

• U



C •

FCDEF FACULDADE DE CIÊNCIAS DO
DESPORTO E EDUCAÇÃO FÍSICA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**COMPETÊNCIA PERCEBIDA E ACEITAÇÃO SOCIAL DE CRIANÇAS E
JOVENS COM SÍNDROMA DE DOWN**
Estudo realizado em crianças e jovens e seus pais

Universidade de Coimbra

2012

MARTA EDUARDA AZEVEDO GONÇALVES FERREIRA

**COMPETÊNCIA PERCEBIDA E ACEITAÇÃO SOCIAL DE CRIANÇAS E JOVENS
COM SÍNDROMA DE DOWN**

Estudo realizado em crianças e jovens e seus pais

Tese de dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra com vista à obtenção do grau de mestre em Exercício Físico e Saúde em Populações Especiais.

Orientador: Professor Doutor José Pedro Ferreira

Universidade de Coimbra

2012

Ferreira, M. E. A. G. (2012). *Competência percebida e aceitação social de crianças e jovens com Síndrome de Down. Estudo realizado em crianças e jovens e seus pais.* Dissertação de mestrado, Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

AGRADECIMENTOS

A conclusão deste trabalho de mestrado foi o culminar de um longo percurso cheio de algumas alegrias e muitas dificuldades. Durante este processo, muitas foram as pessoas que estiveram presentes, algumas com o seu conhecimento científico, outros com o seu apoio e carinho. Sem eles, certamente este trabalho não teria sido possível concretizar.

De entre todas as pessoas que tornaram este trabalho possível, gostaria de agradecer especialmente às seguintes pessoas:

Ao Professor Doutor José Pedro Ferreira, orientador deste trabalho, pela disponibilidade, apoio, mas sobretudo pelo alento que me foi transmitindo ao longo de todo o trabalho e por ter acreditado sempre nas minhas capacidades, muitas vezes quando eu própria duvidava delas.

À minha amiga Sílvia Amorim pelo apoio desinteressado, pela disponibilidade e paciência.

Às instituições, aos jovens e aos pais que permitiram a aplicação do questionário. Sem eles este estudo não teria sido possível efetuar.

À família em geral e em especial aos meus pais pelo apoio constante, pela compreensão e facilitação da realização deste trabalho.

Ao meu marido Jorge e à minha filha Leonor, sempre presentes, pelo apoio, amor e compreensão em todos os momentos.

Um especial agradecimento à Professora Doutora Adília Silva, que embora já não se encontre entre nós, a sua presença foi uma constante ao longo de todo este trabalho. A força que me transmitiu, mesmo quando as suas próprias forças iam faltando, foram um alento e uma inspiração tanto para este trabalho, como para a vida.

Muito Obrigada

RESUMO

Este estudo teve como objetivo comparar as percepções de competência cognitiva e física e, aceitação social de pais e pares, de crianças e jovens com síndrome de down, de ambos os géneros, com idade mental de 4-6 e 7-9 anos reportada neles próprios, e pelos seus pais. A amostra foi constituída por 59 crianças e jovens e os 59 pais. A idade cronológica das crianças e jovens, segundo a divisão por género, foi de 29 do género masculino com idades entre 20 e 39 anos e de 30 do género feminino com idades entre 13 e 43 anos. No entanto, 30 destas crianças e jovens apresentavam uma idade mental entre 4-6 anos e as restantes 29, uma idade mental entre 7-9 anos. Foi utilizada a versão portuguesa de Campos e Ferreira (2008) adaptada às crianças e jovens com síndrome de down da Dutch Pictorial Scale of Perceived Competence and social Acceptance for Young Child (Vermeer e Vennhof, 1997). A análise dos resultados permitiu constatar que o género masculino apresentou valores médios superiores aos do feminino nas subescalas das crianças e jovens à exceção da subescala de competência cognitiva. No que diz respeito às subescalas de percepção dos pais, das crianças e jovens do género masculino apresentam valores médios mais elevados nas subescalas de percepção de competência cognitiva e física do que no género feminino. Não existe associação estatisticamente significativa entre as subescalas de percepção das crianças e jovens e, dos seus pais no género feminino. No género masculino, verificou-se uma associação entre todas as subescalas das crianças e jovens e, dos seus pais, mas apenas na subescala de aceitação social de pares é uma associação estatisticamente significativa. Existem diferenças estatisticamente significativas em todas as comparações exceto na subescala de aceitação social de pais, no género masculino, na idade mental dos 7-9 anos, quando comparamos cada uma das subescalas de percepção entre crianças e jovens e, pais, por idade mental e género.

Palavras-chave: Competência percebida. Aceitação social. Síndrome de Down. Pais.

ABSTRACT

This study aimed to compare the perceptions of physical and cognitive competence and social acceptance from peers and parents, of children and young people with Down syndrome in both genders, with mental ages of 4-6 and 7-9 years reported them own, and their parents. The sample consisted of 59 children and youth and 59 parents. The chronological age of the children and young people, according to the division by gender was 29 males of ages between 20 and 39 years and 30 of females aged between 13 and 43 years. However, 30 of these children and young people had a mental age between 4-6 years and the remaining 29, a mental age between 7-9 years. We used the Portuguese version of Campos and Ferreira (2008) adapted for children and young people with Down Syndrome from the Dutch Scale of Perceived Competence Pictorial and social Acceptance for Young Child (Vennhof and Vermeer, 1997). The results stated the males had showed higher values than the female in the subscales of children and youth, except for the subscale of cognitive competence. Regarding the subscales of perception of parents, children and young males, they show higher average values on the subscales of perception of physical and cognitive competence than in female gender. There is no statistically significant association between the subscales of perception of children and young people and their parents in female gender. In males, there was an association between all subscales of children and young people and their parents, but only in the subscale of social acceptance of peers we found a statistically significant association. There are statistically significant differences in all comparisons except on the subscale of social acceptance of parents, in males with mental age of 7-9 years, when comparing each of the subscales of perception between children and young people, parents, mental age and gender.

Keywords: Perceived Competence. Social Acceptance. Down Syndrome. Parents.

