V da APA (2014). Neste manual a PEA está classificada em três níveis de acordo com a quantidade de apoio necessário, que para este estudo se apresentaram da seguinte forma:

- Nível 1: Necessita de pouco apoio – o comportamento inflexível interfere com o funcionamento num ou vários contextos, dificuldade em mudar de atividade, problemas em organizar e planear ações de vida quotidiana, limitações na sua autonomia.
- Nível 2: Necessita de algum apoio – comportamento inflexível, dificuldade em lidar com a mudança e alterar o foco de atenção, comportamentos restritos/repetitivos surgem frequentemente em vários contextos, reduzida capacidade para iniciar e manter a interação social.
- Nível 3: Necessita de muito apoio – comportamento inflexível, extrema dificuldade em lidar com a mudança e alterar o foco de atenção, comportamentos repetitivos e restritos interferem em todos os contextos, limitação severa na comunicação verbal e não-verbal.

Relativamente à **Cegueira e Ambliopia** consultou-se o Classification International Disease (CID-10) da Organização Mundial de Saúde. Nesta classificação a cegueira e a baixa visão estão codificadas com H54. Para apresentar a graduação das dificuldades visuais é utilizado uma escala numérica que vai de 0 a 7.

Através destas categorias, construiu-se o formulário para a cegueira/ambliopia, para tal foram excluídas as categorias que se referiam a dificuldades não especificadas ou qualificadas. Obteve-se, assim uma escala com cinco níveis:

- Nível 1: Alteração significativa da funcionalidade da visão de um olho (Visão Subnormal).
- Nível 2: Cegueira num olho.
- Nível 3: Alteração significativa da funcionalidade da visão nos dois olhos.
- Nível 4: Cegueira num olho e alteração significativa da funcionalidade da visão de um olho.
- Nível 5: Cegueira em ambos os olhos.

A caracterização da gravidade da **Surdez** e da deficiência auditiva é realizada através de exames audiométrico, onde se o decibel é unidade de medida usada. De acordo com Jiménez, Prado, Moreno e Rivas (1997), o decibel determina o grau de deficiência auditiva, uma vez que este indica a intensidade necessária para amplificar o som de modo a que seja percebido pela pessoa. Na impossibilidade de recorrer a esses exames, procurou-se quantificar a deficiência auditiva e a surdez através de escalas mais focadas na funcionalidade nas comunicações e interações sociais, ignorando dificuldades corrigidas.

Almeida e colaboradores (2004), Couto (1985) e Sherril (1998) citados por Cortez (2008) identificam a deficiência auditiva em cinco subgrupos: deficiência auditiva ligeira (20 a 40 db), moderada (40 a 70 db), severa (70 a 90 db), profunda (90 a 120 db) e cofose (superior a 120 db).

Para este estudo, considerou-se também a audição subnormal (inferior a 20db), uma vez que a dificuldade auditiva subnormal poderia ser confundida com a deficiência auditiva ligeira. Assim, são apresentados seis subgrupos:

- Nível 1: Perturbações ligeiras sem repercussões sociais.

- Nível 2: Discurso é percebido se volume da voz for normal, dificuldade com vozes graves ou distantes do sujeito. Maioria dos sons do dia-a-dia são captados.
- Nível 3: O sujeito compreende melhor se o interlocutor estiver à vista. Alguns sons do dia-a-dia são captados.
- Nível 4: Discurso é percebido se volume da voz for alto e perto do ouvido. Sons percebidos em volume alto.
- Nível 5: Discurso não é percebido. Apenas sons altos são captados.
- Nível 6: Nenhum som é percebido.

### **2.3.2. Escala Gencat**

A escala Gencat de Calidad de Vida de Alonso e colaboradores (2009) avalia a QV através de 69 questões respondidas pelos profissionais dos serviços sociais. São estes profissionais que preenchem o questionário desta escala. Assim, pode-se afirmar que ela permite a aplicação transversal a toda a amostra, independentemente do grau de deficiência e da conseqüente dificuldade de resposta, resolvendo desta forma o problema de medição de QV.

No manual na escala, Alonso e colaboradores (2009) referem esta ser aplicada a qualquer pessoa utilizadora de serviços sociais com 18 anos no mínimo, sendo esta respondida por um informador (psicólogo, assistente social, orientador, auxiliar, professor, cuidador ou outro profissional familiarizado com o conceito de QV). Este informador deve adotar uma postura de observador externo e lidar diretamente com a pessoa avaliada pelo menos há três meses.

A escala de Gencat avalia a QV através de oito subescalas, que correspondem às dimensões do modelo de QV proposto por Schalock e Verdugo (2002/2003) e citados por Alonso e colegas (2009): Bem-estar Emocional, Relações Interpessoais, Bem-estar Material, Desenvolvimento Pessoal, Bem-estar Físico, Autodeterminação, Inclusão Social e Direitos, o qual se apresenta anteriormente.

Todos os itens estão enunciado na terceira pessoa, de forma declarativa e a resposta é dada numa escala de frequências: nunca ou quase nunca, às vezes, frequentemente e sempre ou quase sempre (Alonso et al., 2009).

Para validação da escala Gencat foi utilizada a versão portuguesa da escala Gencat disponibilizada pelas investigadoras Ana Isabel Van Krieken e Sónia Sanchez com autorização do autor da escala, Miguel Alonso Verdugo. A tradução foi realizada durante uma investigação com apoio da Fundação Caloust Gulbenkian, sobre a QV de jovens com Necessidades Educativa Especiais após a escolaridade (Krieken & Sanches, 2013).

### **2.3.3. Aplicação-Piloto**

Após a construção e formatação de todos os formulários e do manual de preenchimento (Anexo 2), foi realizada uma aplicação-piloto. Este procedimento teve a finalidade de minimizar as possíveis dificuldades de compreensão das questões e mais especificamente dos itens do formulário da Avaliação Subjetiva da deficiência.

As aplicações-piloto como refere Moreira (2009) servem para avaliar se problemas com a tradução ou construção dos questionários (itens, instruções, disposição gráfica, etc.) se colocam em prática.

Estas aplicações foram realizadas por cinco avaliadores diferentes, quatro dos quais técnicos superiores (educador social, assistente social, psicólogo e formador) e um monitor com terceiro ciclo de habilitação literária. Para estas aplicações foi sugerido aos informadores que seleccionassem uma pessoa a avaliar com multideficiência para abranger o máximo de perturbações no Formulário III, onde residiam as maiores dúvidas quanto à formulação, clareza e ambiguidade dos itens. Nestas aplicações foram identificados alguns problemas de interpretação, compreensão, nos vários formulários, os quais se enumeram de seguida.

- Formulário II: Na condição habitacional a terminologia “residência familiar” não estava clara quanto ao seu significado, por isso colocou-se a descrição no item; foi também identificada a ausência de uma resposta social possível para acolher as pessoas com deficiência o “acolhimento familiar”, o qual foi adicionado.
- Formulário III: As maiores questões levantadas centravam-se na compreensão e distinção entre os itens da perturbação cognitiva e deficiência motora ou física. Na perturbação cognitiva foram levantadas dificuldades na seleção do item que melhor descrevesse a pessoa avaliada devido à terminologia técnica e combinação de vários aspetos. Na deficiência motora ou física, os problemas

identificados estavam relacionados com a deficitária descrição de cada item, que levava à dificuldade de identificar um item que descrevesse as características do indivíduo, devido à diversidade dos quadros sintomáticos nesta perturbação, nomeadamente na multideficiência.

- Formulário IV: Neste formulário foram identificados alguns problemas de transcrição da escala, onde as pontuações estavam invertidas.

Após a recolha de todas as sugestões e críticas das aplicações-piloto, estas foram discutidas em reunião entre a investigadora e técnicos de diferentes áreas, os quais não participaram na aplicação-piloto nem tinham conhecimento prévio dos formulários em análise. Essa discussão foi realizada com um terapeuta da fala, um psicólogo e um fisioterapeuta para que os técnicos pudessem contribuir com os conhecimentos diferenciados na correção dos problemas encontrados nas aplicações-piloto.

#### 2.4. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Para que os trabalhos de investigação sejam concretizados de forma ética é necessário que se realizem alguns procedimentos formais e éticos.

Pais Ribeiro (1999) refere a importância de se obter a aprovação por parte da instituição ou organização onde se vai realizar a investigação. Para a aprovação institucional, no segundo trimestre de 2015, foram enviados e-mails às direções das instituições (no Anexo 3 apresenta-se um e-mail exemplo). Nesses e-mails, foi apresentada uma breve descrição da investigação proposta e foram também anexados três documentos: o consentimento informado (Anexo 4) para que os presidentes das instituições autorizarem a aplicação dos formulários na instituição que representam, os formulários e as instruções de aplicação.

Após aprovação do presidente da instituição foram enviados os consentimentos informados para os participantes no estudo (Anexo 5). Este consentimento foi assinado pelo próprio participante, quando apresentava condições cognitivas e de autodeterminação para o fazer. Caso essa situação não se verificasse, era a pessoa legalmente autorizada (familiar ou tutor) que assinaria esse documento, como sugere Pais Ribeiro (1999). A decisão de quem assinaria o consentimento coube aos técnicos das instituições participantes, de acordo com os seus conhecimentos da pessoa avaliada e da sua família. Neste consentimento informado de forma a salvaguardar os participantes de pressões ou

consequências adversas ao declinarem a participação (Ribeiro, 1999), era reforçado que não haveria prejuízo nos apoios sociais caso se recusasse a participar no estudo.

## 2.5. TRATAMENTO ESTATÍSTICO

A recolha dos dados foi realizada no segundo trimestre de 2015. O tratamento estatístico foi realizado em duas fases. A primeira fase relativa à estatística descritiva foi realizada em Julho de 2015. A segunda fase foi realizada em Fevereiro e Março de 2016 onde se avaliaram as propriedades psicométricas da escala Gencat e o estudo correlacional das hipóteses formuladas.

O tratamento estatístico dos dados foi efetuado com o programa Statistic Package Social Sciences SPSS, versão 23, licenciado para utilização pelo Instituto Politécnico de Leiria.

Após introdução dos dados, efetuámos a análise das frequências absolutas e relativas das variáveis nominais/ qualitativas e das variáveis quantitativas. Utilizámos também as medidas de dispersão e tendência central para estudar as variáveis quantitativas.

Na determinação das qualidades psicométricas das escalas utilizadas, utilizámos o coeficiente de correlação de Pearson, a análise dos componentes principais com rotação de varimax (consistência interna) e o coeficiente alfa de Cronbach (fiabilidade).

Utilizámos os seguintes testes paramétricos: o teste t de Student, para estudar as diferenças de médias entre 2 grupos e a análise de variância a 1 fator (Anova) quando se pretendeu comparar mais que 2 grupos. Para efetuarmos a comparação de pares de médias entre mais do que dois grupos, foi utilizado o teste de Bonferroni, como aconselham Pestana e Gageiro (2000). Para estudar a correlação entre variáveis quantitativas utilizámos o coeficiente de Pearson r.

A fim de rejeitarmos a hipótese nula, adotámos os seguintes critérios de Fisher:

- $p < 0,05$  a diferença é significativa
- $p < 0,01$  a diferença é muito significativa

### 3. RESULTADOS

Este capítulo encontra-se estruturado em quatro subcapítulos. O primeiro refere-se à caracterização das amostras: informadores e pessoa com deficiência. O segundo subcapítulo apresenta os procedimentos estatísticos e resultados para validação da escala Gencat. O terceiro subcapítulo refere-se ao estudo correlacional das variáveis consideradas nas hipóteses formuladas.

#### 3.1. CARACTERIZAÇÃO DAS AMOSTRAS

Para recolher os dados para este estudo houve necessidade de recorrer dois grupos: os informadores (que conhecem a pessoa avaliada e preenchem os questionários) e a pessoa avaliada. Pelo que neste capítulo se apresentam a caracterização de ambos.

##### 3.1.1. Caracterização dos Informadores

Após análise dos dados demográficos dos informadores da nossa amostra e observação da tabela 3, pode-se constatar que a maioria dos questionários foi preenchida por profissionais do sexo feminino (87,5%) e os informadores do sexo masculino representam 12,5% da amostra.

Tabela 3 - Caracterização da amostra relativamente ao sexo dos informadores

Sexo	n	%
Feminino	265	87,5
Masculino	38	12,5
Total	303	100

Pela tabela 4, pode-se verificar que os informadores apresentam uma média de idades de 37,61, com desvio padrão 7,7 e com valores que oscilam entre 27 e 63 anos.

Tabela 4 - Caracterização dos informadores, relativamente à idade

Idade	N	M	DP	Moda	Min.	Max.
	303	37,61	7,70	34,00	27	63

Ao observar a tabela seguinte (Tabela 5), verifica-se que a maioria dos informantes eram pessoas com Licenciatura (71,6%). Os restantes informadores apresentam como habilitação académica o 3º Ciclo (5%), o ensino secundário/formação profissional (13,2%), o bacharelato (3%) e 7,3% da amostra refere possuir mestrado.

**Tabela 5 - Caracterização dos informadores, relativamente às habilitações académicas**

<b>Habilitações Académicas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
1º Ciclo	0	0
2º Ciclo	0	0
3º Ciclo	15	5,0
Ens Secund/Form. Prof.	40	13,2
Bacharelato	9	3,0
Licenciatura	217	71,6
Mestrado	22	7,3
Doutoramento	0	0
<b>Total</b>	<b>303</b>	<b>100,0</b>

Relativamente à “relação profissional com a pessoa avaliada”, os itens presentes no formulário respeitam as categorias profissionais que normalmente existem numa instituição de carácter social: auxiliar/ajudante de ação direta, monitor de CAO (Centro de Atividades Ocupacionais), psicólogo, técnico de serviço social e professor / técnico /terapeuta / formador. No entanto, o questionário tem uma resposta aberta e por isso surgiram outras categorias não presentes no questionário como Técnico de Ciências da Educação e TAFE (Técnico de Apoio à Formação e Emprego).

Pela observação da tabela 6 podemos observar que os questionários foram preenchidos por todas as categorias profissionais. Houve cinco informadores que são auxiliares ou ajudantes de ação direta da pessoa que avaliam e 63 informadores que são monitores de Centro de Atividades Ocupacionais da pessoa avaliada, porém a maioria dos questionários foram preenchidos por técnicos superiores: psicólogos (n=61, 20,1%), técnicos de serviço social (n=34, 11,2%), técnico de ciências da educação (n=3, 1%), TAFE (n=3, 1%) e 44,2% por professores, técnicos, terapeutas e formadores, portanto 77,56% dos informadores são técnicos superiores.

**Tabela 6 - Caracterização dos informadores, relativamente à relação profissional com a pessoa avaliada**

<b>Profissão</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Auxiliar/Aj. Ação Direta	5	1,7
Monitor de CAO	63	20,8
Psicólogo	61	20,1
Técnico de Serviço Social	34	11,2
Professor/Técnico/ Terapeuta/ Formador	134	44,2
Técnico Ciências de Educação	3	1,0
TAFE	3	1,0
Total	303	100,0

No que diz respeito ao “tempo de trabalho específico na área da deficiência” analisamos pela tabela 7 que a amostra tem uma amplitude que vai de três meses até 36 anos, cuja média é 11,01 e o desvio padrão é 8,01.

**Tabela 7 - Caracterização dos informadores relativamente ao tempo de trabalho específico na área da deficiência**

<b>Anos de Trabalho com deficiência</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Moda</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
	303	11,01	8,01	11,00	0,25	36

Relativamente à questão “Há quanto tempo conhece a pessoa avaliada” podemos verificar na tabela 8 que os informadores conhecem as pessoas avaliadas à pelo menos de três meses e que há pessoas que conhecem a pessoa que estão a avaliar à 36 anos. A média que se observa é de 6,65 anos, cujo desvio padrão é 6,85.

**Tabela 8 - Caracterização dos informadores, relativamente aos anos que conhece a pessoa avaliada**

<b>Anos conhece a pessoa avaliada</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Moda</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
	303	6,65	6,85	2,00	0,25	36

### 3.1.2. Caracterização das Pessoas com Deficiência

A amostra de pessoas com deficiência avaliadas é constituída por 303 pessoas, 129 (42,6%) são do sexo feminino e 174 (57,4%) do sexo masculino, como se pode observar na tabela 9.

Tabela 9 - Caracterização das pessoas com deficiência, relativamente ao sexo

Sexo	n	%
Feminino	129	42,6
Masculino	174	57,4
Total	303	100

Na tabela 10, observa-se que a idade da amostra varia entre os 18 e os 72 anos com uma média de idades de 32,59 anos (DP=10,74), atendendo que no cálculo da média não foram considerados as quatro respostas omissas.

Tabela 10 - Caracterização das pessoas com deficiência, relativamente à idade

Idade	N	M	DP	Moda	Min.	Max.
	299	32,59	10,74	20	18,00	72,00

Quanto à intensidade do transtorno foi colocada uma questão sobre o “grau de incapacidade atribuído pela junta médica”, no entanto as respostas a esta questão não foram elucidativas ou conclusivas relativamente à gravidade da deficiência, pois 63% (n=191) responderam que desconheciam o valor do relatório da junta médica. Na tabela 11 que se segue consegue-se visualizar a distribuição das respostas dos restantes questionários, onde se verifica que a maior frequência se encontra no grau de incapacidade entre 60 a 80% (n=71; 23,4%).

Tabela 11 - Caracterização das pessoas com deficiência, relativamente ao grau de incapacidade

Grau de Incapacidade	n	%
Superior a 80%	29	9,6
Entre 60 a 80%	71	23,4
Entre 30 a 59%	10	3,3
Inferior a 30%	2	0,7
Nenhum	0	0
Desconhecido	191	63,0
Total	303	100,0

Na tabela em baixo (Tabela 12) é evidente 74,3% da amostra vive com familiares. Pode-se ainda verificar que 42 pessoas vivem em lares, 39 dos quais em lares residenciais para pessoas com deficiência e 3 vivem em lares não específicos para esta população, o que perfaz 13,9% da amostra. Observa-se ainda que na amostra, 18 pessoas (5,9%) vivem independentemente, 11 das quais utilizam apoio específicos (e.g. lavandaria, alimentação). Relativamente ao “Acolhimento Familiar” na amostra existem 3 pessoas a usufruir desta resposta social. Em “Residência Autónoma” vivem 15 pessoas.