SUMÁRIO

Capítulo I – Introdução	14
Capítulo II – Revisão da Literatura	20
2.1. Autopercepções	20
2.2. Deficiência Intelectual	35
Capítulo III – Metodologia	60
3.1. Definição da amostra	60
3.2. Definição das variáveis do estudo	60
3.3. Descrição e aplicação do instrumento de medida	61
3.4. Procedimentos do estudo	62
3.5. Tratamento estatístico dos dados	63
Capítulo IV – Apresentação dos Resultados	66
4.1. Descrição da amostra	66
4.2. Relações entre as diferentes variáveis em estudo	73
4.3. Validade e Fidedignidade	75
4.4. Comparações das subescalas de percepções dos jovens com os pais	76
Capítulo V – Discussão dos Resultados	80
Capítulo VI – Conclusões	86
Capítulo VII – Referências Bibliográficas	90

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Média e desvio padrão da variável idade cronológica das crianças e jovens em função do gênero	64
Tabela 2 - Frequência da variável idade mental das crianças e jovens integrantes da amostra em função do gênero	65
Tabela 3 - Média e desvio padrão das variáveis competência e aceitação social percebidas, das crianças e jovens do gênero masculino	65
Tabela 4 - Média e desvio padrão das variáveis competência e aceitação social percebidas, das crianças e jovens do gênero feminino	66
Tabela 5 - Média e desvio padrão das variáveis competência e aceitação social percebidas, em função da idade mental, das crianças e jovens do gênero masculino - intervalo 4-6 anos	66
Tabela 6 - Média e desvio padrão das variáveis competência e aceitação social percebidas, em função da idade mental, das crianças e jovens do gênero feminino - intervalo 4-6 anos	67
Tabela 7 - Média e desvio padrão das variáveis competência e aceitação social percebidas, em função da idade mental, das crianças e jovens do gênero masculino - intervalo 7-9 anos	67
Tabela 8 - Média e desvio padrão das variáveis competência e aceitação social percebidas em função da idade mental das crianças e jovens do gênero feminino- intervalo 7-9 anos	68
Tabela 9 - Média e desvio padrão das variáveis competência e aceitação social percebidas pelos pais dos participantes do gênero masculino	68
Tabela 10 - Média e desvio padrão das variáveis competência e aceitação social percebidas pelos pais dos participantes do gênero feminino	69
Tabela 11 - Média e desvio padrão das variáveis competência e aceitação social percebidas pelos pais dos participantes do gênero masculino - intervalo 4-6 anos	69
Tabela 12 - Média e desvio padrão das variáveis competência e aceitação social percebidas pelos pais dos participantes do gênero feminino - intervalo 4-6 anos	70
Tabela 13 - Média e desvio padrão das variáveis competência e aceitação social percebidas pelos pais dos participantes do gênero masculino - intervalo 7-9 anos	70
Tabela 14 - Média e desvio padrão das variáveis competência e aceitação social percebidas pelos pais dos participantes do gênero feminino - intervalo 7-9 anos	71
Tabela 15 - Relação entre as percepções de competência e de aceitação social das crianças e jovens e dos seus pais em função do gênero - gênero feminino	71
Tabela 16 - Relação entre as percepções de competência e de aceitação social das crianças e jovens e dos seus pais em função do gênero - gênero masculino	72
Tabela 17 - Relação entre as percepções de competência e de aceitação social das crianças e jovens e dos seus pais, em participantes do gênero feminino - intervalos 4-6 anos e 7-9 anos	72

Tabela 18 - Relação entre as percepções de competência e de aceitação social das crianças e jovens e dos seus pais, em participantes do género masculino - intervalos 4-6 anos e 7-9 anos	73
Tabela 19 – Valores de Coeficiente de fidedignidade de Alpha de Cronbach, para cada uma das subescalas em análise, para as crianças e jovens e para os pais	74
Tabela 20 – Comparação das subescalas de percepção das crianças e jovens com percepção dos pais, em função da variável género e idade mental	75
Tabela 21 – Comparação das subescalas de percepção das crianças e jovens, em função da idade mental e do género	75
Tabela 22 – Comparação das subescalas de percepção dos pais das crianças e jovens, em função da idade mental e do género	76

ABREVIATURAS E SIGLAS

AAMR – American Association on Mental Retardation

APPACDM – Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

DI – Deficiência Intelectual

IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social

Fem. – Feminino

Mas. - Masculino

SD – Síndrome de Down

Índice Geral

Capítulo I - Introdução	14
Capítulo II - Revisão da Literatura	20
2.1. Autopercepções	20
2.1.1. Percepção de Competência	24
2.1.1.1. Fatores que influenciam a Percepção de Competência	27
2.1.2. Percepção de Aceitação Social	29
2.1.2.1. Percepção de Aceitação Social pelos Pais	30
2.2. Deficiência Intelectual	35
2.2.1. O conceito	35
2.2.2. Alguns dados históricos do apoio às pessoas com Deficiência Intelectual	37
2.2.3. As diferentes perspectivas da Deficiência Intelectual	41
2.2.4. O novo paradigma da Deficiência Intelectual	46
2.2.4.1. Abordagem “multidimensional” da Deficiência Intelectual	46
2.2.4.2. A educação das crianças com Deficiência Intelectual - As Escolas Especiais	49
2.2.5. Síndrome de Down	52
2.2.6. Autopercepções em Crianças e jovens com Síndrome de Down	53
2.2.7. Competência percebida e Aceitação social em crianças e jovens com Síndrome de Down	55
Capítulo III - Metodologia	60
3.1. Definição da amostra	60
3.2. Definição das variáveis do estudo	60
3.2.1. Variáveis dependentes	60
3.2.2. Variáveis independentes	60
3.3. Descrição e aplicação do instrumento de medida	61
3.4. Procedimentos do estudo	62
3.5. Tratamento estatístico dos dados	63
Capítulo IV - Apresentação dos Resultados	66
4.1. Descrição da amostra	66
4.1.1. Variáveis Independentes	66
4.2. Relações entre as diferentes variáveis em estudo	73
4.3. Validade e Fidedignidade	75

4.4. Comparações das subescalas de percepções das crianças e jovens com os pais	76
Capítulo V – Discussão dos Resultados	80
Capítulo VI – Conclusões	86
Capítulo VII – Referências Bibliográficas	90

Capítulo I - Introdução

Capítulo I - Introdução

Uma criança “especial” é, antes de mais, uma criança que tem a particularidade de precisar de cuidados educativos especiais, mas a sua educação não tem, por si só, objetivos diferentes da educação em geral, a diferença está no facto de utilizar diferentes meios para atingir esses mesmos fins.

A nossa experiência prática como profissionais de Educação Física na Obra Social e Cultural Sílvia Cardoso e na APPACDM da Trofa têm sido primordiais para a partilha/aquisição de conhecimentos e experiências na intervenção, como professores e educadores, no dia a dia destas crianças com Síndrome de Down (SD). Dessa partilha resultou também a consciência de quão importante é interagir com os seus pais na tentativa de obtermos melhores desempenhos, comportamentos e motivações em função dos contextos educativos em que cada um se encontra.