**Tabela 12 – Caraterização das pessoas com deficiência, relativamente à condição habitacional**

<b>Condição Habitacional</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Independente	7	2,3
Independente com apoios específicos	11	3,6
Residência Familiar	225	74,3
Acolhimento Familiar	3	1,0
Residência Autónoma	15	5,0
Lar residencial para pessoas com deficiência	39	12,9
Lar Residencial não específico	3	1,0
Total	303	100,0

Na tabela inferior (tabela 13) consegue-se visualizar a distribuição da amostra no que se refere às “Habilitações Académicas”. Observa-se que 45,9% (n=139) não sabe ler nem escrever e que na categoria oposta “Formação Superior” não existe nenhuma pessoa. Relativamente aos outros graus académicos, existe uma distribuição da restante amostra, como podemos verificar pela tabela.

**Tabela 13 - Caraterização das pessoas com deficiência, relativamente às habilitações académicas**

<b>Habilitações Académicas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Formação superior	0	0
Ens. Secund./Form. Profissional	14	4,6
3º Ciclo	61	20,1
2º Ciclo	47	15,5
1º Ciclo	41	13,5
Não sabe ler nem escrever	139	45,9
Não respondeu	1	0,3
Total	303	100,0

Neste tópico ir-se-ão apresentar os resultados do Formulário III – “Caraterização subjetiva da deficiência e da sua gravidade”, os resultados serão apresentados por deficiências e perturbações.

Relativamente à perturbação cognitiva, pode-se constatar pela tabela 14 que 95,4% da amostra apresenta défice cognitivo, apenas foram identificadas 14 pessoas sem perturbação cognitiva.

**Tabela 14: Caraterização das pessoas com deficiência, relativamente à perturbação cognitiva**

<b>Perturbação Cognitiva</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
0	14	4,6
1	58	19,1
2	61	20,1
3	124	40,9
4	31	10,2
5	15	5,0
Total	303	100,0

Na amostra não foram identificados tantos casos de “Deficiência Motora ou Física”, observa-se pela tabela 15 que 59,4% (n=180) não apresentam deficiência motora ou física. No entanto, 23 pessoas da nossa amostra dependem sempre de cadeira de rodas para a sua locomoção (grau 4 e 5), o que corresponde a 7,6% da amostra do presente estudo.

**Tabela 15 - Caraterização da amostra, relativamente à deficiência motora ou física**

<b>Deficiência motora ou física</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
0	180	59,4
1	54	17,8
2	33	10,9
3	13	4,3
4	9	3,0
5	14	4,6
Total	303	100,0

A amostra deste estudo apresenta 23 pessoas com PEA, sendo que estas se distribuem pelos três níveis de apoio, como se observa na tabela seguinte (Tabela 16). Na amostra, 92,4% (n=280) não apresenta diagnóstico nesta perturbação.

**Tabela 16 - Caracterização da amostra, relativamente à perturbação do espectro do autismo**

<b>Perturbação do Espectro do Autismo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
0	280	92,4
1	7	2,3
2	8	2,6
3	8	2,6
Total	303	100,0

Por observação da tabela 17, constata-se que na amostra, 10,9% (n=33) das pessoas sofre cegueira ou ambliopia, das quais cinco pessoas (1,7%) apresentam cegueira em ambos os olhos (nível 5), oito apresentam alteração da visão num olho (nível 1), seis pessoas têm cegueira num olho (nível 2), treze pessoas sofrem de alteração da visão em ambos os olhos (nível 3) e uma pessoa tem cegueira num olho e visão alterada no outro (nível 4).

**Tabela 17 - Caracterização da amostra, relativamente à deficiência auditiva**

<b>Surdez</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
0	283	93,4
1	4	1,3
2	3	1,0
3	2	0,7
4	3	1,0
5	3	1,0
6	5	1,7
Total	303	100,0

### 3.2. ESTUDO PSICOMÉTRICO DA ESCALA DE GENCAT

Para proceder ao estudo psicométrico desta escala procedeu-se à análise da fidelidade, da validade de constructo e da validade dos itens as quais se apresentam de seguida.

No estudo da fidelidade optou-se por utilizar o alfa de Cronbach ( $\alpha$ ), uma vez que, se estamos a analisar a consistência interna de um instrumento com respostas tipo escala de *rating* como aconselha Clara Coutinho (2014). De acordo com Almeida e Freire (1997), o alfa de Cronbach, pretende avaliar o grau de variância dos resultados da prova, associando o somatório da variância item a item.

Ao analisar o  $\alpha$  de Cronbach da totalidade da escala com os 69 itens sugeridos pelos autores, constatou-se que a escala apresenta uma muito boa fidelidade ( $\alpha=0,931$ ), dado que é superior a 0,90 (Pestana & Gagueiro, 2000).

No entanto, ao analisar a tabela de correlações de cada item com o total da escala, observou-se que alguns itens apresentavam uma correlação baixa com o total da prova inferior a 0,20, não cumprindo o critério de Streiner e Norman (1989). Estes autores referem que se aceitam como boas as correlações superiores a 0,20 com a nota global.

Portanto, excluíram-se todos os itens que tinham uma correlação com o total da prova inferior a 0,20. Para isso foram realizadas quatro análises de fidelidade que se descrevem em seguida e cujos alfas de Cronbach se observam na tabela 18.

- Na primeira análise foram retirados sete questões da escala original, as questões 21, 24, 25, 36, 40, 68 e 69, por apresentarem correlações inferiores a 0,20.
- Depois de se retirarem estes itens, realizou-se o mesmo processo e constatou-se que nesta análise seis itens diminuíram as suas correlações para valores inferiores a 0,20. Estes seis itens (20, 23, 37, 42, 53 e 67) foram eliminados.
- Ao realizar uma terceira análise de fidelidade, observou-se que o item 67 apresentava agora uma correlação inferior a 0,20, pelo que também foi retirado da escala.
- Na quarta análise constatou-se que todos os itens apresentavam correlações superiores a 0,20.

Durante a análise da validade de constructo, observou-se que o item 18 (relativo à vida sexual) apresentava saturações negativas com o fator 7 e que apresentava uma correlação nula com esse fator. Optou-se assim por eliminá-lo de forma a não comprometer a validade da escala. A escala final ficou constituída por 54 itens e com um Alfa de Cronbach de 0,940. Este valor de  $\alpha$  de Cronbach revela de acordo com Pestana e Gageiro (2000) muito boa consistência interna da escala, dado que é superior a 0,90.

**Tabela 18 - Valores de Alfa de Cronbach da escala Gencat**

<b>Alfa de Cronbach (presente estudo)</b>	<b>Alfa de Cronbach (escala original)</b>	<b>N.º itens</b>
0,931	0,916	69
0,938	-	62
0,940	-	56
0,940	-	55
0,940	-	54

Após à análise de fidelidade da prova, realizou-se o estudo da validade dos itens da escala reduzida. Para avaliar a validade dos itens, foram realizadas duas análises sugeridas por José Luís Pais Ribeiro (2007): correlação do item com a nota total do teste e o índice de discriminação do item.

A tabela 19 apresenta a análise de correlação do item com a nota total do teste da escala reduzida a 54 itens. Esta análise mostra que todos os itens apresentam uma correlação com o total da prova superior a 0,20, cumprindo assim o critério de Streiner e Norman (1989).

**Tabela 19 - Correlações de cada item da escala de Gencat com a nota global e alfa de Cronbach**

	<b>Correlação com o Total (excluindo o próprio item)</b>	<b>Alfa de Cronbach (excluindo o próprio item)</b>
Item 1	0,461	0,939
Item 2	0,390	0,939
Item 3	0,519	0,939
Item 4	0,449	0,939
Item 5	0,424	0,939
Item 6	0,427	0,939
Item 7	0,484	0,939
Item 8	0,580	0,938
Item 9	0,628	0,938
Item 10	0,301	0,940
Item 11	0,443	0,939
Item 12	0,438	0,939

Item 13	0,316	0,940
Item 14	0,425	0,939
Item 15	0,621	0,938
Item 16	0,459	0,939
Item 17	0,456	0,939
Item 19	0,208	0,940
Item 22	0,220	0,940
Item 26	0,201	0,941
Item 27	0,596	0,938
Item 28	0,485	0,939
Item 29	0,524	0,939
Item 30	0,639	0,938
Item 31	0,680	0,938
Item 32	0,423	0,939
Item 33	0,355	0,940
Item 34	0,613	0,938
Item 35	0,316	0,940
Item 38	0,527	0,939
Item 39	0,232	0,940
Item 41	0,352	0,940
Item 43	0,578	0,938
Item 44	0,546	0,939
Item 45	0,366	0,940
Item 46	0,644	0,938
Item 47	0,612	0,938
Item 48	0,534	0,939
Item 49	0,552	0,938
Item 50	0,492	0,939
Item 51	0,365	0,940
Item 52	0,456	0,939
Item 54	0,429	0,939
Item 55	0,505	0,939
Item 56	0,479	0,939
Item 57	0,281	0,940
Item 58	0,541	0,939
Item 59	0,510	0,939
Item 60	0,492	0,939
Item 61	0,412	0,939
Item 62	0,522	0,939
Item 63	0,593	0,938
Item 64	0,423	0,939
Item 66	0,378	0,939
A Cronbach total		0,940

Como sugere Pais Ribeiro (2007), para avaliar o estudo de validade dos itens, realizou-se também o índice de discriminação do item ao extremo. Esta análise permite avaliar se os itens da escala revelam capacidade de discriminar entre os sujeitos que realizam melhor e pior o teste. Para realizar esta análise selecionaram-se 25% dos sujeitos com melhor pontuação na escala e 25% com pior pontuação, como sugerem Murphy e Davidshofer (1998 *in* Ribeiro, 2007). Os resultados da análise pelo teste t podem observar-se na tabela 20.

**Tabela 20 - Índice de discriminação dos itens aos extremos da escala Gencat**

	P<25 n <sub>1</sub> =76		p>75 n <sub>2</sub> =78		t	p
	Média	D.P.	Média	D.P.		
Item 1	2,3816	0,84801	3,3205	0,61356	-7,855	0,000
Item 2	3,1447	0,91948	3,7821	0,47393	-5,386	0,000
Item 3	2,2763	0,72293	3,3333	0,67740	-9,365	0,000
Item 4	2,4737	0,85594	3,3077	0,70817	-6,579	0,000
Item 5	2,5263	0,88655	3,3462	0,69929	-6,361	0,000
Item 6	2,3421	0,84147	3,1667	0,65300	-6,782	0,000
Item 7	2,6974	0,99358	3,7051	0,45894	-8,045	0,000
Item 8	2,0921	0,85131	3,4103	0,63319	-10,922	0,000
Item 9	1,9868	0,73925	3,3979	0,54271	-13,523	0,000
Item 10	2,3947	0,95330	3,3077	0,84219	-6,303	0,000
Item 11	3,0921	1,00899	3,8590	0,3503	-6,268	0,000
Item 12	3,1184	0,92329	3,8462	0,42874	-6,246	0,000
Item 13	3,0921	1,09761	3,8205	0,41852	-5,415	0,000
Item 14	2,0921	1,13346	3,3590	0,92546	-7,587	0,000
Item 15	2,3684	0,87700	3,6282	0,48641	-10,984	0,000
Item 16	2,3158	0,95513	3,4872	0,61883	-9,007	0,000
Item 17	1,8026	0,74868	2,8718	0,72719	-8,900	0,000
Item 19	3,3289	0,87007	3,8462	0,42874	-4,660	0,000
Item 22	3,8995	0,94961	3,7821	0,50058	-4,011	0,000
Item 26	3,0921	0,95467	3,6410	0,64414	-4,172	0,000
Item 27	2,1579	0,95293	3,3205	0,63437	-8,889	0,000
Item 28	2,0395	0,87087	3,3718	0,75780	-10,136	0,000
Item 29	2,3947	0,88059	3,5256	0,59706	-9,304	0,000
Item 30	1,6842	0,83603	3,1538	0,60468	-12,472	0,000
Item 31	1,6711	0,66107	3,3974	0,67111	-16,078	0,000
Item 32	3,2500	0,91104	3,9103	0,28766	-6,032	0,000
Item 33	2,7763	1,23934	3,7695	0,56966	-5,785	0,000
Item 34	2,6447	0,87489	3,8333	0,37509	-10,907	0,000
Item 35	3,1579	0,86491	3,7821	0,55003	-5,328	0,000
Item 38	3,1447	0,90486	3,4103	0,71051	-9,667	0,000
Item 39	3,0000	0,95219	3,6667	0,61721	-5,141	0,000
Item 41	3,2105	0,82164	3,7692	0,50768	-5,061	0,000
Item 43	1,7500	0,65574	3,1026	0,65643	-12,790	0,000
Item 44	2,0263	0,87899	3,2949	0,68583	-10,00	0,000

Item 45	3,3553	0,76077	3,8333	0,37509	-4,926	0,000
Item 46	1,7388	0,82249	3,3462	0,66111	-13,400	0,000
Item 47	1,6447	0,84386	3,1410	0,65909	-12,242	0,000
Item 48	1,4474	0,85471	2,9359	0,82213	-10,983	0,000
Item 49	1,8289	1,06318	3,3518	0,66663	-10,757	0,000
Item 50	1,4342	0,77176	2,5385	0,84810	-8,444	0,000
Item 51	1,1711	0,50035	2,1795	1,23524	-6,670	0,000
Item 52	1,7895	0,69887	2,8205	0,75151	-8,811	0,000
Item 54	2,7632	0,78091	3,5000	0,59761	-6,586	0,000
Item 55	1,8816	0,96564	3,2436	0,75912	-9,715	0,000
Item 56	2,1842	0,76089	3,3590	0,60247	-10,637	0,000
Item 57	3,1974	1,04588	3,7051	0,66663	-3,582	0,000
Item 58	1,7237	0,79328	3,1410	0,78499	-11,144	0,000
Item 59	3,0526	0,67121	3,8846	0,32155	-9,769	0,000
Item 60	2,2500	1,07238	3,6282	0,68683	-9,474	0,000
Item 61	3,0526	0,78136	3,8205	0,41852	-7,574	0,000
Item 62	2,2632	0,02461	3,4359	0,61559	-8,582	0,000
Item 63	1,9605	0,97216	3,4231	0,61410	-11,129	0,000
Item 64	3,3289	0,85461	3,9231	0,26819	-5,789	0,000
Item 66	2,6579	1,16106	3,6797	0,67408	-6,655	0,000

Após a análise de fidelidade e validade dos itens da escala, foi-se avaliar a validade de constructo da escala obtida para compreender se a exclusão dos itens compromete a estrutura original da escala.

Para o estudo da validade de constructo recorreu-se à utilização das análises fatoriais exploratórias pelo método das componentes principais, utilizando as rotações ortogonais VARIMAX dos fatores.

Antes de se iniciar a análise fatorial, foi necessário avaliar se as correlações entre as variáveis originais são elevadas o suficiente para que a análise fatorial tenha utilidade na estimação de fatores comuns. Para este fim, podem ser utilizados o teste da esfericidade de Bartlett ou a “medida da adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (Maroco, 2007).

Como se pode observar na tabela 21, o KMO obtido é de 0,901, o qual segundo Pestana e Gageiro (2000) é classificado como um muito bom valor de KMO.

Tabela 21 – Valor de KMO

<b>KMO</b>	<b>0,901</b>
------------	--------------

Para determinar o número de fatores utilizou-se inicialmente o critério de Kaiser, no qual se recomenda que se retenham todos os fatores com o valor próprio superior a 1 (Kaiser & Caffrey, 1965 *in* Moreira, 2009). Por este critério, ficaram retidos 12 fatores. Quando se realizou a análise fatorial destes 12 fatores, observou-se que haviam quatro fatores com um número muito reduzido de itens (inferior a 3), optando-se assim por respeitar a estrutura da escala original e portanto foram utilizados 8 fatores.

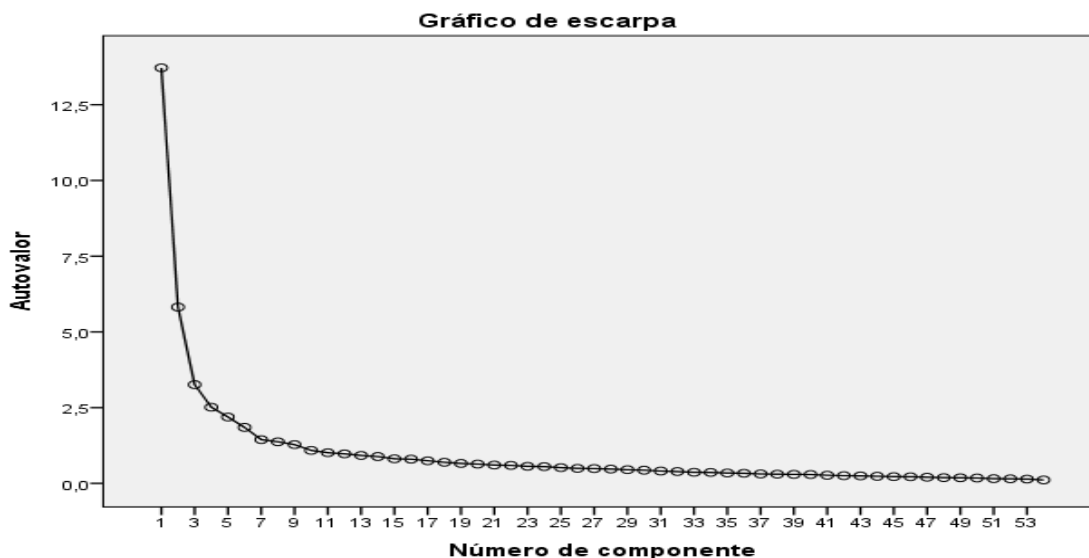
Como se pode observar pela tabela 22, estes fatores explicam uma variância de 59,563%, valor muito próximo dos 60% aconselhados por Pestana e Gageiro (2000).