Quando numa família nasce uma criança com uma condição de deficiência, é fundamental que a família aceite o seu filho, para que esta criança se sinta desejada e amada, pois ao ser aceite pela sua própria família, a criança sentir-se-á mais facilmente querida e aceite pelos seus pares.

Este estudo assume uma importância particular, na medida que nos permitirá compreender de que forma é que os constructos de competência percebida (cognitiva e física) e aceitação social (pares e pais) são percecionados por estas crianças e jovens, e de que forma é que as autoperceções positivas, caso existam, são fundamentais no processo de socialização e condutas de bem-estar geral.

A pertinência do estudo deve-se ao facto de, a investigação nesta área ser reduzida e os resultados por sua vez permanecerem desacordados, no âmbito das autoperceções, mais especificamente, na competência percebida e aceitação social de crianças e jovens com Síndrome de Down e dos respetivos pais.

O nosso estudo poderá ser uma mais valia no desenvolvimento e validação do instrumento de avaliação psicológica adaptado à realidade portuguesa.

A família é o elemento que assume desde o momento do nascimento de uma criança, o papel mais relevante na sua socialização, com um grande impacto no processo de modelagem e de crenças adotado pelos pais o qual vai ser eleito segundo Bois, J.; Sarrazin, P.; Brustad, R.; Trouiloud, D.; Cury, F. (2002) e Brustad (1993) pelas crianças durante toda a sua vida.

Desde a infância, os pais são as figuras-modelo, que assumem um papel fundamental, influenciando a competência da criança, através do *feedback* positivo ou negativo perante determinada tarefa, pois, é sabido que quanto mais elevada a percepção dos pais *maior é feedback*, em relação à competência dos seus filhos, e maior é a sua autocompetência, experimentando o prazer no desempenho da tarefa (Harter, 1978, 1981). O estudo de Corredeira (2008), indica que poder-se-à explicar que as crianças e jovens que se percebem como sendo competentes numa atividade, persistem mais tempo nela, empenhando-se mais para atingir a mestria.

Para melhor compreendermos as nossas crianças e jovens é importante percebermos a história e a cultura dos seus pais, analisando a família, para saber quais os seus valores e normas culturais.

Segundo a opinião de Jacquez, F; Cole, D. A. e Searle, B. (2004), existe uma forte correspondência entre as autopercepções de competência das crianças e jovens e as percepções dos outros significativos. A percepção dos pais e/ou dos pares é considerada um critério externo, passível de comparação com as referências do próprio (Hoza et al., 2004), por isso, a correspondência entre as avaliações do próprio e dos outros, uma vez que a importância dada às percepções de avaliação dos outros, parece aumentar com a idade e com a importância pessoal do domínio em avaliações (Cole, 1991).

Os pais, considerados como um dos agentes de socialização das suas crianças, pretendem que as mesmas sejam um reflexo da sua percepção, ou seja, que sejam o espelho, dos papéis dos adultos, no seu desempenho futuro (Maia, 1999).

Segundo Oliveira (1998), muitos dos jovens, oriundos de camadas sociais de baixo rendimento familiar revelaram na área social e cognitiva défices por falta de oportunidades que lhes foram proporcionadas para o desenvolvimento de habilidades.

Segundo Martineck (1988), no contexto escolar, os pares são os principais influenciadores do desenvolvimento da criança/jovem.

Neste sentido, uma criança ou um jovem socialmente hábil parece estar mais bem preparado para progredir e prosperar no atual ambiente social.

A aprendizagem de atitudes e valores, padrões cognitivos e comportamentais de acordo, com as necessidades atuais do ambiente que o rodeia e, fundamentalmente, no que concerne ao entendimento entre colegas e pessoas com as quais convive no quotidiano.

Partindo do pressuposto que as crianças e jovens serão capazes de fazer distinções entre os domínios e que não se sentem igualmente competente em todos eles, utilizaremos a *Dutch Pictorial Scale of Perceived Competence and Social Acceptance for Young Child* (Vermeer e Vennhof, 1997) e que em Campos & Ferreira (2008) adaptaram à realidade portuguesa a escala para crianças e jovens com SD.

Pretendemos que este projeto, de algum modo, possa contribuir para melhorar e aprofundar a área de investigação. Através dos resultados obtidos criar estratégias para avaliação e intervenção de forma a melhorara as autoperceções destas crianças e jovens, ao nível da competência percebida e da aceitação social.

Neste contexto o nosso estudo teve os seguintes objetivos:

O objetivo geral é comparar as perceções de competência cognitiva e física e, aceitação social de pais e pares, de crianças e jovens com SD, de ambos os géneros, com idade mental de 4-6 e 7-9 anos reportada neles próprios, e pelos seus pais.

Os objetivos específicos são:

- i) descrever a amostra;
- ii) descrever a perceção que as crianças e jovens têm da sua competência e da sua aceitação social;
- iii) descrever a perceção que os pais têm da competência e da aceitação social dos seus filhos;
- iv) comparar a perceção que os pais têm da competência dos seus filhos com a perceção que os filhos têm da sua competência;

- v) comparar a percepção que os pais têm da aceitação social dos seus filhos com a percepção que os filhos têm da sua aceitação social;
- vi) verificar se existe diferenças de percepções de competência e aceitação social por género das crianças e jovens com Síndrome de Down;
- vii) verificar se existe diferenças de percepções de competência e aceitação social por idade mental das crianças e jovens com Síndrome de Down;
- viii) verificar se existe diferenças de percepções de competência e aceitação social entre crianças e jovens com Síndrome de Down e as percepções de competência e aceitação social dos pais.

Com a administração às crianças e jovens e pais ou encarregados de educação da Escala Pictorial de Competência Percebida e Aceitação Social para Crianças com Síndrome de Down pretendeu-se responder às seguintes questões:

Tendo em conta a problemática em estudo formulamos as seguintes hipóteses de pesquisa:

1H₀ – Não existe relação entre as subescalas de percepção dos jovens e as subescalas de percepção dos pais por género.

1H₁ – Existe relação entre as subescalas de percepção dos jovens e as subescalas de percepção dos pais por género.

2H₀ – Não existe relação entre as subescalas de percepção dos jovens e as subescalas de percepção dos pais por idade mental em cada género.

2H₁ – Existe relação entre as subescalas de percepção dos jovens e as subescalas de percepção dos pais por idade mental em cada género.

3H₀ – Não existem diferenças entre as subescalas de percepção dos jovens e as subescalas de percepção dos pais por género em cada idade mental.

3H₁ – Existem diferenças entre as subescalas de percepção dos jovens e as subescalas de percepção dos pais por género em cada idade mental.

4H₀ – Não existem diferenças entre as subescalas de percepção dos jovens por idade mental em cada género.

4H₁ – Existem diferenças entre as subescalas de percepção dos jovens por idade mental em cada género.

Esta dissertação foi organizada em sete capítulos. No capítulo I, foi feita a introdução ao estudo com a definição e contextualização dos problemas. No capítulo

seguinte, capítulo II, efetuamos a revisão da literatura existente acerca da temática, com a apresentação dos sub-capítulos de 2.1. Autopercepções, 2.2. Deficiência Intelectual. No capítulo III, apresentamos metodologia, com definição da amostra, definição das variáveis do estudo, descrição e aplicação do instrumento de medida, procedimento do estudo e tratamento estatístico. No capítulo IV, foram apresentados os resultados. Quanto ao capítulo V, fez-se a discussão dos resultados com a revisão da literatura. Para finalizar o nosso estudo, no capítulo VI foram tiradas algumas conclusões, bem como sugestões para estudos futuros, seguidas das referências bibliográficas, no capítulo VII.

Capítulo II - Revisão da Literatura

Capítulo II - Revisão da Literatura

2.1. Autopercepções

As autopercepções segundo Fox (1997) englobam descrições e avaliações acerca do *Self*, quer de uma forma global, quer de uma forma mais específica. Por isso, de acordo com o mesmo autor, podemos referir que o conceito de autopercepções serve para definir todas as dimensões referentes ao *Self*.

Sobre este assunto Shavelson, Hubner e Stanton (1976) referem que a percepção que provém da nossa experiência e as interpretações que provém do nosso meio são muito influenciadas por reforços e opiniões de pessoas significativas.

O autoconceito e a autoestima foram, durante muitos anos, considerados por psicólogos e investigadores, como entidades unidimensionais, sem se atender às diferentes percepções do *Self* que as compõem (Fox, 1997).

Posteriormente surgiram teorias que consideravam o autoconceito como um constructo multifacetado ou multidimensional, visto que os indivíduos não se sentem igualmente capazes nos diferentes domínios e diferenciam os seus julgamentos.

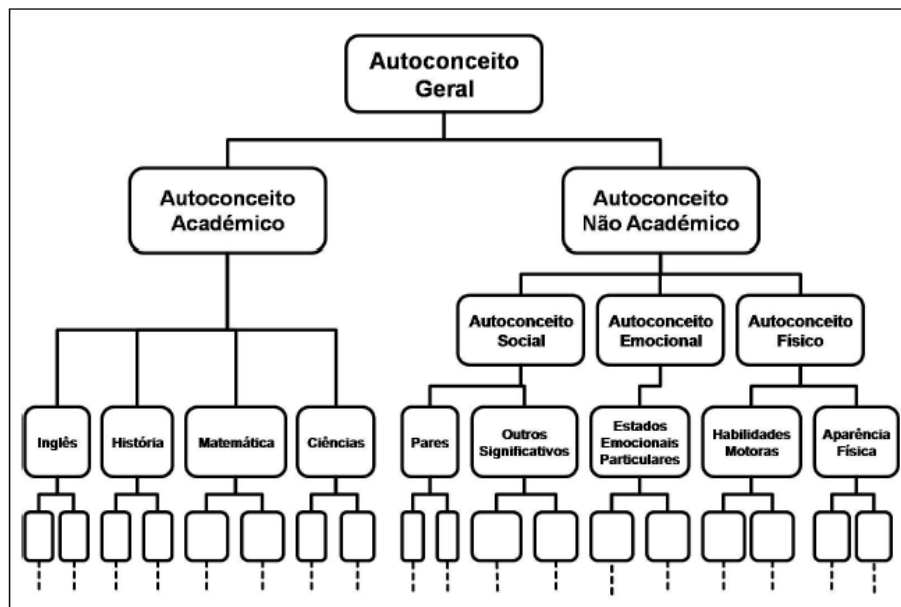
O modelo hierárquico e multidimensional do autoconceito de Shavelson e colaboradores (1976), mostra uma hierarquização do autoconceito, à medida que o autoconceito se divide, decresce o grau de estabilidade, isto é, começa a notar-se a influência das diferentes situações com que o indivíduo se depara. No topo da hierarquia está o autoconceito geral que se divide em autoconceito académico e autoconceito não académico.

O autoconceito académico pode-se ainda subdividir em áreas disciplinares particulares, como a língua materna, a história, a matemática e as ciências, enquanto que, ao autoconceito não académico se divide, segundo este modelo,

em autoconceito social, autoconceito emocional e autoconceito físico. No nível hierárquico mais baixo temos as ramificações relacionadas com a avaliação de comportamentos em situações específicas.

O modelo multidimensional e hierárquico do autoconceito, apresentado por Shavelson e colaboradores (1976) é considerado um dos mais importantes nesta temática. A partir deste modelo é dada uma maior ênfase às características estruturais do autoconceito. Estes autores, propuseram um modelo assente nos seguintes aspetos: (i) organizado ou estruturado, isto é, as pessoas categorizam o vasto conjunto de informação que possuem sobre si próprias e inter-relacionam estas categorias; (ii) multifacetado, ou seja, constituído por diferentes dimensões com as diferentes facetas a refletirem o sistema categorial adotado por um indivíduo particular e/ou partilhado por um grupo; (iii) hierárquico, isto é, a representação global do *Self* a subdividiam-se em dimensões menos globais (por exemplo autoconceito académico e não académico) as quais, por sua vez, se dividiriam em áreas mais específicas (por exemplo o autoconceito académico a dividir-se em autoconceito a matemática, a história, a língua materna, etc.); (iv) estável, isto é, quando se desce na hierarquia o autoconceito torna-se mais dependente da situação e como consequência menos estável; (v) multifacetado, isto é, à medida que o indivíduo se desenvolve da infância para a idade adulta; (vi) descritivo e avaliativo, ou seja, o indivíduo pode descrever-se a ele próprio e avaliar-se; (vii) diferenciado, isto é, relativamente a outros constructos tais como o rendimento académico.

Figura 1 - Modelo hierárquico da estrutura de autoconceito (Adaptado de Shavelson et al., 1976)



Segundo Shavelson e colaboradores (1976) o autoconceito caracteriza-se como o conjunto de percepções que as pessoas possuem acerca de si próprias, sendo a autoestima a dimensão avaliativa do autoconceito, ou seja, forma como as pessoas se autoavaliam.

Assim, enquanto o autoconceito se refere à imagem multifacetada que um indivíduo tem de si mesmo, a autoestima diz respeito à avaliação, ou ao modo, como o indivíduo se sente acerca da sua imagem.