**Tabela 22 - Análise fatorial dos componentes principais da escala Gencat e sua variância**

<b>Fatores</b>	Valor próprio Eigenvalue	% Variância	% Variância Acumulada
1	13,718	25,403	25,403
2	5,819	10,777	36,180
3	3,259	6,035	42,215
4	2,514	4,656	46,872
5	2,191	4,057	50,929
6	1,847	3,421	54,349
7	1,443	2,672	57,022
8	1,372	2,541	59,563

Para confirmar o número de fatores obtidos recorreu-se ao Gráfico de escarpa (Gráfico 1) dos valores próprios, cujo princípio é que à medida que se vão extraindo os fatores, estes vão explicando uma variância cada vez menor, até ao número de fatores onde resta a variância específica e aleatória. Graficamente, isto é observado através da forma “cotovelo” desenhada pelo gráfico dos valores próprios, onde existe um ponto de flexão, a partir do qual o gráfico se torna uma reta próxima da horizontal. (Moreira, 2009). Pela observação do gráfico através dos critérios explicados, pode-se corroborar a extração de 8 fatores para se proceder à rotação ortogonal VARIMAX.

Gráfico 1 - Gráfico de escarpa dos valores próprios



Em seguida, apresenta-se a tabela 23 com a estrutura fatorial da escala e respetivas saturações. Observa-se que todos os itens apresentam saturações superiores a 0,30 como recomenda Moreira (2009).

Depois de analisar a distribuição dos itens, atribuiu-se significado a cada fator, tentando respeitar os domínios da escala original. Como recomenda Moreira (2009), na denominação dos fatores prestou-se maior atenção aos itens que apresentassem saturações superiores a 0,70 e superiores a 0,50. Nomearam-se, assim, os oito fatores: ao fator 1 atribuiu-se a autodeterminação, ao fator 2 o suporte institucional, ao 3 a Satisfação Ocupacional, ao fator 4 o Bem Estar Emocional; ao 5 a Inclusão Social, ao factor 6 denominou-se as Condições Habitacionais e Comunitárias, ao fator 7 atribuiu-se a Auto-Eficácia e ao último fator o Bem-Estar Físico.

Relativamente aos itens que apresentavam saturações em mais do que um fator, decidiu-se integrá-los no fator onde apresentava maior saturação à exceção de três itens. Nestes três itens verificou-se que saturavam noutros fatores com uma diferença inferior a 0,20. Realizou-se, assim, uma análise de conteúdo desses itens (a sublinhado na tabela 23):

- O item 16 (“Demonstra que se sente querido pelas pessoas que são importantes para si”) tem maior saturação no fator 3 (0,607) (Satisfação Ocupacional), no entanto considerou-se que de acordo com o seu conteúdo associava-se melhor ao fator 4 (0,551) (Bem estar Emocional).

- O item 22 “Mostra-se descontente com o local onde vive” satura no fator 4 (0,505) e no fator 6 (0,380). Relativamente ao conteúdo, considerou-se que este item estava mais relacionado com a Condição habitacional e Comunitária (Fator 6) do que com o Bem-Estar Emocional (fator 4).
- O item 61 (“No ambiente que o rodeia é tratado com respeito”) satura no fator 4 (0,456) e no fator 6 (0,482). Apesar de ter maior saturação no fator 6, optou-se pelo fator 4. O respeito referido no item está mais relacionado com o Bem-estar Emocional (fator 4) do que com as Condições Habitacionais e Comunitárias (fator 6).

**Tabela 23: Estrutura fatorial e respetivos loadings**

	Fatores							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Item 50	<b>0,812</b>							
Item 47	<b>0,755</b>							
Item 48	<b>0,753</b>				0,314			
Item 49	<b>0,751</b>							
Item 51	<b>0,634</b>							
Item 44	<b>0,626</b>					0,334		
Item 66	<b>0,595</b>				0,386			
Item 46	<b>0,556</b>	0,383	0,330					
Item 43	<b>0,511</b>		0,473					
Item 63	<b>0,482</b>				0,349			
Item 32		<b>0,864</b>						
Item 45		<b>0,789</b>						
Item 64		<b>0,758</b>						
Item 57		<b>0,753</b>						
Item 33		<b>0,673</b>				-0,303		
Item 29		<b>0,631</b>						
Item 62	0,405	<b>0,507</b>			0,357			
Item 28	0,328	<b>0,387</b>				0,301		
Item 15			<b>0,674</b>	0,355				
Item 9			<b>0,670</b>					
Item 8			<b>0,660</b>					
<u>Item 16</u>			0,607	<u>0,551</u>				
Item 14			<b>0,529</b>					
Item 7			<b>0,525</b>		0,350			
Item 56			<b>0,512</b>			0,344		
Item 31	0,433	0,386	<b>0,510</b>					
Item 34		0,396	<b>0,499</b>					
Item 10				<b>0,749</b>				
Item 13				<b>0,729</b>				
Item 1			0,409	<b>0,647</b>				
Item 11				<b>0,601</b>	0,401			
Item 6			0,409	<b>0,587</b>				
Item 3			0,496	<b>0,576</b>				
Item 12				<b>0,512</b>	0,360			

<u>Item 22</u>			0,505		<u>0,380</u>		
Item 2			<b>0,489</b>			0,455	0,331
Item 60				<b>0,635</b>			
Item 58				<b>0,609</b>			
Item 59		0,327		<b>0,522</b>			
Item 55	0,340			<b>0,498</b>			
Item 17	0,339			<b>0,440</b>			
Item 26					<b>0,757</b>		
Item 19					<b>0,708</b>		
Item 52					<b>0,523</b>		
Item 39		0,314			<b>0,509</b>		
<u>Item 61</u>			<u>0,456</u>			0,482	
Item 5							<b>0,688</b>
Item 4	0,322						<b>0,685</b>
Item 27		0,482					<b>0,491</b>
Item 30	0,339			0,429			<b>0,480</b>
Item 35							<b>0,442</b>
Item 41							<b>0,737</b>
Item 38							<b>0,673</b>
Item 54					0,339		<b>0,358</b>

Através da tabela 24 podem-se observar os alfa de Cronbach dos 8 fatores. Na tabela, observa-se que nos fatores da autodeterminação, suporte institucional, satisfação ocupacional e bem-estar emocional os valores de alfa de Cronbach são superiores a 0,80, o que revela um boa consistência interna nesse fatores (Pestana & Gagueiro, 2000). Os restantes fatores têm alfa de Cronbach inferiores a 0,80, no entanto Pais Ribeiro (2007) afirma que estes valores podem ser aceites quando o número de itens é muito reduzido. Portanto, pode-se concluir que podemos aceitar estes  $\alpha$  de Cronbach pois o número de itens nesses fatores é igual ou inferior a 5.

Também se pode observar na tabela 24, que a escala obtida apresenta melhores valores de fidelidade do que a escala original. Os domínios obtidos são diferentes dos da escala original no entanto, quando esses domínios avaliam o mesmo domínio do constructo de QV, são comparados os  $\alpha$  de Cronbach dos fatores das duas escalas.

Ao observar a tabela 24, verifica-se que foram comparados os domínios: Autodeterminação, Bem-Estar Emocional, Inclusão Social, Bem-Estar Físico. O alfa de Cronbach dos domínios da escala obtida neste estudo é superior ao alfa dos domínios da escala original. Esta superioridade na fidelidade dos domínios verifica-se, mesmo nos fatores que apresentam menos itens: Inclusão Social e Bem-estar Físico.

**Tabela 24 - Valores de alfa de Cronbach dos domínios da escala Gencat**

	Escala original		Escala presente estudo	
	Alfa de Cronbach	Nº Itens	Alfa de Cronbach	Nº Itens
Autodeterminação	0,88	9	0,894	10
Suporte Institucional	-	-	0,858	8
Satisfação Ocupacional	-	-	0,844	8
Bem-estar Emocional	0,83	8	0,880	10
Inclusão Social	0,57	8	0,767	5
Cond. Habitac. e Comunitárias	-	-	0,687	5
Auto-eficácia	-	-	0,767	5
Bem-estar Físico	0,47	8	0,667	3
<b>Total</b>	<b>0,92</b>	<b>69</b>	<b>0,940</b>	<b>44</b>

Realizou-se o estudo das correlações das dimensões da escala com a nota global e verificou-se que todas as dimensões desta escala apresentam correlações estatisticamente muito significativas ( $p < 0,01$ ) com a escala, como se pode observar na tabela X.

**Tabela 25 - Correlações dos fatores com a escala Gencat**

	<b>r</b>	<b>p</b>
Autodeterminação	0,774	0,000
Suporte Institucional	0,630	0,000
Satisfação Ocupacional	0,845	0,000
Bem-estar Emocional	0,635	0,000
Inclusão Social	0,731	0,000
Condição Habitacional e Comunitária	0,444	0,000
Auto-eficácia	0,744	0,000
Bem-estar Físico	0,603	0,000

Após realizar a análise de fidelidade, validade dos itens e validade de constructo, obteve-se uma escala válida e fidedigna, que se pode observar no ANEXO 6. Na tabela 26 apresentam-se os valores ponderados do mínimo, máximo, média, desvio padrão e quartis da amostra deste estudo para a escala validada.

Através da análise da tabela 26, observamos que se obteve uma média ponderada na escala de 2,97 com desvio padrão de 0,42.

Relativamente, à autodeterminação, a amostra obteve uma média de 2,47 com desvio padrão de 0,69, variando os valores entre 1 e 4. No suporte institucional obteve-se a média ponderada de 3,28, com desvio padrão 0,57. A amostra na satisfação ocupacional teve uma média de 2,93, com desvio padrão de 0,60. Em relação ao bem-estar emocional, a média ponderada é 3,18 e o desvio padrão 0,54. A média ponderada da inclusão social é de 2,79, cujo desvio padrão é 0,65. Nas condições habitacionais e comunitárias, obteve-se uma média de 3,23 e um desvio padrão de 0,53. Na auto-eficácia a média ponderada obtida foi de 2,96 e o desvio padrão de 0,57. Relativamente ao bem-estar físico a amostra teve uma média de 3,16 e um desvio padrão de 0,62.

**Tabela 26 - Caraterização das pessoas com deficiência, relativamente à QV**

	<b>N</b>	<b>Mín.</b>	<b>Máx.</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>P25</b>	<b>P50</b>	<b>P75</b>
Gencat total	303	1,43	3,89	2,97	0,42	2,70	3,04	3,26
Autodeterminação	303	1,00	4,00	2,47	0,69	1,90	2,50	3,00
Suporte Institucional	303	1,25	4,00	3,28	0,57	3,00	3,38	3,75
Satisfação Ocupacional	303	1,00	4,00	2,93	0,60	2,63	3,00	3,38
Bem-estar Emocional	303	1,30	4,00	3,18	0,54	2,90	3,30	3,50
Inclusão Social	303	1,20	4,00	2,79	0,65	2,40	2,80	3,40
Cond. Habit. Comunit.	303	1,60	4,00	3,23	0,53	2,80	3,40	3,60
Auto-eficácia	303	1,20	4,00	2,96	0,57	2,60	3,00	3,40
Bem-estar Físico	303	1,00	4,00	3,16	0,62	2,67	3,33	3,67

### 3.3. HIPÓTESES EM ESTUDO

Neste capítulo apresenta-se a análise das hipóteses formuladas. Nesta análise pretende-se compreender melhor como se manifesta a QV nas pessoas adultas com deficiência em Portugal e se os indicadores em estudo se relacionam com a mesma.

Para esta análise foram realizados testes paramétricos, uma vez que a amostra é superior a 30. Pelo teorema do limite central, enunciado por Maroco (2007), assume-se que numa amostra de dimensão superior a 30 a distribuição da média amostral é aproximada à normal.

## H1: A QV está relacionada com o sexo.

Para analisar esta hipótese utilizou-se um teste t onde se compararam a igualdade das médias entre os indivíduos de sexo masculino e feminino. Na tabela 27, observa-se que não existem diferenças estatisticamente significativas da QV e dos 8 fatores avaliados entre as pessoas adultas com deficiência do sexo masculino e feminino, pois o  $p > 0,05$  em todos os casos.

Tabela 27 - Médias, desvios padrões e *t de student* das pessoas com deficiência, por sexo.

	Feminino $n_1=129$		Masculino $n_2=174$		t	p
	Média	D.P.	Média	D.P.		
Gencat	2,97	0,41	2,97	0,42	-0,056	0,956
Autodeterminação	2,46	0,70	2,47	0,69	-0,103	0,918
Suporte Institucional	3,27	0,55	3,29	0,59	-0,233	0,816
Satisfação Ocupacional	2,99	0,60	2,88	0,60	1,495	0,136
Bem-estar emocional	3,16	0,58	3,20	0,51	-0,629	0,530
Inclusão Social	2,78	0,63	2,80	0,66	-0,232	0,817
Cond. Habit. Comunit.	3,18	0,58	3,27	0,49	-1,414	0,158
Auto-eficácia	2,96	0,56	2,96	0,57	-0,013	0,989
Bem-estar físico	3,18	0,61	3,14	0,62	0,660	0,510

## H2: A QV está relacionada com a idade.

Para analisar a correlação entre a idade e a QV foi utilizada uma correlação de Pearson. Pela análise da tabela 28, pode-se constatar que a idade não está relacionada com os resultados da Gencat ( $r_{(299)} = -0,32$ ;  $p > 0,05$ ). Verifica-se também que a idade está relacionada inversamente com F2 ( $r_{(299)} = -0,279$ ;  $p = 0,000$ ) e F8 ( $r_{(299)} = -0,142$ ;  $p < 0,05$ ). Conclui-se portanto que quando maior a idade menor qualidade no apoio institucional e menor bem-estar físico.

Tabela 28 - Correlação entre idade e a QV das pessoas com deficiência

	Gencat	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	
Idade	r	-0,32	0,105	-0,279	0,052	-0,031	-0,106	0,107	0,028	-0,142
N=299	p	0,584	0,070	<b>0,000</b>	0,370	0,599	0,068	0,065	0,636	<b>0,014</b>

F1 – Autodeterminação; F2 – Suporte Institucional; F3 – Satisfação Ocupacional; F4 – Bem-estar Emocional; F5 – Inclusão Social; F6 – Condições Habitacionais e Comunitárias; F7 – Auto-eficácia; F8 – Bem-estar Físico.

### H3: A QV está relacionada com o grau de incapacidade.

Como se pode observar na tabela 11, os graus de incapacidade estão distribuídos em 4 categorias, sendo que a categoria “inferior a 30%” possui um número muito reduzido (n=2) por isso optou-se por ignorar esta categoria nesta análise.

Na mesma tabela (tabela 11), pode-se constatar que o *n* da categoria “30 a 59%” é também reduzido (n=10). Em análise prévia das médias e desvios padrões, averiguou-se que não havia grandes diferenças de médias entre este grupo e o grupo imediatamente a seguir (60 a 80%). Portanto, a análise desta hipótese baseou-se nas duas categorias superiores cujas amostras possuem uma dimensão maior.

Pela análise da tabela 29, constata-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre as duas categorias em estudo. Existem diferenças significativas ao nível da autodeterminação ( $t = -2,202$ ;  $p=0,033$ ) e suporte institucional ( $t = -2,095$ ;  $p=0,043$ ) e há diferenças muito significativas no bem-estar físico ( $t = -4,410$ ;  $p=0,000$ ).

Pela observação da tabela 29, conseguimos compreender qual grupo apresenta médias mais elevadas nos fatores com diferenças significativas. Constata-se que os indivíduos com incapacidade superior a 80% têm menor autodeterminação do que os que apresentam incapacidade entre 60 e 80% ( $M_1=1,99$ ;  $DP_1=0,79$ ;  $M_2 = 2,34$ ;  $DP_2 = 0,55$ ). No Suporte Institucional, as pessoas com menor incapacidade (60 a 80%) apresentam melhores resultados no suporte institucional ( $M_1 = 2,93$ ;  $DP_1 = 0,73$ ;  $M_2 = 3,23$ ;  $DP_2 = 0,43$ ). No Bem-estar físico as pessoas com maior incapacidade revelam menores pontuações ( $M_1 = 2,64$ ;  $DP_1 = 0,57$ ;  $M_2 = 3,19$ ;  $DP_2 = 0,56$ ).

Tabela 29 - Médias, desvios padrões e *t* de student da QV das pessoas com deficiência, por grau de incapacidade

Grau Incapacidade	>80% n <sub>1</sub> =129		60 a 80% n <sub>2</sub> =174		t	p
	Média	D.P.	Média	D.P.		
Gencat	2,76	0,55	2,96	0,31	-1,854	0,072
Autodeterminação	1,99	0,79	2,34	0,55	-2,202	<b>0,033</b>
Suporte Institucional	2,93	0,73	3,23	0,43	-2,095	<b>0,043</b>
Satisfação Ocupacional	2,78	0,77	2,91	0,53	-0,858	0,396
Bem-estar Emocional	3,20	0,64	3,21	0,40	-0,039	0,969
Inclusão Social	2,53	0,80	2,75	0,56	-1,379	0,176
Condições Habit. Comunit.	3,20	0,46	3,30	0,46	-0,973	0,333
Auto-eficácia	2,94	0,60	3,06	0,47	-1,034	0,303
Bem-estar Físico	2,64	0,57	3,19	0,56	-4,410	<b>0,000</b>

#### **H4: A QV está relacionada com a condição habitacional.**

Revendo a tabela 12 pode-se constatar que na questão condição habitacional havia 7 respostas possíveis: independente, independente com apoios específicos, residência familiar, acolhimento familiar, residência autónoma, lar residencial para pessoas com deficiência e lar residencial não específico.