Relativamente, à autoestima é de salientar que é como uma parte avaliativa e emocional do autoconceito, podendo ser definida como uma consequência dos julgamentos positivos ou negativos realizados pelo indivíduo, acerca de si próprio (Faria, Pepi & Alesi, 2004).

Podemos ainda, considerar a autoestima e o autoconceito como duas entidades psicológicas distintas que reenviam para diferentes formas de avaliação do *Self*.

Segundo Harter (1999), a criança consegue diferenciar as suas habilidades nos diferentes domínios e comparar-se com os outros através do desenvolvimento das autopercepções e autoavaliações que dependem de processos cognitivos e sociais construtivos (ver quadro 1).

Quadro 1 - Estádios do desenvolvimento normal das autopercepções na infância (Harter, 1999)

	Conteúdo Relevante	Estrutura/ Organização	Valor/ Exatidão	Natureza das Comparações	Sensibilidade aos Outros
3-4 anos	Concreto; características observáveis; atributos taxionómicos simples na forma de habilidades, atividades, possessões, preferências	Representações isoladas; falha de coerência, coordenação; pensamento "tudo ou nada"	Positivamente irrealista; incapacidade de distinguir o <i>Self</i> real e ideal	Comparações não diretas	Antecipação das reações dos adultos (elogio, crítica); apreciação rudimentar de adequação aos padrões externos dos outros
5-7 anos	Atributos taxionómicos elaborados; foco em competências específicas	Ligações rudimentares entre representações; ligações tipicamente opostas; pensamento "tudo ou nada"	Tipicamente positivo; persistência da não exatidão	Comparações temporais com o próprio; comparações com os colegas da mesma idade	Reconhecimento que os outros estão a avaliar e <i>Self</i> ; interiorização inicial da opinião dos outros; padrões tornam-se autoguias da regulação do comportamento
8-11 anos	Traços que focam as capacidades e características interpessoais; avaliações comparativas com os pares; avaliação global do valor	Generalizações crescentes que acrescenta vários comportamentos; capacidade de integrar atributos opostos	Avaliações positivas e negativas, maior exatidão	Comparação social com objetivo de autoavaliação	Internalização da opinião e padrões dos outros, que funcionam como autoguias

Em suma, a criança vai alterando a perspetiva que tem de si própria e a forma como se avalia, conforme vai aumentando o conhecimento da sua competência no desempenho e na vida inserida em padrões de referência na sociedade.

Segundo Harter (1999), o período da adolescência é instabilidade, pois representa um período da vida marcada por grandes transformações fisiológicas, psicológicas, afetivas, intelectuais e sociais, vividas num determinado contexto cultural.

Assim, para uma melhor compreensão das alterações cognitivas, Harter (1999) refere que devemos atender a três períodos distintos na adolescência: inícios da adolescência, meados da adolescência e finais da adolescência.

A representação do próprio comportamento e sentimentos é alterada, assim que a criança se torna adolescente (Harter, 1990a). Crianças com 8 anos e mais velhas não só fazem julgamentos discretos sobre a sua competência em diferentes domínios, mas também constroem a percepção do seu valor geral.

É durante a adolescência que a aceitação social do par, tendo em vista as atividades do dia a dia, começa a rivalizar com as expectativas e objetivos parentais de longo prazo (Mitic, 1990). A juventude começa a vivenciar uma grande autonomia dos seus pais e a passar mais tempo com os seus amigos/pares sem supervisão parental. As atividades de *gang* e as taxas de crimes violentos entre estas idades estão em crescimento (Skoloff, 2002).

A falta de capacidade para uma adequada resolução de problemas pode ser o precursor para a falta de esperança de muitos jovens adolescentes. Este baixo nível de esperança e percepções de si próprio são fatores que levam os jovens a abandonar a escola prematuramente (Spurlock, Munford, & Madhere, 1995).

Os adolescentes provenientes de meio socioeconómico pobre tendem para o insucesso escolar como uma situação normal, não reconhecendo o sucesso escolar como um veículo para o sucesso da sua vida futura.

Estudos recentes mostraram que a capacidade de resolver situações/atributos contraditórios pode ser mais difícil para alguns jovens do que para outros. A verdade é que as adolescentes mais velhas apresentam um maior número de contradições relativamente aos rapazes, sugerindo que no caso destes últimos, o processo de desenvolvimento cognitivo ainda não terminou.

2.1.1. Perceção de Competência

O conceito de competência foi definido por White (1959) como a capacidade geral do indivíduo para interagir efetivamente com o meio, ou seja, no desenvolvimento do indivíduo, o comportamento exploratório deste é baseado na eficácia da sua interação com o ambiente. Nessa interação, o indivíduo reflete sobre os efeitos que foi capaz de produzir de forma efetiva e competente, desenvolvendo assim uma perceção da competência.

Segundo Kunnen (1992), o indivíduo não atua apenas sobre o meio, também reflete sobre as suas ações, pelo que desenvolve uma perceção da sua capacidade de desempenho em diferentes atividades. Neste sentido

desenvolve a sua percepção de competência, uma importante dimensão da autoestima (Kavussanu & Harnisch, 2000; Kunnen, 1992).

White é considerado o fundador do conceito de competência, tendo dado ênfase aos aspectos motivacionais. De acordo com Goodway e Rudisill (1997) a obtenção de resultados positivos como consequência de determinada ação, induz sentimentos de eficácia, controle e prazer, que por sua vez, fortalecem a motivação e tendem a promover o desenvolvimento de novas ações. Deste modo, as pessoas refletem sobre as suas ações e desenvolvem uma percepção sobre si. Um dos aspectos dessa percepção diz respeito à sua própria competência para cooperar em diferentes aspectos da vida diária e à sua capacidade para desenvolver atividades particulares (Kunnen, 1992).

Segundo Williams e Gil (1995), os indivíduos nos contextos de realização têm como principal preocupação demonstrar competência, pois esta identifica o sucesso. A competência é demonstrada através da orientação para a tarefa, situação em que a comparação com os outros pode ser uma referência para um desempenho favorável.

Um fator determinante da autoestima reconhecido na literatura é a competência percebida (Ebbeck & Weiss, 1998).

Para a reflexão sobre o *Self*, diferentes terminologias têm sido utilizadas, como por exemplo, o autoconceito, a forma como a pessoa se percebe (Marsh & Shavelson, 1985) e a autoestima, componente avaliativa ou aspecto emocional do autoconceito (Miller, 2000). Na opinião de Jacquez, Cole e Searle (2004), existe uma forte correspondência entre as autopercepções de competência das crianças e as percepções dos outros significativos.

A competência percebida é a percepção e avaliação pessoal sobre a própria competência em diferentes campos. De acordo, com Stone e May (2002), uma importante função ao nível da interação com o meio, fornece informações sobre as tarefas e atividades que estão dentro das possibilidades do indivíduo e em quais dessas interações e atividades vale a pena investirem.

Segundo Bandura (1982) e Harter (1981), a competência percebida representa a extensão em que uma pessoa acredita que desempenha ou é capaz de desempenhar bem uma tarefa. Assim, todos os comportamentos e ações dos

indivíduos nos vários contextos de existência, mas particularmente nos de realização, são influenciados pela competência percebida, enquanto conjunto de juízos acerca das capacidades pessoais (Kunnen, 1992).

Suls e Sanders (1982 cit. por Kunnen, 1992) distinguiram quatro estádios de desenvolvimento da competência percebida:

- O primeiro estádio vai desde o nascimento até aos três anos. Nesta idade a competência percebida ainda pode ser vista como um conceito difuso, que acontece sem a consciência da capacidade para controlar o ambiente (Coplan, Findlay, & Nelson, 2002).
- O segundo estádio refere-se ao período dos três aos seis anos, sendo este período quando a criança define as suas capacidades em termos de tarefas concretas (e.g. eu sei fazer um *puzzle*) (Resende, 2006).
- O terceiro estádio, dos seis aos oito anos, é o período a partir do qual o conceito de competência se torna mais abstrato e estável (Ruble & Flett, 1988).
- O quarto estádio, segundo Nicholls (1978), dos nove anos até à idade adulta, é caracterizado pelo aumento da capacidade de processamento de informação no desenvolvimento de um conceito pessoal de competência, que resulta de uma correlação muito estreita com a competência atual.

Em 1978, Harter baseando-se nas interpretações de White e na seleção da percepção de competência como dimensão da autoavaliação, desenvolveu um modelo teórico onde partiu da ideia que a realização de experiências bem-sucedidas promove a percepção de Competência, aumentando assim a motivação intrínseca. Harter e Pike (1984) concluíram que a percepção de valor global da criança é diferente conforme a idade. Por outro lado, Harter (1978, 1981) sugeriu que o sucesso ou insucesso desenvolve percepções positivas de competência, estando estas, por seu lado relacionadas com a motivação intrínseca (Boggiano, Main, & Katz, 1988; Harter, 1981, 1992).

A competência global de cada indivíduo não é uma mera soma da percepção de competência nos diferentes domínios (Kunnen, 1992), estando dependente da importância de uma habilidade específica. O sucesso leva a um aumento da percepção de competência e motiva o indivíduo a continuar e persistir nas atividades (Goodway & Rudisill, 1996, 1997).

A percepção dos pais e/ou dos pares é considerada um critério externo, passível de comparação com as referências do próprio (Hoza et al., 2004).

2.1.1.1. Fatores que influenciam a Percepção de Competência

Segundo Kunnen (1992), existem três grupos de fatores que influenciam o desenvolvimento da competência percebida. O primeiro relaciona-se com as experiências de sucesso ou insucesso no desempenho, o segundo com a qualidade e quantidade de informação recebida e o terceiro com as características do indivíduo (constitucionais e neurológicas).

Os pais influenciam o comportamento das crianças através de três processos (Raposo, 1993):

- i) Com os seus próprios comportamentos, apresentam situações para induzirem ações nas crianças (e.g. frustração conduz à agressão);
- ii) Servem de modelos a serem imitados pelas crianças;
- iii) Relutantemente, recompensam os comportamentos e os progressos realizados pelas crianças.

A família é o contexto no qual o indivíduo é mais emocionalmente influenciado (Bronfenbrenner & Morris, 1998).

O *feedback* e as atitudes que os adultos têm perante as tarefas de uma criança são particularmente importantes, sendo frequente ouvir uma criança dizer que é bom em determinada tarefa porque os seus pais o disseram (Gomes, 1997).

De acordo com Harter (1978, 1981) as crianças que têm experiências de sucesso estão mais aptas a perceberem a sua competência, a sua capacidade de controlo, a aprovação vinda dos outros e a retirarem maior prazer do seu desempenho. Em contrapartida, se uma criança experimenta repetidamente situações de insucesso, as suas autopercepções tenderão a ser menos positivas estando, deste modo, menos motivada para a resolução de novas tentativas.

Grolnick e Ryan (1990) identificaram nos seus estudos três dimensões de estilos parentais capazes de predizer a autoregulação e a competência da criança:

- i) o apoio à autonomia (*autonomy support*);
- ii) o envolvimento parental direto (*direct parent involvement*);
- iii) provisão de estrutura (*provision of structure*).

Os dados referidos por estudos de Grolnick e Ryan (1990) apontam para a evidência de que um maior apoio à autonomia, mais estrutura e mais envolvimento por parte dos pais que estão intimamente relacionados com uma maior autoregulação e um melhor nível de aproveitamento dos seus filhos.

Nos estudos realizados por Escarti, Roberts, Cervelho e Guzmán (1999), verificou-se que os indivíduos com objetivos de orientação para a tarefa mais elevada percebem que os seus pais têm os mesmos objetivos de realização, tendo também objetivos de orientação para a tarefa elevada. O mesmo acontece com os objetivos de orientação para o ego. Na maior parte dos estudos concluíram que as raparigas tendem a ter uma maior orientação para a tarefa e que os rapazes são mais orientados para o ego.

Num estudo realizado por White (1996), os resultados indicam que as crianças que experimentaram elevados níveis de orientação para a tarefa têm um clima motivacional orientado para a aprendizagem e enfatizado pelos pais. O autor conclui que existe uma ligação entre as orientações dos jovens praticantes de atividade física e as perceções do clima motivacional dos pais. Os resultados indicam que os rapazes têm uma orientação para o ego mais elevada, têm maiores perceções do clima de comparação das mães e dos pais.

As perceções pessoais de competência têm um impacto importante no comportamento da criança e no seu rendimento desportivo, desempenhado pelos pais e outros significativos, um papel importante no desenvolvimento deste sentimento de competência (Gomes, 1997).

Os autores White, Duda e Hart (1992) referem que o clima motivacional induzido pelos pais compreende três dimensões, em que duas são orientadas para o ego (importância dada ao erro e o sucesso sem esforço) e a outra é

mais orientada para a tarefa (promoção da aprendizagem). Na promoção da aprendizagem, tanto do pai como da mãe, no seu estudo Redes (2003) encontrou valores elevados, sendo os do pai mais elevados. Power e Woolger (1994) atribuíram esta diferença ao facto de este ser um dos agentes de socialização mais influentes.