Existem vários estudos que concluem que o internamento e a segregação em contextos protegidos condiciona a sua QV (Heller, Factor, Hsieh & Hahn, 1998 *in* Cummins, 2002; Cancian & Dias, 2000). Para conseguir corroborar estes estudos, optou-se por agrupar as condições habitacionais em dois grupos: Família e Intuição.

No grupo “família” foram agrupadas as respostas que se referiam ao contexto familiar: independente, independente com apoios específicos, residência familiar e acolhimento familiar. No grupo “intuição” associaram-se as as condições habitacionais onde existe o internamento e a segregação referidos acima. Neste grupo incluíram-se as respostas: residência autónoma, lar residencial para pessoas com deficiência e lar residencial não específico.

Na tabela 30, podemos observar a média e o desvio padrão destes dois grupos ao nível da escala Gencat e dos 8 fatores, bem como o resultado do teste t entre os dois grupos. Por análise da tabela compreende-se que existem diferenças estatisticamente muito significativas entre os dois grupos nos resultados obtidos na escala Gencat ( $t = 3,320$ ;  $p = 0,01$ ), no suporte institucional ( $t = 6,176$ ;  $p=0,000$ ), na inclusão social ( $t = 5,714$ ;  $p=0,000$ ) e nas condições habitacionais e comunitárias ( $t = 6,487$ ;  $p=0,000$ ). Conclui-se também que existem diferenças estatisticamente significativas na autodeterminação ( $t = 2,130$ ;  $p=0,034$ ) e na auto-eficácia ( $t = 2,284$ ;  $p=0,023$ ).

Para compreender o resultados obtidos é necessário comparar as médias das duas condições habitacionais analisadas nos fatores com diferenças significativas. Percebe-se, então que as pessoas com deficiência que vivem em contexto familiar apresentam melhor QV na escala Gencat ( $M_1=3,01$ ;  $DP_1=0,40$ ;  $M_2=2,81$ ;  $DP_2=0,45$ ).

Na Autodeterminação as indivíduos em contexto familiar também apresentam melhores médias ( $M_1=2,51; DP_1=0,68; M_2=2,29; DP_2=0,74$ ). No Suporte Institucional os indivíduos do grupo “família” também apresentam melhores resultados ( $M_1=3,40; DP_1=0,47; M_2=2,78; DP_2=0,72$ ). As pessoas que se encontram em contexto familiar apresentam uma melhor Inclusão Social relativamente às pessoas institucionalizadas ( $M_1=2,89; DP_1=0,62; M_2=2,37; DP_2=0,59$ ). Também ao nível da Auto-Eficácia, os indivíduos que se encontram em ambiente familiar apresentam melhores resultados do que as que vivem institucionalizadas ( $M_1=2,99; DP_1=0,56; M_2=2,80; DP_2=0,58$ ).

Relativamente à condição habitacional e comunitária, os indivíduos que vivem com famílias apresentam médias mais baixas do que os que vivem institucionalizados ( $M_1=3,15; DP_1=0,60; M_2=3,16; DP_2=0,70$ ).

**Tabela 30 - Médias, desvios padrões e t de student da QV das pessoas com deficiência, por condição habitacional**

	Família $n_1=246$		Instituição $n_2=57$		t	p
	Média	D.P.	Média	D.P.		
Gencat	3,01	0,40	2,81	0,45	3,320	<b>0,001</b>
Autodeterminação	2,51	0,68	2,29	0,74	2,130	<b>0,034</b>
Suporte Institucional	3,40	0,47	2,78	0,72	6,176	<b>0,000</b>
Satisfação Ocupacional	2,95	0,59	2,81	0,65	1,492	0,137
Bem-estar Emocional	3,20	0,54	3,11	0,50	1,121	0,263
Inclusão Social	2,89	0,62	2,37	0,59	5,714	<b>0,000</b>
Condições. Habitac. Comunit.	3,16	0,55	3,51	0,31	-6,487	<b>0,000</b>
Auto-eficácia	2,99	0,56	2,80	0,58	2,284	<b>0,023</b>
Bem-estar Físico	3,15	0,60	3,16	0,70	-0,102	0,919

##### **H5: A QV está relacionada com as habilitações académicas.**

Na tabela 13 relativa às habilitações académicas das pessoas com deficiência deste estudo, pode-se observar que a pergunta possibilitava 6 respostas possíveis: Formação académica superior concluída, ensino secundário/formação profissional, 3.º ciclo, 2.º ciclo e 1.º ciclo do ensino básico e ainda não sabe ler nem escrever autonomamente.

Dado que na resposta “ensino secundário/formação profissional” só houve 14 respostas, optou-se por agrupar esta categoria com a “3.º ciclo do ensino básico” para esta análise. Surge então um grupo de sujeitos que inclui os indivíduos com a escolaridade de 3.º ciclo ou ensino secundário, com o n de 75 ( $n_1=75$ ).

Através das tabelas 31 e 32 podemos constatar que existem diferenças estatisticamente muito significativas de QV pela Gencat ( $Z_{(3,298)} = 5,438$ ;  $p \leq 0,01$ ), de autodeterminação ( $Z_{(3,298)} = 14,979$ ;  $p=0,01$ ), de suporte institucional ( $Z_{(3,298)} = 19,890$ ;  $p=0,00$ ), de Inclusão Social ( $Z_{(3,298)} = 5,910$ ;  $p=0,01$ ) e de (F8) Bem Estar Físico ( $Z_{(3,298)} = 7,658$ ;  $p=0,00$ ). Observa-se que existem diferenças significativas entre os grupos de habilitação académica relativamente ao Bem Estar Emocional ( $Z_{(3,298)} = 2,747$ ;  $p=0,043$ ).

Através do teste de comparações múltiplas, pelo teste de Bonferroni (tabela 33) constatámos que as diferenças verificam-se:

- Na escala Gencat existem diferenças estatisticamente muito significativas entre os indivíduos que não sabem ler ou escrever e os que possuem 3.º ciclo ou ensino secundário. Os que não sabem ler nem escrever apresentam resultados inferiores;
- Na autodeterminação existe diferença estatisticamente muito significativa entre as pessoas com deficiência que não sabem ler nem escrever e os restantes grupos. O grau de habilitação académica está diretamente relacionada com a autodeterminação.
- Ao nível do suporte institucional existem diferenças estatisticamente muito significativas entre o grupo não sabe ler nem escrever e os grupos: secundário ou 3.º ciclo e o 2.º ciclo. Também existem diferenças significativas entre o 1.º ciclo e o 2.º ciclo. Neste fator não é evidente uma relação entre o grau académico e a qualidade de suporte institucional, apesar do grupo não sabe ler nem escrever ter menor média do que os restantes grupos.

- No bem-estar emocional obtiveram-se conclusões diferentes na ANOVA e nos testes de comparações múltiplas, pelo que não se consegue identificar no teste Bonferroni os pares que apresentam diferenças de médias. Isto deve-se ao facto da ANOVA ser um teste mais potente do que o das comparações múltiplas (Maroco, 2007).
- Na inclusão social os indivíduos que não sabem ler ou escrever possuem médias inferiores aos que possuem 1.º ciclo e uma média estatisticamente muito inferior ao 3.º ciclo ou ensino secundário.
- As pessoas com deficiência que não sabem ler nem escrever apresentam uma média estatisticamente muito inferior ao nível do bem-estar físico relativamente às que possuem o 3.º ciclo ou ensino secundário ou profissional.

**Tabela 31 - Médias e desvios da QV das pessoas com deficiência, por habilitação académica**

		Secundário e 3.º Ciclo N <sub>1</sub> =75	2.º Ciclo N <sub>2</sub> =47	1.º Ciclo N <sub>3</sub> =41	Não sabe ler nem escrever N <sub>4</sub> =139
<b>Gencat</b>	Média	3,10	3,05	2,96	2,88
	D.P.	0,42	0,43	0,39	0,40
<b>Autodeterminação</b>	Média	2,75	2,69	2,61	2,20
	D.P.	0,66	0,65	0,63	0,65
<b>Suporte Institucional</b>	Média	3,50	3,62	3,25	3,05
	D.P.	0,41	0,31	0,44	0,65
<b>Satisfação Ocupacional</b>	Média	3,03	2,95	2,89	2,88
	D.P.	0,58	0,58	0,50	0,65
<b>Bem-estar Emocional</b>	Média	3,13	3,11	3,04	3,27
	D.P.	0,56	0,60	0,52	0,49
<b>Inclusão Social</b>	Média	2,98	2,84	2,94	2,63
	D.P.	0,57	0,64	0,57	0,68
<b>Condições Habitacionais e Comunitárias</b>	Média	3,24	3,14	3,10	3,30
	D.P.	0,53	0,66	0,60	0,45
<b>Auto-eficácia</b>	Média	2,99	2,95	2,99	2,93
	D.P.	0,58	0,59	0,55	0,56
<b>Bem-estar Físico</b>	Média	3,41	3,23	3,11	3,01
	D.P.	0,58	0,63	0,55	0,61

Tabela 32 - Análise de variância da QV das pessoas com deficiência, por habilitação acadêmica

		Soma dos quadrados	Graus de Liberdade	Quadrados Médios	Z	p
<b>Gencat</b>	Entre Grupos	2,702	3	0,901	5,438	<b>0,001</b>
	Nos Grupos	49,361	298	0,166		
<b>Autodeterminação</b>	Entre Grupos	18,915	3	6,305	14,979	<b>0,000</b>
	Nos Grupos	125,437	298	0,421		
<b>Suporte Institucional</b>	Entre Grupos	16,512	3	5,504	19,890	<b>0,000</b>
	Nos Grupos	82,459	298	0,277		
<b>Satisfação Ocupacional</b>	Entre Grupos	1,172	3	0,391	1,069	0,362
	Nos Grupos	108,910	298	0,365		
<b>Bem-estar Emocional</b>	Entre Grupos	2,329	3	0,776	2,747	<b>0,043</b>
	Nos Grupos	84,213	298	0,283		
<b>Inclusão Social</b>	Entre Grupos	7,090	3	2,363	5,910	<b>0,001</b>
	Nos Grupos	119,168	298	0,400		
<b>Condições Habitacionais e Comunitárias</b>	Entre Grupos	1,750	3	0,583	2,097	0,101
	Nos Grupos	82,902	298	0,278		
<b>Auto-eficácia</b>	Entre Grupos	0,194	3	0,065	0,199	0,897
	Nos Grupos	96,852	298	0,325		
<b>Bem-estar Físico</b>	Entre Grupos	8,264	3	2,755	7,658	<b>0,000</b>
	Nos Grupos	107,199	298	0,360		

Tabela 33 - Análise de variância na QV, autodeterminação, suporte institucional, bem-estar emocional, inclusão social e bem-estar físico, utilizando o teste de Bonferroni.

		Habilitação Acadêmica (I)	Habilitação Acadêmica (J)	Diferenças de médias (I-J)	p
<b>Gencat</b>	Secundário e 3ºCiclo	2.º Ciclo		0,04	1,000
		1.º Ciclo		0,13	0,570
		Não sabe ler/escrever		0,22	<b>0,001</b>
	2.º Ciclo	Secundário e 3.º Ciclo		-0,04	1,000
		1.º Ciclo		0,09	1,000
		Não sabe ler/escrever		0,18	0,064
	1.º Ciclo	Secundário e 3.º Ciclo		-0,13	0,570
		2.º Ciclo		-0,09	1,000
		Não sabe ler/escrever		0,09	1,000
	Não sabe ler/escrever	Secundário e 3.º Ciclo		-0,22	<b>0,001</b>
		2.º Ciclo		-0,18	0,064
		1.º Ciclo		-0,09	1,000
<b>Autodeterminação</b>	Secundário e 3ºCiclo	2.º Ciclo		0,06	1,000
		1.º Ciclo		0,14	1,000
		Não sabe ler/escrever		0,55	<b>0,000</b>
	2.º Ciclo	Secundário e 3.º Ciclo		-0,06	1,000
		1.º Ciclo		0,08	1,000
		Não sabe ler/escrever		0,49	<b>0,000</b>
1.º Ciclo	Secundário e 3.º Ciclo		-0,14	1,000	

		2.º Ciclo	0,08	1,000
		Não sabe ler/escrever	0,41	<b>0,003</b>
	Não sabe ler/ escrever	Secundário e 3.º Ciclo	-0,55	<b>0,000</b>
		2.º Ciclo	-0,49	<b>0,000</b>
		1.º Ciclo	-0,41	<b>0,000</b>
<b>Suporte Institucional</b>	Secundário e 3ºCiclo	2.º Ciclo	-0,12	1,000
		1.º Ciclo	0,25	0,083
		Não sabe ler/escrever	0,45	<b>0,000</b>
	2.º Ciclo	Secundário e 3.º Ciclo	0,12	1,000
		1.º Ciclo	0,38	<b>0,006</b>
		Não sabe ler/escrever	0,57	<b>0,000</b>
	1.º Ciclo	Secundário e 3.º Ciclo	-0,25	0,083
		2.º Ciclo	-0,38	<b>0,006</b>
		Não sabe ler/escrever	0,20	0,218
	Não sabe ler/ escrever	Secundário e 3.º Ciclo	-0,45	<b>0,000</b>
		2.º Ciclo	-0,57	<b>0,000</b>
		1.ºCiclo	-0,20	0,218
<b>Bem-estar Emocional</b>	Secundário e 3ºCiclo	2.º Ciclo	0,02	1,000
		1.º Ciclo	0,09	1,000
		Não sabe ler/escrever	-0,14	0,388
	2.º Ciclo	Secundário e 3.º Ciclo	-0,02	1,000
		1.º Ciclo	0,07	1,000
		Não sabe ler/escrever	-0,16	0,462
	1.º Ciclo	Secundário e 3.º Ciclo	-0,09	1,000
		2.º Ciclo	-0,07	1,000
		Não sabe ler/escrever	-0,23	0,098
	Não sabe ler/ escrever	Secundário e 3.º Ciclo	0,14	0,388
		2.º Ciclo	0,16	0,462
		1.ºCiclo	0,23	0,098
<b>Inclusão Social</b>	Secundário e 3ºCiclo	2.º Ciclo	0,13	1,000
		1.º Ciclo	0,04	1,000
		Não sabe ler/escrever	0,34	<b>0,001</b>
	2.º Ciclo	Secundário e 3.º Ciclo	-0,13	1,000
		1.º Ciclo	-0,09	1,000
		Não sabe ler/escrever	0,21	0,294
	1.º Ciclo	Secundário e 3.º Ciclo	-0,04	1,000
		2.º Ciclo	0,09	1,000
		Não sabe ler/escrever	0,30	<b>0,042</b>
	Não sabe ler/ escrever	Secundário e 3.º Ciclo	-0,34	<b>0,001</b>
		2.º Ciclo	-0,21	0,294
		1.ºCiclo	-0,30	<b>0,042</b>
<b>Bem-estar Físico</b>	Secundário e 3ºCiclo	2.º Ciclo	0,17	0,709
		1.º Ciclo	0,30	0,058
		Não sabe ler/escrever	0,40	<b>0,000</b>
	2.º Ciclo	Secundário e 3.º Ciclo	-0,17	0,709
		1.º Ciclo	0,13	1,000
		Não sabe ler/escrever	0,23	0,154
	1.º Ciclo	Secundário e 3.º Ciclo	-0,30	0,058
		2.º Ciclo	-0,13	1,000
		Não sabe ler/escrever	0,10	1,000
	Não sabe ler/ escrever	Secundário e 3.º Ciclo	-0,40	<b>0,000</b>
		2.º Ciclo	-0,23	0,154
		1.ºCiclo	-0,10	1,000

**H6 a H10: A QV está relacionada com o tipo de deficiência: perturbação cognitiva, deficiência motora ou física, perturbação do espectro do autismo, cegueira/ambliopia e surdez.**

Pela tabela 35 verifica-se que a intensidade das perturbações analisadas não se correlacionam com as Condições Habitacionais e Comunitárias ( $p > 0,05$ ). Em seguida ir-se-á analisar os resultados das correlações de Pearson por perturbação:

- H6: QV vs Perturbação Cognitiva.

Pode-se constatar que a intensidade da perturbação cognitiva tem uma correlação inversa estatisticamente muito significativa com os resultados da Gencat ( $r_{(303)} = -0,498$ ;  $p \leq 0,001$ ), com a Autodeterminação ( $r_{(303)} = -0,563$ ;  $p \leq 0,001$ ), com o Suporte Institucional ( $r_{(303)} = -0,476$ ;  $p \leq 0,001$ ), com a Satisfação Ocupacional ( $r_{(303)} = -0,415$ ;  $p \leq 0,001$ ), com a Inclusão Social ( $r_{(303)} = -0,384$ ;  $p \leq 0,001$ ), a Auto-Eficácia ( $r_{(303)} = -0,318$ ;  $p \leq 0,001$ ) e com o Bem Estar Físico ( $r_{(303)} = -0,207$ ;  $p \leq 0,001$ ). Não se correlacionando com Bem-estar emocional ( $r_{(303)} = -0,087$ ;  $p > 0,05$ ) nem com F6 – condições habitacionais e comunitárias ( $r_{(303)} = -0,037$ ;  $p > 0,05$ ).

- H7: QV vs Deficiência Motora ou Física

Através da tabela 35, observa-se que a deficiência motora está inversamente muito relacionada com a autodeterminação ( $r_{(303)} = -0,286$ ;  $p \leq 0,001$ ), com o suporte institucional ( $r_{(303)} = -0,322$ ;  $p \leq 0,001$ ), com a inclusão social ( $r_{(303)} = -0,224$ ;  $p \leq 0,001$ ) e com o bem estar físico ( $r_{(303)} = -0,431$ ;  $p \leq 0,001$ ). Não apresenta correlações significativas com os restantes fatores da escala.