No estudo realizado por Redes (2003), concluiu-se ainda que a perceção dos objetivos de realização dos pais se relacionava com os objetivos de realização dos filhos. Estes resultados foram diferentes dos que Duda e Hom (1993) encontraram no seu estudo (a existência de pouca correspondência entre os objetivos de realização dos pais e dos filhos).

Segundo Montenegro (2003) num estudo realizado com 40 nadadores com idades compreendidas entre os 9 e os 12 anos de idade e aos respetivos pais, verificou que todos os pais e todos os nadadores consideravam positiva a prática de desporto (“gosto”, “importância” e “utilidade”), pois a maioria da amostra total respondeu afirmativamente a estas questões, não se tendo registado diferenças significativas entre respostas positivas e negativas. Perante estes resultados pode depreender-se que os pais podem ter influência na motivação do seu filho na adesão ao desporto (Brustad, 1993; Weiss & Hayashi, 1995).

As perceções de competência segundo Montenegro (2003) tanto os pais como as mães têm perceções elevadas no que diz respeito à competência dos filhos, devido talvez, ao facto dos filhos também se percecionarem como muito competentes.

2.1.2. Perceção de Aceitação Social

Ao desenvolvimento do indivíduo tem sido repetidamente associada a importância das interações sociais. As interações estabelecidas no microsistema “família” são as que trazem implicações mais significativas para o desenvolvimento da criança, embora outros sistemas sociais também contribuam para o seu desenvolvimento.

2.1.2.1. Perceção de Aceitação Social pelos Pais

À nascença o indivíduo interioriza dos seus pais, as crenças, valores, normas e atitudes que desde logo são assumidas como válidas e imprescindíveis à vida social, apesar de primeiro ter de aprender a fazer parte da família.

Todas as sociedades dependem da família para a socialização das crianças e adolescentes, na transição para se tornarem adultos bem-sucedidos.

A socialização de um indivíduo implica a aquisição de capacidades, conhecimentos, crenças e atitudes. Entende-se socialização como um processo no qual e através do qual, um indivíduo adquire os valores, normas e modelos de comportamento do seu envolvimento social (sociedade, grupo ou cultura). Este processo decorre durante toda a vida do indivíduo, mas é particularmente acentuado e conduzido por instâncias apropriadas em determinados estádios do desenvolvimento da pessoa (Bento, 1998).

O indivíduo vai estabelecendo a sua própria identidade baseada fortemente nos valores dos pais e da a sua própria infância, adotando frequentemente estes valores e defendendo-os contra outras opiniões (Corte-Real, 1995).

A competência de resolver problemas e do regulamento próprio são sinérgicos e, por isso, contribui para o funcionamento social saudável e para as perceções positivas de si próprio (Masten & Coatsworth, 1998).

A teoria ecológica originalmente defendida por Bronfenbrenner (1979) sugere que as relações interpessoais dentro e/ou fora da família, sejam críticas no desenvolvimento do “*Self*”. A teoria de Bronfenbrenner é bi-direcional, com o meio envolvente e a colaboração dos indivíduos a afetar e moldar ambos (Sontag, 1996). Ao longo dos tempos pesquisas reconheceram que os indivíduos se tornam sociais no encontro com outros significativos entre a sua cultura e tornam-se quem são no grande processo do fazer (Bronfenbrenner, 1995; Bronfenbrenner & Morris, 1998). Valores culturais e crenças são aprendidos neste contexto quando as crianças são encorajadas a terem determinado comportamentos e desencorajadas de terem outros.

A importância das interações sociais tem sido repetidamente associada ao desenvolvimento do indivíduo. Desde muito cedo, Cooley (1992) e Mead (1925, 1934), autores referidos por Coplan, Findlay e Nelson (2004) assumiram que a percepção do próprio é originada pelas interações com os outros significativos. A forma como a criança se vê e se avalia a si própria e ao mundo, é afetada pelos sentimentos de aceitação ou rejeição pelos outros (Roner et al., 1991 cit. por Mrug & Wallander, 2002). Deste modo, o *feedback* interpessoal afeta as avaliações que a criança faz de si própria (Cole, 1991), isto é, a criança procura constantemente informações sobre si própria, tanto as reações verbais e comentários, como as reações não verbais e expressões, favorecendo a formação da sua percepção, baseada na forma como os outros a percebem (Coplan, Findlay, & Nelson, 2004).

Segundo McCabe e Meller (2004), a aceitação social efetiva da criança é um requisito importante para existir um repertório de habilidades, incluindo conhecimento de padrões sociais de comportamento, resolução de problemas sociais, reconhecimento e compreensão de emoções e comunicação.

A aprovação social ou aceitação social, segundo Kunnen (1992), poderá estar, em parte, dependente do sucesso nas tarefas, sucesso medido com base no alcance de objetivos, frequentemente, definidos pelos outros uma vez que inicialmente a criança se baseia no *feedback* para perceber o sucesso ou não. Só, posteriormente, será capaz de desenvolver objetivos e critérios internos que diminuirão a importância dos objetivos impostos (Harter, 1985).

A aceitação promove a partilha, a cooperação, a resolução de conflitos em contextos de colaboração, num ambiente positivo para a criança, por isso, poderá ser importante no clima geral de envolvimento nos contextos em que brinca, joga, estuda (King et al., 1997). Os sentimentos de rejeição transmitidos pelos outros poderão favorecer uma visão negativa do mundo com uma grande instabilidade emocional, hostilidade e discriminando a autoestima do indivíduo (Mrug & Wallander, 2002).

O sucesso da adaptação à vida está dependente das habilidades e oportunidades sociais, do processamento da informação social e do afastamento de estereótipos negativos (King et al., 1997), assim como, da percepção de competência e aceitação social (Juvonen & Bear, 1992).

A família constitui um importante elemento inicial de influência na socialização do indivíduo (Brustad, 1992; Greendorfer, 1992 cit. por Bois, Sarrazin, Brustad, Trouilloud, & Cury, 2005). No processo de desenvolvimento do indivíduo, as práticas socializadoras dos pais são orientadoras e como algo a seguir (Kunnen, 1992), uma vez que os indivíduos avaliam o seu comportamento em função das reações dos seus pais (Stipek, Recchia, & McClintic, 1992).

A importância dos padrões de interação dos pais com o indivíduo e da garantia de oportunidades e experiências está intimamente relacionada com o desenvolvimento da percepção da criança (Eccles, Wigfield, & Schiefele, 1998). Para Harter (1999), os indivíduos cujos pais que lhes garantam apoio emocional e se mostram disponíveis, percebem-se como competentes e/ou aceites. Por outro lado, indivíduos que estão ligados a figuras de rejeição e de indisponibilidade emocional terão uma percepção de si próprios como incompetentes e sem valor.