- H8: QV vs Perturbação do Espectro do Autismo

Observando a tabela 35, constata-se que a intensidade de sintomas da perturbação do espectro do autismo está inversamente muito correlacionada com a escala Gencat e com todos os fatores ( $p \leq 0,01$ ) com exceção das condições habitacionais e comunitárias ( $r_{(303)} = -0,109$ ;  $p > 0,05$ ).

- H9: QV vs Cegueira/Ambliopia

Relativamente às correlações da cegueira/ambliopia pode-se afirmar que a gravidade da deficiência visual está inversamente correlacionada com o resultado da Gencat e com os fatores: autodeterminação ( $r_{(303)} = -0,156$ ;  $p < 0,05$ ), suporte institucional ( $r_{(303)} = -0,176$ ;  $p < 0,05$ ), inclusão social ( $r_{(303)} = -0,145$ ;  $p < 0,05$ ). A deficiência visual está muito correlacionada com o Bem Estar Físico ( $r_{(303)} = -0,187$ ;  $p \leq 0,001$ ).

- H10: QV vs Surdez

Pela análise da tabela 35, pode-se constatar que não se verificam correlações entre a intensidade da surdez e a escala e os seus fatores, pois o  $p > 0,05$ .

Tabela 34 - Correlação da gravidade da perturbação e da QV e seus domínios sofrimento, nas pessoas com deficiência

		Perturbação Cognitiva	Deficiência Motora	P. Espectro Autismo	Cegueira/Ambliopia	Surdez
<b>Gencat</b>	r	-0,498	-0,256	-0,399	-0,156	-0,021
	p	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,007</b>	0,718
<b>Autodeterminação</b>	r	-0,563	-0,286	-0,315	-0,127	-0,042
	p	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,027</b>	0,461
<b>Suporte Institucional</b>	r	-0,476	-0,322	-0,232	-0,176	-0,053
	p	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,002</b>	0,354
<b>Satisfação Ocupacional</b>	r	-0,415	-0,066	-0,452	-0,075	-0,014
	p	<b>0,000</b>	0,252	<b>0,000</b>	0,190	0,814
<b>Bem-estar Emocional</b>	r	-0,087	-0,004	-0,224	-0,025	0,076
	p	0,129	0,945	<b>0,000</b>	0,667	0,185
<b>Inclusão Social</b>	r	-0,384	-0,224	-0,246	-0,145	-0,081
	p	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,012</b>	0,162
<b>Condições Habitacionais e Comunitárias</b>	r	-0,037	-0,059	-0,109	-0,068	0,037
	p	0,517	0,307	0,058	0,237	0,525
<b>Auto-eficácia</b>	r	-0,318	-0,091	-0,305	-0,112	-0,005
	p	<b>0,000</b>	0,112	<b>0,000</b>	0,052	0,932
<b>Bem-estar Físico</b>	r	-0,207	-0,431	-0,201	-0,187	-0,051
	p	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,001</b>	0,379

## SÍNTESE DOS RESULTADOS SIGNIFICATIVOS

A validação da **escala Gencat** para a população portuguesa adulta com deficiência foi realizada através de uma amostra, deste estudo resultou uma escala reduzida a 54 itens. Estes itens ficaram agrupados por fatores numa estrutura diferente da escala original. A escala e os fatores obtidos neste estudo apresentam uma consistência interna superior à da original.

Na escala final deste estudo foram identificados 8 fatores (ou domínios): F1 – Autodeterminação, F2 – Suporte Institucional, F3 – Satisfação Ocupacional, F4 – Bem-estar Emocional, F5 – Inclusão Social, F6 – Condição Habitacional e Comunitária, F7 – Auto-eficácia e F8 – Bem-estar físico.

Com a escala Gencat reduzida e validada foram analisadas correlações entre algumas variáveis e os resultados obtidos.

Apesar de a **idade** não estar relacionada com os resultados finais da escala Gencat, está inversamente correlacionada com o suporte institucional e com o bem-estar físico. Estes resultados indicam que, na amostra, os indivíduos com maior idade apresentam com maior frequência valores mais baixos de apoio institucional e de bem-estar físico.

Quando se comparou o **grau de incapacidade** “> a 80%” com o “entre 60 e 80%”, não se obtiveram diferenças estatisticamente significativas no total da escala. No entanto os indivíduos com grau de incapacidade “> a 80%” apresentam resultados significativamente mais baixos ao nível da autodeterminação, do suporte institucional e do bem-estar físico.

Quanto à **condição habitacional**, as pessoas com deficiência que vivem em contexto familiar apresentam uma melhor QV do que as que se encontram institucionalizadas. Não se verificam diferenças estatisticamente significativas nos dois grupos ao nível da satisfação ocupacional, do bem estar emocional e do bem-estar físico. Nos restantes 5 fatores verificam-se diferenças entre os dois grupos. Ao nível da condição habitacional e comunitária as pessoas institucionalizadas apresentam um média significativamente superior. Os indivíduos que vivem em contexto familiar apresentam melhores pontuações na autodeterminação, no suporte institucional, na inclusão social e no estado de humor do que os indivíduos institucionalizados.

Pode-se afirmar que se observam diferenças estatisticamente significativas na QV das pessoas com deficiência relativamente às suas **habilitações académicas**, especificamente ao nível do total da escala, da autodeterminação, do suporte institucional, do bem-estar emocional, da inclusão social e do bem-estar físico. Conclui-se também que as diferenças estatisticamente significativas nas habilitações académicas acontecem, na sua maioria, entre a categoria “não sabe ler nem escrever” e as restantes.

A **intensidade das perturbações** (cognitiva, motora e cegueira) correlaciona-se inversamente com os resultados obtidos na escala, na autodeterminação, no suporte institucional, na inclusão social e no bem-estar físico. A perturbação cognitiva também se correlacionam inversamente com a satisfação ocupacional e com o estado de humor. A intensidade na PEA apresenta correlações negativas com o total da escala e todos os seus domínios, com exceção das condições habitacionais e comunitárias. A intensidade das várias perturbações analisadas não se correlacionam com as condições habitacionais e comunitárias.

#### 4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresenta-se a discussão dos resultados, fundamentada e confrontada com investigações e autores reconhecidos internacionalmente no campo da QV e da deficiência.

A grande maioria dos **informadores** do nosso estudo foram pessoas do sexo feminino licenciados (psicólogos, técnicos superiores, terapeutas, professores, técnico de serviço social), cuja média de idade é 37 anos (DP=7,70). Estes dados poderão estar associados à maior sensibilidade e disponibilidade para a investigação científica dos profissionais com formação superior nesta faixa etária.

A **validação da escala Gencat** de QV para a população portuguesa adulta com deficiência, resultou numa escala reduzida a 54 itens, com uma elevada consistência tanto ao nível do total da escala como dos domínios (fatores). A escala ficou com uma estrutura diferente da original. Na escala Gencat para a população portuguesa adulta com deficiência foram excluídos os domínios: Direitos, Bem-Estar Material, Desenvolvimento Pessoal e Relações Interpessoais. Surgiram, no entanto, os domínios: Suporte Institucional, Auto-Eficácia, Condições Habitacionais e Comunitárias e Satisfação Ocupacional.

O surgimento de diferentes domínios é desvalorizado pelos autores do conceito de QV utilizado neste estudo. Schalock e os seus colaboradores (2002) desvalorizam o fato de, nos vários estudos sobre a QV, se identificarem diferentes domínios. Referem que o mais importante é reconhecer que qualquer constructo de QV reconhece as necessidades das pessoas num modelo multidimensional e que o conjunto dos vários domínios completa o conceito de QV<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> «Many quality of life investigators suggest that the actual number of domains is perhaps less important than the recognition that any proposed structure must recognize the need for a multi-element framework, the realization that people know what is important to them, and that the essential characteristic of any set of domains is that they represent in aggregate the complete quality of life construct» (p.459)

Para se compreender a estrutura da escala final neste estudo, realizou-se uma comparação entre a escala obtida e a escala original. Nesta comparação foram analisados todos os itens dos domínios excluídos (Direitos, Bem-Estar Material, Desenvolvimento Pessoal e Relações Interpessoais) de modo a verificar e compreender os domínios onde os itens saturaram.

Neste estudo, os itens do domínio Direitos saturaram nos domínios: Autodeterminação, Suporte Institucional, Bem-estar Emocional e Inclusão Social. Em seguida, apresenta-se as saturações de todos os itens destes domínios. O item 60 (a família ler a correspondência pessoal) saturou na inclusão social. A defesa dos seus direitos quando estes são violados (item 63) e a vivência de uma cidadania plena – voto, valores (item 66) saturaram na autodeterminação (F1). O respeito pela intimidade (item 64) e pelos direitos fundamentais como cidadão (item 62) é principalmente vivenciado no contexto institucional, pelo que estes itens tenham ficado retidos no Suporte Institucional (F2).

A maioria dos itens do domínio Bem-Estar Material da escala original foram eliminados por apresentarem correlações muito baixas ( $< 0,20$ ) com a escala. Foram mantidos os itens 19, 22 e 26 que se relacionam com as condições habitacionais e comunitárias (F6). Os restantes itens referem-se à atividade económica e foram eliminados neste estudo. Pela minha experiência profissional, a eliminação destes itens pode dever-se a uma restrição de acesso à atividade monetária para a maioria das pessoas com deficiência. Apesar de os itens relativos à atividade económica não serem contemplados na nova escala, convém não esquecer as dificuldades financeiras vividas famílias com pessoas com deficiência. As baixas prestações sociais são a principal (senão a única) fonte de rendimento para estas pessoas (Sousa, Casanova, & Pedroso, 2007) e as suas famílias (especialmente as que possuem pessoas em condição de dependência) vivem condições de grande insegurança económica (Pinto, 2013).

Cinco dos itens pertencentes ao domínio Desenvolvimento Pessoal da escala espanhola saturaram nos domínios que respondem às vivências institucionais. Os itens 28, 32 e 33 saturaram no domínio Suporte Institucional e os itens 31 e 34 saturaram na Satisfação Ocupacional. De acordo com a Direção Geral da Segurança Social e colaboradores (Direção Geral da Segurança Social; Direção de Serviços de Instrumentos de Aplicação; Pesquisa, 2013), as respostas sociais que apoiam as pessoas com deficiência visam promover o desenvolvimento da autoestima e da autonomia do seu público-alvo, num

ambiente seguro e estimulante. Pode-se assim compreender porque os itens referidos tenham saturado no suporte e satisfação ocupacional, dado que é na instituição que as pessoas com deficiência realizam novas aprendizagens, utilizam as novas tecnologias e realizam atividades de forma competente, responsável e com motivação.

O item relativo à capacidade de adaptação (item 27) do domínio Desenvolvimento Pessoal da escala original saturou no domínio da auto-eficácia, pois está relacionado com a capacidade de resolução de problemas associado a esta competência.

Os itens das Relações Interpessoais mantidos na escala Gencat para a população portuguesa adulta com deficiência saturaram nos domínios da Satisfação Ocupacional, do Bem-Estar Emocional e da Inclusão Social. Na Satisfação Ocupacional saturaram os itens que se referem às relações com os pares que realizam atividades na instituição com a pessoa avaliada (itens 9, 15 e 14). No fator do Bem-Estar Emocional ficaram retidos os itens relativos às relações familiares (itens 10, 13 e 16) e os itens relacionados com as relações de amizade (itens 11 e 12). Na Inclusão Social saturou o item 17 que enuncia “a maioria das pessoas com que interage tem uma condição semelhante à sua”, o que reporta a um contexto social limitado e pouco inclusivo.

O aparecimento de dois domínios relativos à vida institucional, Suporte Institucional e Satisfação Ocupacional relembra a responsabilidade dos serviços sociais na promoção da QV das pessoas com deficiência. Pela minha experiência profissional, posso afirmar que as principais vivências das pessoas com deficiência acontecem no seio institucional. Muitas vezes, a família não tem conhecimentos ou possibilidades financeiras para lhes providenciar ambientes enriquecedores e diversificados.

O item 18 referente à **sexualidade** apresentou uma correlação nula com o fator, o que levou à eliminação deste item. Num estudo realizado em Portugal com população adulta com deficiência, no qual se utilizou a escala Gencat traduzida, também não se encontraram correlações significativas entre a sexualidade e o índice de QV (Krieken & Sanches, 2013).

Apesar da opção de eliminação do item, procurou-se em publicações relacionadas com o tema encontrar formas de justificar estes valores. Dall’Alba (1992 *in* Rodrigues, 2002) num estudo sobre a sexualidade na pessoa com deficiência constatou que a criança com deficiência mental é considerada assexuada, pelos seus professores. Parece-nos então, que

os informadores que preencheram a escala podem ter respondido a esta questão de forma enviesada, considerando a inexistência de sexualidade nas pessoas avaliadas. Por outro lado, Rodrigues (2002) refere que a masturbação é a solução mais frequente para o alívio das tensões sexuais na deficiência (especificamente deficiência intelectual). Na deficiência, a sexualidade é na maioria das vezes experienciada na solidão, por isso parece claro o motivo por que este item não tenha saturado nas relações interpessoais (como na escala original).

Não se observam diferenças significativas na QV relativamente ao **sexo**, estes dados podem estar associados à inexistência de discriminação sexual ao nível da legislação, apoio e suporte entre os dois sexos.

Apesar de a **idade** não estar relacionada com os resultados finais da escala Gencat, está inversamente correlacionada com apoio institucional e com o bem-estar físico. Pela minha experiência profissional, estes resultados podem indicar que existe um desinvestimento técnico na idade mais avançada, pois os técnicos que trabalham na área da deficiência preferem realizar formação e intervenção em idades mais precoces e com maiores potenciais de reabilitação.

O avançar da idade nesta população está associado a uma diminuição do bem-estar físico, pois o processo de envelhecimento destas pessoas não difere da população em geral. Pinto (2013) afirma que as pessoas com deficiências apresentam, no envelhecimento, necessidades de saúde acrescidas que resultam de estilos de vida sedentários, dificuldade no acesso a cuidados de saúde por motivos económicos e por barreiras físicas e comunicacionais nos serviços de saúde<sup>2</sup>. Dado que o envelhecimento da pessoa com deficiência é uma realidade recente, parece conveniente um estudo mais aprofundado sobre o impacto do avançar da idade nas pessoas com deficiência, seja a nível do apoio na saúde, das redes sociais de suporte (uma vez que os pais, principais cuidadores, ficam também eles em situação de dependência) e também das reações psicológicas relativamente ao próprio envelhecimento.

Relativamente ao **grau de incapacidade**, não se obtiveram diferenças estatisticamente significativas no total da escala, entre os indivíduos com grau de incapacidade superior a

---

<sup>2</sup> No relatório da OMS (2000) acerca da saúde das pessoas com deficiência mental, foram identificadas algumas causas para o agravamento da sua saúde. Uma das causas identificadas prende-se com a falta de formação dos profissionais de saúde para lidar com pessoas com deficiência.

80% e os que apresentam incapacidade entre 60 e 80%. No entanto os indivíduos com uma incapacidade superior a 80% apresentam resultados significativamente mais baixos ao nível da autodeterminação, do suporte institucional e do bem-estar físico. Para analisar estes resultados é necessário compreender que um indivíduo com incapacidade superior a 80% necessita de intenso apoio nas atividades de vida diária. Este apoio pode acontecer devido a um nível cognitivo muito baixo que compromete a autodeterminação ou porque apresenta grandes incapacidades físicas (auditivas, visuais, motoras, etc.) que comprometem o seu bem-estar físico.

A pontuação mais baixa ao nível do suporte institucional para os indivíduos com incapacidade superior a 80%, parece-me, pela minha experiência profissional, que pode estar relacionado com a dificuldade por parte da instituição em desenvolver atividades adaptadas a estas pessoas. As limitações apresentadas por pessoas com incapacidade superior a 80% podem dificultar a sua participação na comunidade, a aquisição de novas aprendizagens e a adequação de atividades às suas preferências.

No entanto, estes resultados contrariam os resultados obtidos por Krieken & Sanches (2013) que concluíram que as pessoas com maior incapacidade obtinham melhores índices de QV. Portanto, parece pertinente um estudo mais aprofundado para compreender até que nível e em que domínios o grau de incapacidade compromete a QV, uma vez que no nosso estudo 63% da amostra referiu desconhecer o grau de incapacidade.

Quanto à **condição habitacional**, as pessoas com deficiência que vivem em contexto familiar apresentam uma melhor QV do que as que se encontram institucionalizadas. Estes dados levam-nos a deduzir que as pessoas adultas com deficiência veem diminuída a sua QV aquando do seu internamento, corroborando estudos de Heller, Factor, Hsieh & Hahn (1998), em que concluíram que a QV de pessoas com deficiência intelectual aumenta quando são transferidas de lares para casas partilhadas na comunidade (*in* Cummins, R. A., 2002). No nosso estudo, as pessoas institucionalizadas apresentam pontuações estatisticamente mais baixas na autodeterminação, suporte institucional, inclusão social e auto-eficácia. Um estudo realizado em Portugal também aponta para resultados semelhantes. Neste estudo verificaram-se melhorias de QV, redução da sintomatologia e aumento do bem-estar psicológico após a transferência para a comunidade de pessoas com deficiência e doença mental em internamento de longo termo (Almeida, 2009).

Ao nível da condição habitacional e comunitária as pessoas institucionalizadas apresentam um média significativamente superior do que as que vivem em contexto familiar. Pela minha experiência profissional, estes valores podem estar associados ao baixo investimento na adaptação das condições habitacionais às necessidades básicas das pessoas com deficiência (alimentação, medicação, higiene, etc.).

Ao nível das **habilitações académicas** as diferenças estatisticamente significativas acontecem, na sua maioria, entre a categoria “não sabe ler nem escrever” e as restantes. As diferenças entre as categorias 1.º, 2.º, 3.º ciclos e secundário foram pouco relevantes, estas diferenças com reduzida significância podem estar associadas à situação que refere Ribeiro (2009). A investigadora lembra que a maioria dos jovens com deficiência intelectual termina a escolaridade com um certificado de frequência e não de habilitação, pelo que as competências adquiridas não são semelhantes às dos pares que realizam um percurso escolar normal. Parece, então, que as competências adquiridas pelas pessoas com deficiência não diferem entre os vários graus académicos, por isso as habilitações académicas não se correlacionam com a QV.

A **intensidade das perturbações** (cognitiva, motora, autismo e cegueira) correlaciona-se inversamente com os resultados obtidos na escala, na autodeterminação, no suporte institucional, na inclusão social e no bem-estar físico. A perturbação cognitiva e a perturbação do espectro do autismo também se correlacionam inversamente com a satisfação ocupacional e com a auto-eficácia. A PEA relaciona-se ainda com o bem-estar emocional.

Relativamente à perturbação cognitiva, este estudo corrobora estudos realizados com deficiência mental, onde se concluiu que: (I) as pessoas com deficiência mental ligeira apresentam maiores índices de satisfação com a própria QV, quando comparadas com as deficiências mentais moderadas, graves e severas (Saviani-Zeoti & Petean, 2008) e; (II) as pessoas com dificuldade intelectual e desenvolvimental apresentam correlações inversas entre a intensidade da perturbação e os domínios físico, psicológico, nível de independência e das relações sociais (Custódio, 2011).

Na perturbação motora os resultados apontam para uma correlação negativa entre a gravidade da condição motora e a QV. Estas conclusões vão de encontro às conclusões encontradas por Christofolletti e colaboradores (2007) citados por Costa (2012) que

referem que o comprometimento motor em crianças com paralisia cerebral pode ter influência sobre a sua QV. No entanto considera-se que ainda há muito a compreender no que concerne à QV nas deficiências motoras, especialmente no que se refere à população adulta. Não existem estudos que relacionam os fatores clínicos, de autonomia e independência (perturbação congênita, adquirida, capacidade de comunicação, entre outras) e a QV.

Na PEA foram encontradas correlações inversas entre a escala e os seis fatores da mesma, o que leva a crer que a intensidade dos sintomas no autismo está relacionada com a QV desta população, tal como indica Plimley (2007 *in* Gómez, Rubio, & Hawrylak, 2013). Este autor refere que o quadro sintomatológico da PEA causa dificuldades de interação social, comunicação e inflexibilidade cognitiva, que afetam as várias dimensões da QV.

A autodeterminação e a inclusão social podem ser condicionadas pela intensidade das dificuldades de comunicação e interação social que se verificam na PEA. A Associação de Psiquiatria Americana (2014) afirma que os adultos com esta perturbação são propensos à ansiedade e à depressão, as quais afetam o bem-estar emocional, a auto-eficácia e a satisfação com a sua condição de saúde, avaliada no domínio do bem-estar físico. No entanto, há a referir que carecem estudos sobre o autismo na idade adulta, através dos quais se podem estudar quais os suportes e apoios que contribuem e influenciam positivamente a QV nesta população.

Não foram encontradas correlações entre a surdez e a QV, o que pode estar relacionado com o reduzido número de surdos (ou pessoas com deficiência auditiva) na nossa amostra.

## 5. CONCLUSÃO

Como se referiu ao longo deste trabalho a QV tem sido um constructo muito utilizado nos serviços sociais, especialmente nos que trabalham com pessoas com deficiência. Portanto, surgiu a necessidade de se compreender melhor como a QV se manifesta nas pessoas com deficiência, de forma a melhorar estes serviços, objetivo esse que foi concretizado.

Para se conseguir compreender a QV nas pessoas com deficiência foi necessário adaptar e validar um questionário já existente, a Gencat. Procedeu-se à validação desta escala para a população portuguesa adulta com deficiência, cuja consistência é elevada tanto ao nível do total da escala como dos domínios.

A validação da escala Gencat de QV para a população portuguesa adulta com deficiência resultou numa escala reduzida a 54 itens, com uma estrutura diferente da original e com boas propriedades psicométricas.

Nesta escala foram excluídos os domínios da escala original: Direitos, Bem-estar Material, Desenvolvimento Pessoal e Relações Interpessoais. Surgiram, no entanto, outros domínios: Suporte Institucional, Auto-eficácia, Condições Habitacionais e Comunitárias e Satisfação Ocupacional.

Como a escala que se obteve no final deste estudo é significativamente diferente da escala original, tanto ao nível dos domínios como dos itens que a compõem, deve ser elaborado um manual de aplicação da escala Gencat para a população portuguesa adulta com deficiência. A divulgação deste manual permitirá a aplicação desta escala nas várias instituições nacionais, permitindo que os serviços sociais obtenham resultados fidedignos acerca da QV da população que apoiam.

O aparecimento de dois domínios relativos à vida institucional (Suporte Institucional e Satisfação Ocupacional) revela a importância de um suporte de qualidade nos serviços sociais. Liptak (2008 *in* Resende & Gouveia, 2011) refere que vários estudos indicam que um forte suporte familiar e social e uma boa capacidade de adaptação são determinantes na QV das pessoas adultas com deficiência, desvalorizando a sua incapacidade.

Ao concluir este trabalho, considera-se pertinente mencionar as características da nossa amostra que se relacionam com a QV. Em nosso entender, estas características deverão ser consideradas numa intervenção social, para que as intervenções sejam adequadas e possam potenciar a satisfação com a vida das pessoas com deficiência.

No nosso estudo, as pessoas com deficiência mais velhas apresentavam com maior frequência valores mais baixos ao nível do apoio institucional e do bem-estar físico. Estes valores mostram a necessidade de maior atenção para as pessoas com deficiência durante o envelhecimento, uma vez que os processos de envelhecimento condicionam as condições de saúde. No entanto, carecem estudos sobre o envelhecimento nas pessoas com deficiência, os quais podem chegar a conclusões mais concretas.

Neste estudo ficou patente que as pessoas com deficiência institucionalizadas apresentam valores de QV, autodeterminação, suporte institucional, inclusão social e estado de humor inferiores às que vivem em contexto familiar. Estes valores podem refletir um desajuste do ambiente das estruturas residenciais para esta população, que não favorece ambientes autodeterminantes, que promovam a QV. Pode-se dizer que há necessidade de rever as técnicas e metodologias adotadas pelos recursos humanos destas estruturas para um ambiente mais adequado ao construto de QV.

Relativamente às habilitações académicas, a maioria das diferenças estatísticas aconteceram entre as pessoas analfabetas e as restantes. Entre os restantes níveis académicos as diferenças foram pouco frequentes quer a nível do índice de QV ou dos seus domínios. Pelo que se verifica que a literacia pode ser um caminho plausível para a promoção da QV.

Neste estudo, a intensidade com que a pessoa vive a sua condição de deficiência está correlacionada inversamente com a QV, autodeterminação e bem-estar físico podendo mesmo relacionar-se com a satisfação ocupacional e bem-estar emocional (PEA e Perturbação cognitiva). Relacionado com a intensidade da deficiência também surge uma menor qualidade do suporte institucional prestado. Concluiu-se também que as pessoas com incapacidade superior a 80%, apresentam valores mais baixos de autodeterminação, suporte institucional e bem-estar físico. Parece então que os serviços sociais deverão reforçar as estratégias e práticas de intervenção nas populações com maiores graus de incapacidade, dificuldade e desadaptação.

Durante um processo de investigação, são várias as causas que podem condicionar o desenvolvimento do estudo. Nesta investigação, as principais limitações deste estudo prendem-se especialmente com dificuldades na recolha da amostra. A amostra do nosso estudo é diversificada e distribuída geograficamente pelo país, mas considera-se que o número de instituições que participaram no estudo é reduzido.

Como conclusão, pode-se afirmar que o apoio social deverá considerar quais os fatores que contribuem e quais os que limitam a QV das pessoas adultas com deficiência. Assim, com base neste estudo dever-se-á realizar uma análise por regressão linear múltipla. Esta análise permitirá identificar as variáveis que mais se relacionam com a QV, despistando assim variáveis confundentes que poderão ter contaminado os resultados da análise das hipóteses deste estudo.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- AAMR. (2002). *Mental Retardation: Definition, Classification and Systems of Supports* (10ª Edição ed.). USA: AAMR.
- Almeida, A. (2009). *Estudo do Impacto da Desinstitucionalização de doentes e /ou deficientes mentais no seu bem-estar psicológico - Uma experiência de reabilitação psicossocial - "Quinta Pedagógica das Romãzeiras"* . Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica no Ramo da Psicoterapia e Psicologia Clínica, Instituto Superior Miguel Torga, Escola Superior dos Altos Estudos, Coimbra.
- Almeida, F., Antunes, I., Caeiro, M., Cunha, M., Monteiro, L., Moreira, I., & Varão, L. (2004). *Tempo de mudança: Compreender a surdez*. Lisboa: Associação Internacional de Clubes Lions.
- Almeida, L., & Freire, T. (1997). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Coimbra: APPORT.
- Alonso, M. A., Martínez, B. A., Sánchez, L. E., & Schalock, R. L. (2009). *Escala GENCAT - Manual de aplicación de la Escala GENCAT de Calidad de vida*. Barcelona: INDICA.
- Alonso, M. A., Sánchez, L. E., & Martínez, B. A. (2009). *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La Escala FUMAT*. INICO.
- Alonso, M. A., Sánchez, L. E., Martínez, B. A., Dominguez, M. S., Herrero, D. C., & Cuadrado, J. T. (2013). *Escala INICO-FEAPS Evaluation Integral de la Calidad de Vida de personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo*. Salamanca: INICO.
- American Association on Mental Retardation. (1992). *Mental Retardation: Definition, Classification and Systems of Supports* (9ª Edição ed.). USA: AAMR.

- American Psychological Association. (1996). Manual de diagnóstico e estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV) (4ª Edição ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Araújo, Á. C., & Neto, F. L. (2014). A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, XVI (1), pp. 67-82.
- Associação de Psiquiatria Americana. (2014). DSM V - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. Lisboa: Climepsi Editores.
- Associação Portuguesa de Surdos. (2011). Surdez. Obtido em 2015, de Web site da Associação Portuguesa de Surdos: [http://www.apsurdos.org.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=42&Itemid=58](http://www.apsurdos.org.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=42&Itemid=58)
- Balasubramanian, M. M., & Amarnath, D. K. (2012). Functional Independence and Quality of Life for Persons with Locomotor Disabilities in Institutional Based Rehabilitation and Community Based Rehabilitation - A Comparative Study. Formerly Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal, Vol. 23, n.3, pp. 150-155.
- Bárrios, H. S. (2012). Adaptação Cultural e Linguística e Validação do Instrumento QOL-AD para Portugal. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Cuidados Paliativos, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Canchil; Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral. (2007). Gross Motor Function Classification System - Expanded and Revised. Obtido de web site da canchild.
- Cancian, C., & Dias, J. (2000). Envelhecimento no Asilo. *Caderno Adulto NIEATI*, n.º 4, pp. 191-197.
- Cortez, M. (2008). Atitudes dos Professores de Educação Física Face à Inclusão de Alunos com Deficiência: Estudo Exploratório Face à Deficiência Auditiva. Dissertação apresentada com vista à obtenção do grau de licenciada em Educação Física, pela Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física, Universidade de Coimbra, Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física.

- Costa, S. (2012). Qualidade de Vida em crianças com problemas motores - estudo comparativo. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Educação Especial – Domínio Cognitivo e Motor, Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Saúde.
- Coutinho, C. P. (2014). Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática (2ª ed.). Coimbra: Edições Almedina, S.A.
- CRPG - Centro Reabilitação Profissional de Gaia; ISCTE - Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. (2007). Mais Qualidade de Vida Para as Pessoas com Deficiência e Incapacidades - Uma Estratégia para Portugal. Gaia.
- Cuberos, M. D., Motta, A. N., & Ruiz, E. P. (1997). Deficientes Motores I: Espinha Bífida. Em R. Bautista, Necessidades Educativas Especiais (pp. 271-292). Lisboa: Dinalivro.
- Cummins, R. A. (2002). The Validity and Utility of Subjective Quality of Life: a reply to Hatton & Ager. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15, pp. 261-268.
- Custódio, M. (2011). Estudo da Qualidade de Vida de jovens/adultos com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental através da aplicação da Escala de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-100). Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre em Reabilitação Psicomotora, Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana.
- Dias, M. E. (1995). Ver, Não Ver e Conviver. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.
- Direção Geral da Segurança Social; Direção de Serviços de Instrumentos de Aplicação; Pesquisa, Mariana F. C. D. (2013). Proteção Social das Pessoas com Deficiência.
- Falvo, D. (2005). Medical and psychological aspects of chronic illness and disability (3ª Edição ed.). Subbury: Jones and Bartlett Publishers.
- Ferreira, P. L. (2000). Criação da Versão Portuguesa dos MOS SF - 36: Parte I - Adaptação Cultural e Linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-66.

- Gaspar, T., & Matos, M. G. (2008). *Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes - Versão Portuguesa dos Instrumentos Kidscreen-52*. Cruz Quebrada: Aventura Social e Saúde.
- Gómez, J., Rubio, C., & Hawrylak, M. (2013). *Calidad de vida: Evaluación y Trastornos del Espectro del Autismo*. *Revista Iberoamericana de Educación*, pp. 161-179.
- Instituto da Segurança Social. (2008). *Tabela Nacional de Incapacidades*. Lisboa.
- Jiménez, R. R., Prado, F. R., Moreno, L. R., & Rivas, A. M. (1997). *O deficiente auditivo na escola*. Em R. (. Bautista, *Necessidades Educativas Especiais* (pp. 349-375). Lisboa: Dinalivro.
- Jordan, R. (2001). *Educação de Crianças e Jovens com Autismo*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional - Ministério da Educação.
- Krieken, A. I., & Sanches, S. (Maio de 2013). *A Qualidade de Vida dos Jovens com NEE após a escolaridade*. *Revista de Educação Inclusiva*, vol. 4 n.º 1, pp. 13-19.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística - Com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Melo, T. M., Yamaguti, E. H., Moret, A. L., & Bevilacqua, M. C. (2012). *Audição e Linguagem em crianças deficientes auditivas implatadas inseridas em ambiente bilingue: um estudo de casos*. *Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, Vol. 17, n. 4, pp. 476-481.
- Moreira, J. M. (2009). *Questionários: Teoria e Prática*. Coimbra: Edições Almedina, SA.
- Murphy, K., O'Shea, E., Cooney, A., & Casey, D. (2007). *The Quality of Life of Older People with a Disability in Ireland - Relatório n. 99*. Dublin: National Council on Ageing and Older People.
- Onishi, E. T., Barreiro, F. C., & Scharlach, R. C. (2011). *Distúrbios da Audição: implicações nas diferentes fases da vida*. *Saúde Coletiva*, vol. 8, núm. 48, pp. 62-66.
- Organização Mundial de Saúde; Direção Geral de Saúde. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa.

- Pacheco, D. B., & Valencia, R. P. (1997). A Deficiência Mental. Em R. (. Bautista, Necessidades Educativas Especiais (pp. 209-223). Lisboa: DINALIVRO.
- Pereira, E. (1999). Autismo: o significado como processo central. Lisboa: SNRIPD.
- Pereira, F., Mendonça, A., Miguel, C., Neves, G., Micaelo, M., Reino, V., & Pereira, L. (2008). Alunos cegos e com baixa visão - Orientações curriculares. Ministério da Educação - Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular;.
- Pereira, L. M., & Simões, C. (2005). Temas de Integração Social e Reabilitação. Atitudes Face à Diferença. Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Pestana, M., & Gagueiro, J. (2000). Análise de dados para as ciências sociais: a complementaridade com o SPSS (2ª ed.). (Sílabo, Ed.) Lisboa.
- Petry, K., Maes, B., & Vlaskamo, C. (2005). Domains of Quality of Life of People with Profound Multiple Disabilities: the perspective of Parents and Direct Support Staff. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18, pp. 35-46.
- Piatto, V. B., & Maniglia, J. V. (2001). Avaliação da audição em crianças de 3 a 6 anos em creches e pré-escolas municipais. *Jornal de Pediatria*, Vol. 77 n. 2, pp. 124-130.
- Pinto, P. C. (2013). O Envelhecimento das Pessoas com Deficiência: Problemática e Perspetivas na Ótica do Serviço Social. Em M. I. Carvalho, *Serviço Social no Envelhecimento* (pp. 123-136). Lisboa: Lidel - edições técnica, lda.
- Resende, M. (2006). Ajustamento psicológico, perxpectiva de envelhecimento pessoal e satisfação com a vida em adultos e idoso com deficiÊncia física. Tese de Doutoramento não publicada, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.
- Resende, M. C., & Gouveia, V. V. (2011). Qualidade de Vida em Adultos com Deficiência Física. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24. n.1, pp. 99-106.
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Ribeiro, J. L. (2007). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Legis Editora.
- Ribeiro, S. (2009). *Inclusão dos jovens com deficiências mental: o papel da formação profissional*. Dissertação do Mestrado em Ciências da Educação, Escola Superior de Educação Paula Frassinetti, Porto.
- Rodrigues, P. (2002). *Deficiência Mental e Sexualidade*. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 9 n.º 1, pp. 65-70.
- Santos, S. (2007). *Estudo psicométrico da Escala de Comportamento Adaptativo versão portuguesa (ECAP)*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa.
- Santos, S., & Morato, P. (s.d.). *Comportamento Adaptativo (Coleção Educação Especial. Nº 8 ed.)*. Porto: Porto Editora.
- Saviani-Zeoti, F., & Petean, E. (2008). *A Qualidade de Vida de Pessoas com Deficiência Mental Leve*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24 n.º3, pp. 305-311.
- Schalock, R. L., Brown, R., Cummins, R. A., Felce, D., Matikka, L., Keith, K. D., & Parmenter, T. (Dezembro de 2002). *Conceptualization, Measurement, and Application of Quality of Life for Persons With Intellectual Disabilities: Report of an International Panel of Experts*. *Mental Retardation*, 40, número 6, pp. 457-470.
- Schalock, R., & Verdugo, M. (2007). *El concepto de Calidad de Vida en Los Servicios y Apoyos para Personas con Discapacidad Intelectual*. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 38 (4) Num. 224, pp. 21-36.
- Serra, A. V., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., . . . Paredes, T. (2006a). *Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para português de Portugal*. *Psiquiatria Clínica*, vol. 27, n. 1, pp. 31-40.

- Serra, A. V., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., . . . Paredes, T. (2006b). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), pp. 41-49.
- Shalock, R., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley, V. J., Buntinx, W. H., Coulter, D. L., Craig, E. M., . . . Reeve, A. (2010). *Intellectual Disability - Definition, Classification, and Systems of Supports* (11ª Edição ed.). Washington, D.C.: AAIDD.
- Siegel, B. (2008). *O mundo da criança com autismo - compreender e tratar perturbações do espectro do autismo*. Porto: Porto Editora.
- Sousa, J., Casanova, J., & Pedroso, P. (. (2007). *Elementos de caracterização das pessoas com deficiência e incapacidades em Portugal*. Vila Nova de Gaia: CRPG e ISCTE.
- Streiner, D. L., & Norman, G. R. (1989). *Health Measurement Scales (A Practical Guide to their Development and Use)*. Oxford Medical Publications.
- Vale, M. C. (2009). Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF): conceitos, preconceitos e paradigmas. Contributo de um construto para o percurso real em meio natural. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 40. N.5, pp. 229-236.
- Verdugo, M. Á., Gómez, L. E., Arias, B., Santamaria, M., Navallas, E., Fernández, S., & Hierro, I. (2014). Escala de San Martin - Evaluación de la Calidad de Vida de Personas con Discapacidades Significativas. INICO.
- Vieira, F., & Pereira, M. (2007). *Se houvera quem me ensinara... A Educação de pessoas com deficiência mental* (3ª Edição ed.). Lisboa: Caloust Gulbenkian.
- World Health Organization. (2011). *World report on disability*. Malta: WHO Library Cataloguing-in-publication data.
- World Health Organization. (s.d.a). 10 facts about blindness and visual impairment. Obtido em Agosto de 2014, de World Health Organization: <http://www.who.int/features/factfiles/blindness/en/>

World Health Organization. (s.d.b). Change the Definition of Blindness. Obtido em 17 de Março de 2016, de World Health Organization - Blindness: <http://www.who.int/blindness/Change%20the%20Definition%20of%20Blindness.pdf?ua=1>

World Health Organization. (s.d.c). Visual impairment and blindness. Obtido em Agosto de 2014, de Fact Sheet n. 282: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/>

ANEXOS

Anexo 1:

Formulários para recolha de dados

**FORMULÁRIO I – Caracterização do informador**  
(recolha de dados sobre os informadores)

## 1. Sexo

- Feminino .....
- Masculino .....

## 2. Idade Cronológica ( ) anos

## 2. Habilitações académicas

- 1º Ciclo .....
- 2º Ciclo .....
- 3º Ciclos .....
- Ensino Secundário / Formação Profissional .....
- Bacharelato .....
- Licenciatura .....
- Mestrado .....
- Doutoramento .....

## 3. Relação profissional com a pessoa avaliada

- Auxiliar / Ajudante de Ação Direta .....
- Monitor de CAO .....
- Psicólogo .....
- Técnico de Serviço Social .....
- Professor / Técnico /Terapeuta /Formador .....
- Outra ..... Qual? \_\_\_\_\_

4. Anos de trabalho específico na área da deficiência ( ) Anos/Meses  
(risque o que não interessa)

5. Há quanto tempo conhece a pessoa avaliada ( ) Anos/Meses  
(Risque o que não interessa)

## FORMULÁRIO II – Caracterização clínica e sociodemográfica (recolha de dados sobre as pessoas avaliadas)

### 1. Sexo

Feminino .....   
Masculino .....

### 2. Idade Cronológica ( ) anos

### 3. Grau de Incapacidade atribuído pela Junta Médica<sup>3</sup>

Superior a 80% .....   
Entre 60 a 80% .....   
Entre 30 a 59% .....   
Inferior a 30 % .....   
Nenhum .....   
Desconhecido .....

### 4. Condição habitacional

Independente (vive só sem apoios) .....   
Independente com apoios específicos (alimentação, limpeza, lavandaria, etc.) .....   
Residência familiar (pais, irmãos, familiares, etc.) .....   
Acolhimento Familiar <sup>4</sup> .....   
Residência autónoma<sup>5</sup> .....   
Lar Residencial para pessoas com deficiência .....   
Lar Residencial não específico .....

### 5. Habilitações académicas

Formação académica superior concluída .....   
Ensino Secundário / Formação Profissional (12º ano) .....   
3º Ciclo do Ensino Básico .....   
2º Ciclo do Ensino Básico .....   
1º Ciclo do Ensino Básico .....   
Não sabe ler nem escrever autonomamente .....

<sup>3</sup> A avaliação de incapacidade é calculada de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades, sendo a atribuição do grau de incapacidade da responsabilidade de juntas médicas constituídas para esse efeito.

<sup>4</sup> Resposta social que consiste em integrar temporária ou permanentemente pessoas adultas com deficiência, em famílias capazes de lhes proporcionar um ambiente estável e seguro.

<sup>5</sup> Resposta Social comparticipada pela Segurança Social - residência para acolher pessoas com deficiência que, mediante apoio, possuem capacidade de viver autonomamente.

### FORMULÁRIO III - Caracterização subjetiva da deficiência e da sua gravidade

As pessoas com deficiência apresentam na maioria das vezes uma multiplicidade de sinais, sintomas e características de diferentes patologias, dificultando assim a existência de um diagnóstico único. É frequente conhecermos pessoas com multideficiência, por exemplo pessoas com deficiência motora e défice cognitivo, ou com deficiência motora e cegueira.

Peço que neste formulário selecione, para cada perturbação ou deficiência, o nível que melhor traduz a gravidade subjetiva do quadro sintomático da pessoa que está a avaliar.

Pretende-se que identifique a gravidade/intensidade dos sintomas. A escala apresentada nas perturbações varia de “zero” (0) que corresponde à inexistência ou irrelevância da perturbação ao nível máximo de gravidade.

Apesar de ser difícil caracterizar as pessoas com deficiência em níveis estanques, tente encontrar o conjunto de características que melhor descreva a pessoa que está a avaliar.

**Para todas as deficiências e/ou perturbações deve identificar o grau de sintomas ou sinais que melhor caracteriza a pessoa avaliada.**

#### PERTURBAÇÃO COGNITIVA

(deficiência mental, intelectual)

0	<b>Inexistente ou irrelevante</b>
1	Atenção frágil, raciocínio lento, dificuldades de memória.
2	Distração, raciocínio lento, dificuldades de memória e de planear a ação.
3	Atraso cognitivo, processos mentais afetados (raciocínio, memória, atenção, discurso, reflexão), perturbação do humor e repercussões na inserção familiar e social.
4	Com alteração dos instintos primários (sexual, alimentação, ...) falta de iniciativa, perturbação do humor.
5	<i>Incapacidade de agir ou realizar os atos da vida quotidiana.</i>

#### DEFICIÊNCIA MOTORA OU FÍSICA

0	<b>Inexistente ou irrelevante</b>
1	<b>Anda sem limitações</b> (Marcha autónoma em casa e comunidade; velocidade e equilíbrio prejudicados).
2	<b>Anda com limitações</b> (Têm limitações em andar longas distâncias, pode necessitar de cadeira de rodas; necessita de corrimão para subir e descer escadas).
3	<b>Anda utilizando um dispositivo auxiliar de locomoção</b> (Capaz de andar com apoio de canadianas, andarilho ou apoio de outra pessoa; sobe e desce escadas com corrimão e apoio físico ou supervisão de uma pessoa; pode auto propulsionar uma cadeira de rodas ou utilizar uma com motor para a mobilidade pessoal; utiliza cadeira de rodas para distâncias longas).
4	<b>Auto mobilidade com limitações; Pode utilizar tecnologia de apoio com motor</b> (funcionam sentados - geralmente com apoio da cintura pélvica e tronco - e a autonomia na mobilidade é limitada. Geralmente são transportadas em cadeira de rodas ou usam cadeira de rodas elétrica).
5	<b>Transportado numa cadeira de rodas manual</b> (Graves limitações no controle da cabeça e do tronco e no controle dos movimentos dos membros, requerem múltiplas tecnologias de apoio e assistência física).

### PERTURBAÇÃO DO ESCPECTRO DO AUTISMO

Autismo, Síndrome de Asperger, Perturbação de Rett e Transtorno Desintegrativo da Infância

0	<b>Inexistente ou irrelevante</b>
1	<b>Necessita de pouco apoio</b> – o comportamento inflexível interfere com o funcionamento num ou vários contextos, dificuldade em mudar de atividade, problemas em organizar e planear ações de vida quotidiana, limitações na sua autonomia.
2	<b>Necessita de algum apoio</b> – comportamento inflexível, dificuldade em lidar com a mudança e alterar o foco de atenção, comportamentos restritos/repetitivos surgem frequentemente em vários contextos, reduzida capacidade para iniciar e manter a interação social.
3	<b>Necessita de muito apoio</b> – comportamento inflexível, extrema dificuldade em lidar com a mudança e alterar o foco de atenção, comportamentos repetitivos e restritos interferem em todos os contextos, limitação severa na comunicação verbal e não-verbal.

### CEGUEIRA / AMBLIOPIA

0	<b>Inexistente ou irrelevante ou corrigida</b>
1	Alteração significativa da funcionalidade da visão de um olho (Visão Subnormal).
2	Cegueira num olho.
3	Alteração significativa da funcionalidade da visão nos dois olhos.
4	Cegueira num olho e alteração significativa da funcionalidade da visão de um olho.
5	Cegueira em ambos os olhos.

### SURDEZ

0	<b>Inexistente ou irrelevante ou corrigida</b>
1	Perturbações ligeiras sem repercussões sociais.
2	Discurso é percebido se voz normal, dificuldade com vozes graves ou distantes do sujeito. Maioria dos sons do dia-a-dia são captados.
3	O sujeito compreende melhor se o interlocutor estiver à vista. Alguns sons do dia-a-dia são captados.
4	Discurso é percebido se voz alta e perto do ouvido. Sons percebidos em volume alto.
5	Discurso não é percebido. Apenas sons altos são captados.
6	Nenhum som é percebido.

### FORMULÁRIO IV – Escala de Qualidade de Vida GENCAT

A seguir apresentam-se uma série de afirmações relativas à qualidade de vida da pessoa que se está a avaliar. Por favor, selecione a opção de resposta que melhor descreva essa mesma pessoa e **não deixe nenhuma questão em branco.**

<b>BEM-ESTAR EMOCIONAL</b>		Sempre ou quase sempre	Frequente mente	Algumas vezes	Nunca ou quase nunca
1	Mostra-se satisfeito com a sua vida atual	4	3	2	1
2	Apresenta sintomas de depressão	1	2	3	4
3	Está alegre e de bom humor	4	3	2	1
4	Mostra sentimentos de incapacidade ou de insegurança	1	2	3	4
5	Apresenta sintomas de ansiedade	1	2	3	4
6	Mostra-se satisfeito consigo mesmo	4	3	2	1
7	Tem problemas de comportamento	1	2	3	4
8	Mostra-se motivado no momento de realizar alguma atividade	4	3	2	1
<b>PONTUAÇÃO DIRETA TOTAL:</b> _____					

<b>RELAÇÕES INTERPESSOAIS</b>		Sempre ou quase sempre	Frequente mente	Algumas vezes	Nunca ou quase nunca
9	Realiza atividades do seu agrado com outras pessoas	4	3	2	1
10	Mantém com a sua família, a relação que deseja	4	3	2	1
11	Queixa-se de falta de amigos permanentes	1	2	3	4
12	Vê, de forma negativa, as suas relações de amizade	1	2	3	4
13	Demonstra que se sente desvalorizado pela sua família	1	2	3	4
14	Tem dificuldades em iniciar uma relação a dois	1	2	3	4
15	Mantém uma boa relação com os seus colegas de trabalho	4	3	2	1
16	Demonstra que se sente querido pelas pessoas que são importantes para si	4	3	2	1
17	A maioria das pessoas com quem interage tem uma condição semelhante à sua	1	2	3	4
18	Tem uma vida sexual satisfatória	4	3	2	1
<b>PONTUAÇÃO DIRETA TOTAL:</b> _____					
<b>Item 15:</b> Se a pessoa não tem trabalho, considere as suas relações com os seus companheiros no CAO ou noutras instituições.					
<b>Item 17:</b> Considere pessoas com deficiência, toxicodependentes ou ex-toxicodependentes, pessoas com problemas de saúde mental, ...					

<b>BEM-ESTAR MATERIAL</b>		Sempre ou quase sempre	Frequente mente	Algumas vezes	Nunca ou quase nunca
19	O local onde vive impede-o de ter um estilo de vida saudável	1	2	3	4
20	O local onde trabalha cumpre as normas de segurança	4	3	2	1
21	Dispõe dos bens materiais de que necessita	4	3	2	1
22	Mostra-se descontente com o local onde vive	1	2	3	4
23	O local onde vive está limpo	4	3	2	1
24	Dispõe dos recursos económicos suficientes para as suas necessidades básicas	4	3	2	1
25	Os seus rendimentos não lhe permitem gastos supérfluos	1	2	3	4
26	O local onde vive está adaptado às suas necessidades	4	3	2	1
<b>PONTUAÇÃO DIRETA TOTAL:</b> _____					
<b>Item 20:</b> Se a pessoa não tiver trabalho, considere a sua segurança no CAO ou em qualquer outra instituição onde se encontre.					

**DESENVOLVIMENTO PESSOAL**

		Sempre ou quase sempre	Frequente mente	Algumas vezes	Nunca ou quase nunca
27	Mostra dificuldade em adaptar-se às situações apresentadas	1	2	3	4
28	Tem acesso às novas tecnologias (internet, telemóvel, etc.)	4	3	2	1
29	O trabalho que realiza permite-lhe fazer novas aprendizagens	4	3	2	1
30	Mostra dificuldades em resolver com eficácia os problemas que lhe surgem	1	2	3	4
31	Desenvolve o seu trabalho de maneira competente e responsável	4	3	2	1
32	A instituição a que recorre (CAO, CERCI, etc.) toma em consideração o seu desenvolvimento pessoal e novas aprendizagens	4	3	2	1
33	Participa na elaboração do seu Programa Individual	4	3	2	1
34	Mostra-se desmotivado no seu trabalho	1	2	3	4

**PONTUAÇÃO DIRETA TOTAL:** \_\_\_\_\_

**Item 29, 31 e 34:** Se a pessoa não tem trabalho, considere, respetivamente, se as atividades que realiza na instituição (CAO, CERCI, etc.) lhe permitem fazer novas aprendizagens, se realiza essas atividades de forma competente e responsáveis e mostra-se motivado quando as realiza.

**BEM-ESTAR FÍSICO**

		Sempre ou quase sempre	Frequente mente	Algumas vezes	Nunca ou quase nunca
35	Tem problemas de sono	1	2	3	4
36	Dispõe de ajudas técnicas, se delas necessitar	4	3	2	1
37	Os seus hábitos alimentares são saudáveis	4	3	2	1
38	O seu estado de saúde permite-lhe levar uma vida ativa normal	4	3	2	1
39	Tem boa higiene pessoal	4	3	2	1
40	A instituição a que recorre supervisiona a medicação que toma	4	3	2	1
41	Os seus problemas de saúde produzem dor e mal-estar	1	2	3	4
42	Tem dificuldades em aceder a cuidados médicos (ao domicílio, hospitalares, de prevenção, etc.)	1	2	3	4

**PONTUAÇÃO DIRETA TOTAL:** \_\_\_\_\_

**Item 36:** Se não necessita de ajudas técnicas, considere se poderia dispor delas, caso necessitasse.

**Item 39:** Não importa se a pessoa faz higiene pessoal autonomamente ou com apoio.

**Item 40:** Se a pessoa não toma medicação, marque a opção que considere mais adequada, caso tomasse. A questão refere-se à revisão periódica da medicação para avaliar a sua adequação.

**Item 41:** Se a pessoa não tem problemas de saúde, selecione “Nunca ou Quase Nunca”.

**AUTODETERMINAÇÃO**

		Sempre ou quase sempre	Frequente mente	Algumas vezes	Nunca ou quase nunca
43	Tem metas, objetivos e interesses pessoais	4	3	2	1
44	Escolhe como passa o seu tempo livre	4	3	2	1
45	A instituição a que recorre tem em conta as suas preferências	4	3	2	1
46	Defende as suas ideias e opiniões	4	3	2	1
47	Outras pessoas decidem sobre a sua vida pessoal	1	2	3	4
48	Outras pessoas decidem como gastar o seu dinheiro	1	2	3	4
49	Outras pessoas decidem a hora a que se deita	1	2	3	4
50	Organiza a sua própria vida	4	3	2	1
51	Decide com quem viver	4	3	2	1

**PONTUAÇÃO DIRETA TOTAL:** \_\_\_\_\_

**Item 43, 44 e 50:** No caso das pessoas com toxicodependência, considere se as suas metas, objetivos e interesses são adequados, se escolhe atividades adequadas para passar o seu tempo livre e se organiza a sua própria vida de forma adequada. “Adequado” refere-se a não ter relação com o consumo de drogas.

**INCLUSÃO SOCIAL**

		Sempre ou quase sempre	Frequente mente	Algumas vezes	Nunca ou quase nunca
52	Utiliza serviços comunitários (piscina pública, cinema, teatro, biblioteca, museu, etc.)	4	3	2	1
53	A sua família apoia-o quando necessita.	4	3	2	1
54	Existem barreiras físicas, culturais ou sociais que dificultem a sua inclusão social.	1	2	3	4
55	Necessita de apoios para participar ativamente na vida da sua comunidade	1	2	3	4
56	Os seus amigos apoiam-no quando necessitam	4	3	2	1
57	A instituição a que recorre fomenta a sua participação em diversas atividades da comunidade	4	3	2	1
58	Os seus amigos limitam-se aos que recorrem à mesma instituição	1	2	3	4
59	É rejeitado ou discriminado pelos outros	1	2	3	4
<b>PONTUAÇÃO DIRETA TOTAL:</b> _____					

**DIREITOS**

		Sempre ou quase sempre	Frequente mente	Algumas vezes	Nunca ou quase nunca
60	A sua família não respeita a sua intimidade (lê a sua correspondência, entra sem bater à porta, etc.)	1	2	3	4
61	No ambiente que o rodeia, é tratado com respeito	4	3	2	1
62	Dispõe de informação sobre os seus direitos fundamentais como cidadão	4	3	2	1
63	Mostra dificuldades em defender os seus direitos quando estes são violados	1	2	3	4
64	Na instituição a que recorre, respeita-se a sua intimidade	4	3	2	1
65	Na instituição a que recorre, respeitam-se os seus bens e o direito à propriedade	4	3	2	1
66	Tem algum direito legal limitado (cidadania, voto, processos legais, respeito por crenças, valores, etc.)	1	2	3	4
67	Na instituição a que recorre, defendem-se e respeitam-se os seus direitos (confidencialidade, informação sobre os seus direitos como utente)	4	3	2	1
68	A instituição respeita a privacidade da informação	4	3	2	1
69	Sofre situações de exploração, violência ou abusos.	1	2	3	4
<b>PONTUAÇÃO DIRETA TOTAL:</b> _____					

ANEXO 2:

Manual de Preenchimento



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA**

Escola Superior de Saúde de Leiria

MESTRADO EM INTERVENÇÃO PARA UM ENVELHECIMENTO ATIVO

**“ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA GENCAT DE CALIDAD DE VIDA PARA A  
POPULAÇÃO PORTUGUESA ADULTA COM DEFICIÊNCIA”**

Instruções de preenchimento

Leiria, 2015

## NOTA INTRODUTÓRIA

Este questionário faz parte de um trabalho final de investigação no âmbito do Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo, no qual se pretende adaptar e validar a “*Escala GENCAT de Calidad de vida*” à população portuguesa adulta com deficiência.

O conceito de qualidade de vida (QV) é cada vez mais utilizado no campo da deficiência, como forma de avaliar a qualidade dos serviços sociais que prestam apoio a esta população. No entanto a dificuldade de avaliar a QV a pessoas com deficiência é conhecida e por isso senti a necessidade de aumentar o leque de ferramentas para avaliação da QV em Portugal.

Na tentativa de encontrar uma solução para o problema de autopreenchimento da maioria das escalas de QV, encontrei a *Escala GENCAT de Qualidade de vida*, desenvolvida em Espanha. Esta escala é preenchida por um observador externo, que conhece a pessoa avaliada, o que possibilita a sua aplicação a toda a população com deficiência, independentemente das suas capacidades cognitivas ou de comunicação.

Neste sentido, necessito da sua colaboração para levar a cabo a investigação a que me proponho, respondendo aos questionários apresentados:

**Formulário I** - Caraterização do informador;

**Formulário II** – Caraterização clínica e sociodemográfica;

**Formulário III** – Caraterização subjetiva da deficiência;

**Formulário IV** – Escala GENCAT de Qualidade de Vida, cujas instruções de preenchimento se encontram de seguida.

A sua participação é muito importante para melhorar a qualidade dos serviços sociais para pessoas com deficiência em Portugal. Assumo, aqui a responsabilidade e o compromisso de enviar os resultados desta investigação para a vossa instituição. Tem, no entanto, toda a liberdade em não participar, caso assim o desejar.

Garantimos a confidencialidade das informações dadas, as quais serão exclusivamente utilizadas para este estudo.

Agradeço antecipadamente a sua colaboração

A Investigadora,  
Cátia Margarida Silva

## QUESTIONÁRIO IV – Escala GENCAT de Qualidade de Vida

A escala acima referida é um “questionário (...) no qual o informador, preferencialmente um profissional dos serviços sociais, responde às questões observáveis de QV do utilizador” (Alonso, Martinez, Sánchez, Schalock, 2009, p. 21).

Desta forma, permitirá a aplicação transversal a toda a população com deficiência, independentemente da sua incapacidade e da conseqüente dificuldade de resposta, resolvendo desta forma o problema de medição de QV.

A escala de GENCAT avalia a QV através de 69 itens, distribuídos em oito subescalas, que correspondem às dimensões do modelo de QV proposto por Schalock e Verdugo (2002/2003): Bem-estar Emocional, Relações Interpessoais, Bem-estar Material, Desenvolvimento Pessoal, Bem-estar Físico, Autodeterminação, Inclusão Social e Direitos.

### FICHA TÉCNICA

<b>Nome</b>	Escala GENCAT
<b>Autores</b>	Miguel Ángel Verdugo Alonso, Benito Arias Martínez, Laura E. Gómez Sánchez y Robert L. Schalock
<b>Âmbito de Aplicação</b>	Adultos com ou mais de 18 anos
<b>Significado</b>	Avaliação objetiva da Qualidade de Vida (bem-estar emocional, bem-estar físico, bem-estar material, relações interpessoais, inclusão social, desenvolvimento pessoal, autodeterminação e direitos)
<b>Objetivos</b>	Identificar o perfil de Qualidade de vida para a elaboração dos planos individuais de apoio e proporcionar uma medida fiável para avaliar o progresso e os resultados desses planos
<b>Informadores</b>	Profissionais dos serviços sociais que conheçam a pessoa pelo menos há três meses.
<b>Duração</b>	10 a 15 minutos
<b>Material</b>	Caderno de registo

## Instruções de aplicação

A Escala GENCAT pode ser aplicada a qualquer pessoa utilizadora de serviços sociais com **18 anos ou mais**, sendo esta respondida por um informador (profissional familiarizado com o conceito de QV, técnico ou não). Este informador deve adotar uma postura de observador externo e lidar diretamente com a pessoa avaliada pelo menos há três meses (Alonso, Martinez, Sánchez & Schalock, 2009).

No entanto se o informador desconhecer algum aspeto questionado, pode consultar outros informadores, para que se obtenha toda a informação necessária.

O informador deve evitar que as suas ideias, sentimentos, opiniões influenciem o processo de avaliação. Ele deverá ser **imparcial, objetivo e preciso**.

Todos os itens estão enunciados na terceira pessoa, de forma declarativa e a resposta é dada através de uma cruz (X), numa escala de frequências: “nunca ou quase nunca”, “às vezes”, “frequentemente” e “sempre ou quase sempre”. Se tiver dificuldade em responder aos itens de acordo com a frequência, o informador pode responder pensando numa escala de *Likert* de quatro pontos: “discordo totalmente”, “discordo”, “concordo” e “concordo totalmente”.

**O informador deve completar toda a escala**, mesmo que pareça complicado responder a alguns itens quando a pessoa tem um grande défice cognitivo. Nestas situações deve considerar que o que se pretende saber é se a pessoa faz ou não faz determinada atividade, se tem ou não oportunidades para a fazer e se tem ou não uma capacidade específica. O informador não deve ter em conta os motivos porque a pessoa realiza ou não a atividade. Se no momento da avaliação, a pessoa não realiza a atividade referida no questionário, deve responder pensando como a faria.

### Exemplo de avaliação com **peçoas com elevado défice cognitivo**

O informador irá encontrar vários itens que pode considerar inaplicáveis, por exemplo “*organiza a própria vida*” ou “Participa na elaboração do seu Programa Individual”. O informador deve responder a todos os itens. Trata-se de registar se a pessoa faz ou não faz, sem considerar que não o faz porque tem elevado défice cognitivo. Não se preocupe se responde sempre de uma forma negativa, procure responder da forma mais adequada e próxima da realidade.

ANEXO 3:

E-mail enviado às direções das instituições a solicitar colaboração

Catia Silva <catiasilva1986@gmail.com>

15 de abril de 2015 às 22:07

Para: oasisleiria@sapo.pt

Exma. D. Cecília Neves

Entro em contacto com a Senhora Presidente, no sentido de pedir a colaboração da instituição que preside, a OASIS, para participar numa investigação que estou a desenvolver. Esta investigação consiste no trabalho final do Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo, no qual se pretende adaptar e validar a “*Escala GENCAT de Calidad de vida*” à população portuguesa adulta com deficiência e desta forma compreender como se manifesta a Qualidade de Vida (QV) nesta população.

O conceito de QV é cada vez mais utilizado no campo da deficiência, como forma de avaliar a qualidade dos serviços sociais que prestam apoio a esta população. No entanto a dificuldade de avaliar a QV a esta população é conhecida e por isso senti a necessidade de aumentar o leque de ferramentas para a sua avaliação em Portugal.

Na tentativa de encontrar uma solução para o problema de autopreenchimento da maioria das escalas de QV, encontrei a *Escala GENCAT de Qualidade de vida*, desenvolvida em Espanha. Esta escala é preenchida por um observador externo, que conhece a pessoa avaliada, o que possibilita a sua aplicação a toda a população com deficiência, independentemente das suas capacidades cognitivas ou de comunicação.

O resultado desta investigação, orientada pelo Professor Doutor José Carlos Quaresma, será apresentado na Escola Superior de Saúde de Leiria no final de 2015. Pode, se desejar, contactar-me para se inteirar dos resultados obtidos. As informações recolhidas serão efetuadas através de um formulário, preenchido por um observador externo, como por exemplo um funcionário da instituição. Qualquer informação será confidencial e não será revelada a terceiros.

Para que consiga levar a cabo a investigação a que me propus necessito da colaboração do maior número de instituições. Por isso, entrei em contacto com o gabinete de psicologia da OASIS, através da Dra. Marta Gaspar, que

se mostrou disponível para colaborar nesta investigação, através da aplicação dos questionários. Assim, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência que autorize a que a OASIS integre na amostra do meu estudo.

Se entender que tudo está em conformidade e se estiver de acordo com a participação da OASIS no estudo que lhe foi apresentado, então agradeço que assine o documento que se encontra em anexo, o qual poderá ser entregue aquando da entrega dos questionários aplicados.

Aguardo ansiosamente resposta,

**Cátia Silva**  
Psicomotricista

ANEXO 4:

Consentimento Informado dirigido aos presidentes das instituições

## CONSENTIMENTO INFORMADO



### INVESTIGAÇÃO NO ÂMBITO MESTRADO INTERVENÇÃO PARA UM ENVELHECIMENTO ATIVO

**Autora:** Cátia Margarida Santos Silva

Eu, \_\_\_\_\_, presidente da instituição \_\_\_\_\_, declaro ter compreendido os objetivos da participação no presente estudo: “ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA GENCAT DE CALIDAD DE VIDA PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA ADULTA COM DEFICIÊNCIA”. Foi-me dada a oportunidade de esclarecer todas as dúvidas e foi-me dado tempo para refletir sobre esta proposta.

Considerando o que foi explicado, declaro que autorizo de livre vontade que a instituição que presido integre a amostra desta investigação e permito que os dados obtidos sejam analisados de acordo com os procedimentos e objetivos explicados.

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

O presidente,

\_\_\_\_\_

ANEXO 5:

Consentimento Informado para os participantes no estudo

## CONSENTIMENTO INFORMADO



### INVESTIGAÇÃO NO ÂMBITO MESTRADO INTERVENÇÃO PARA UM ENVELHECIMENTO ATIVO

**Autora:** Cátia Margarida Santos Silva

Por favor, **leia com atenção todo o conteúdo do documento**. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

O atual trabalho de investigação, intitulado “ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA GENCAT DE CALIDAD DE VIDA PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA ADULTA COM DEFICIÊNCIA”, insere-se num estudo que decorre no âmbito do Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo e tem como principal objetivo adaptar uma escala de Qualidade de Vida, para que se consiga avaliar a Qualidade de Vida de todas as pessoas com deficiência, independentemente da sua dificuldade de comunicação.

Pretendemos contribuir para um melhor conhecimento da Qualidade de Vida nas pessoas com deficiência de forma a melhorar os serviços sociais que as apoiam. Por isso, é necessário, para tal, incluir neste estudo a participação máxima de pessoas com deficiência de todo o país. É por isso que **a sua colaboração é fundamental**.

Como esta escala é preenchida por um observador externo (não familiar) que conhece a pessoa com deficiência, este documento serve para que autorize a sua participação ou do seu familiar neste estudo.

O resultado da investigação, orientada pelo Professor Doutor José Carlos Quaresma, será apresentado na Escola Superior de Saúde de Leiria no final de 2015. Pode, se desejar, contactar a sua autora para se inteirar dos resultados obtidos. Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco. As informações recolhidas serão efetuadas através de um formulário, preenchido por um observador externo, como por exemplo um funcionário da instituição. Qualquer informação será confidencial e não será revelada a terceiros. A sua participação neste estudo é voluntária e

pode retirar-se a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si.

Se entender que tudo está em conformidade e se estiver de acordo na sua participação ou na participação do seu familiar no estudo que lhe foi apresentado, então assine este documento.

Declaro ter compreendido os objetivos da participação no presente estudo: “ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA GENCAT DE CALIDAD DE VIDA PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA ADULTA COM DEFICIÊNCIA”. Foi-me dada a oportunidade de esclarecer todas as dúvidas e foi-me garantido que não haveria prejuízo sobre o apoio social se eu recusasse esta solicitação. Foi-me dado tempo para refletir sobre esta proposta.

Considerando o que foi dito anteriormente, declaro que autorizo de livre vontade a participação neste estudo e permito que os dados obtidos sejam analisados de acordo com os procedimentos explicados.

Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015

**Participante**

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Responsável**

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

ANEXO 6:

Estrutura da escala Gencat para a população portuguesa adulta com deficiência

## ESCALA GENCAT para a população portuguesa adulta com deficiência

### Domínio 1 - Autodeterminação

44	Escolhe como passa o seu tempo livre
47	Outras pessoas decidem sobre a sua vida pessoal
48	Outras pessoas decidem como gastar o seu dinheiro
49	Outras pessoas decidem a hora a que se deita
50	Organiza a sua própria vida
51	Decide com quem viver
63	Mostra dificuldades em defender os seus direitos quando estes são violados
66	Tem algum direito legal limitado (cidadania, voto, processos legais, respeito por crenças, valores, etc.)
46	Defende as suas ideias e opiniões
43	Tem metas, objetivos e interesses pessoais

### Domínio 2 – Suporte Institucional

32	A instituição a que recorre (CAO, CERCI, etc.) toma em consideração o seu desenvolvimento pessoal e novas aprendizagens
45	A instituição a que recorre tem em conta as suas preferências
64	Na instituição a que recorre, respeita-se a sua intimidade
57	A instituição a que recorre fomenta a sua participação em diversas atividades da comunidade
33	Participa na elaboração do seu plano individual
29	O trabalho que realiza permite-lhe fazer novas aprendizagens
62	Dispõe de informação sobre os seus direitos fundamentais como cidadão
28	Tem acesso às novas tecnologias (internet, telemóvel, etc.)

### Domínio 3 – Satisfação Ocupacional

8	Mostra-se motivado no momento de realizar alguma atividade
9	Realiza atividades do seu agrado com outras pessoas
15	Mantém uma boa relação com os seus colegas de trabalho
31	Desenvolve o seu trabalho de maneira competente e responsável
34	Mostra-se desmotivado no seu trabalho
7	Tem problemas de comportamento
14	Tem dificuldades em iniciar uma relação a dois
56	Os seus amigos apoiam-no quando necessitam

#### Domínio 4 – Bem-estar Emocional

##### **10** Mantém com a sua família a relação que deseja

13	Demonstra que se sente desvalorizado pela sua família
1	Mostra-se satisfeito com a sua vida atual
6	Mostra-se satisfeito consigo mesmo
3	Está alegre e de bom humor
11	Queixa-se de falta de amigos permanentes
2	Apresenta sintomas de depressão
12	Vê, de forma negativa, as suas relações de amizade
61	No ambiente que o rodeia é tratado com respeito
16	Demonstra que se sente querido pelas pessoas que são importantes para si.

#### Domínio 5 – Inclusão Social

##### 59 É rejeitado e discriminado pelos outros

60	A sua família não respeita a sua intimidade (lê a sua correspondência, entra sem bater à porta, etc.)
58	Os seus amigos limitam-se aos que recorrem à mesma instituição
55	Necessita de apoios para participar ativamente na vida da sua comunidade
17	A maioria das pessoas com que interage tem uma condição semelhante à sua

#### Domínio 6 – Condições Habitacionais e Comunitárias

##### 19 O local onde vive impede-o de ter um estilo de vida saudável

26	O local onde vive está adaptado às suas necessidades
39	Tem boa higiene pessoal
52	Utiliza serviços comunitários (piscina pública, cinema, teatro, biblioteca, museu, etc.)
22	Mostra-se descontente com o local onde vive

#### Domínio 7 – Auto-eficácia

##### 35 Tem problemas de sono

4	Mostra sentimentos de incapacidade e insegurança
5	Apresenta sintomas de ansiedade
30	Mostra dificuldades em resolver com eficácia os problemas que lhe surgem
27	Mostra dificuldades em adaptar-se às situações apresentadas

#### Domínio 8 – Bem-estar físico

##### 41 Os seus problemas de saúde produzem dor e mal-estar

38	O seu estado de saúde permite-lhe levar a uma vida ativa normal
54	Existem barreiras físicas, culturais ou sociais que dificultem a sua inclusão social