A aceitação ou rejeição parental podem ser expressas de variadas formas. A rejeição parental é geralmente manifestada na forma de criticismo aberto, insatisfação expressa, baixos níveis de *feedback* positivo e negligência passiva (Jacquez, Cole, & Searle, 2004). Contrariamente, o *feedback* positivo, sinónimo de aceitação, é disponibilizado pelo afeto, pela expressão de satisfação e pelo envolvimento e motivação (Kunnen, 1992).

O *feedback* que os pais proporcionam poderá estar relacionado com as expectativas, as exigências e o conhecimento que têm dos comportamentos dos seus filhos (Bois, Sarrazin, Brustad, Trouilloud, & Cury, 2005).

Segundo os resultados de um estudo de McMurray e colaboradores, (1993) existe uma correlação positiva entre os comportamentos saudáveis apresentados pelos pais e os apresentados pelos filhos.

A família é tipicamente o principal contexto, mas ela constitui apenas um dos diversos contextos onde o processo de desenvolvimento humano ocorre (Bronfenbrenner, 1986).

Efetivamente, a família é um dos agentes mais poderoso de socialização e de aprendizagem de estilos de vida saudáveis (Maia, 1999).

Os pais são considerados o primeiro meio de socialização da criança e, como tal, um contributo essencial na formação da autoperceção de competência (Bois, Sarrazin, Brustrad, Trouiloud, & Cury, 2002; Brustad, Babkes, & Smith, 2001; Gomes, 1997), e ainda da autoestima e motivação para o sucesso (Cox, 1998; Hellstedt, 1995). Os pais tornam-se deste modo, fontes de informação particularmente importantes para a criança na formação da autoperceção de competências (Bois, Sarrazin, Brustrad, Trouiloud, & Cury, 2002), que podem ser influenciadas por uma variedade de processos de socialização, incluindo a modelagem e efeitos de expectativas de socialização (Brustad, 1992).

Os pais tornaram-se deste modo, fontes de informação particularmente importantes para a criança na formação da autoperceção de competências (Bois, Sarrazin, Bustard, Trouiloud & Cury, 2002), que podem ser influenciadas por uma variedade de processos de socialização, incluindo a modelagem e efeitos de expectativas de socialização (Brustard, 1992).

Ainda para Maia (1999) é inquestionável a forte influência de vários agentes de socialização, nomeadamente os pais, irmãos e amigos, enquanto modelos de referência para a criança e adolescente, na construção do seu estilo de vida. Esta opinião é corroborada por Duarte e Silva (1991), referindo que a socialização desportiva se opera, na sua maior parte, durante a infância e a adolescência, sendo os principais agentes de socialização, a escola, a família e os amigos.

De acordo com Parke e colaboradores (1994 cit. por Parke & Buriel, 1998), os pais na sua interação com os seus filhos, podem desempenhar diferentes papéis, como o de instrutores, educadores ou conselheiros de modo a socializar os filhos relativamente a normas, regras e outros aspetos culturais relevantes. Por outro lado, os pais procuram gerir a vida social dos filhos funcionando como reguladores das suas oportunidades para usufruírem de contactos sociais e experiências cognitivas, facilitando ou inibindo o contacto com os agentes de socialização extra familiares.

No entanto, Berns (1997) refere-se ao papel dos pais na socialização como um jogo que envolve estratégias, uma vez que os pais têm que se adaptar continuamente ao nível de desenvolvimento dos filhos. Assim, à medida que o indivíduo vai crescendo, os pais têm que se adaptar ao período de

desenvolvimento; quando aprende a andar têm que estabelecer limites para cuidarem da sua segurança; quando vai para a escola, têm que tomar decisões sobre o seu rendimento escolar, os amigos, a televisão, as atividades extraescolares e, assim sucessivamente. São estas atitudes dos pais para com os filhos, caracterizadas pelo apoio e encorajamento e pelo controlo e proibição, que geralmente são consideradas como fatores centrais no processo de socialização (Amato, 1998; Maccoby e Martin, 1983 cit por Lima, 2001).

Greendorfer e Lewko (1978), Sallis, Patterson, e Nader (1988) consideram que a família constitui um núcleo importante de transmissão de comportamentos aos jovens, o que significa que, para além do património genético, os progenitores partilham e transmitem um legado cultural enorme, representado pelas suas convicções, valores e atitudes face à atividade física e saúde.

2.2. Deficiência Intelectual

2.2.1. O conceito

As pessoas com Deficiência Intelectual (DI) veem a sua individualidade e a sua relação com os outros e o meio envolvente afetados pelos mitos que estão associados a esta doença, herança que recebemos desde há séculos e que ainda está enraizada na nossa cultura (Fazenda, 2006).

Embora as pessoas sejam diferentes umas das outras, razões de natureza sociopsicológica fazem com que as diferenças nos comportamentos e outras características dos indivíduos, incluídos no padrão de “normalidade”, não sejam extremas a ponto de atraírem grande atenção por parte dos outros.

O mesmo não se passa com os comportamentos e características que saem fora deste padrão e que habitualmente não deixam ninguém indiferente. De facto nunca há indiferença à diferença.

Atualmente, o entendimento que se tem acerca da doença ou da deficiência vem sendo substituído por uma visão mais saudável, que valoriza o desenvolvimento e as potencialidades do indivíduo.

No caso concreto dos indivíduos com DI, e de acordo com Schalock e colaboradores (2007), houve uma mudança evolutiva, no sentido de os considerar como um todo e no contexto onde se encontravam inseridos, a qual se traduziu numa alteração terminológica do termo mental para intelectual.

Em 2002, a American Association on Mental Retardation (AAMR) adaptou a décima definição de DI. Aponta então cinco pressupostos para a aplicação da definição:

- i) As limitações do funcionamento têm que ser consideradas no contexto da comunidade em que o indivíduo se insere (idade, pares e cultura);
- ii) No processo de avaliação deve ser considerada a diversidade cultural e linguística, assim como as diferenças ao nível dos fatores

de comunicação, sensoriais, motores e comportamentais e intelectuais;

- iii) No indivíduo coexistem limitações com aspetos fortes;
- iv) A descrição das limitações tem o propósito de desenvolver o perfil dos apoios necessários;
- v) Com apoios personalizados e apropriados a funcionalidade dos indivíduos com DI pode geralmente melhorar.

Quando Luckasson e colaboradores (2002) se referem aos apoios, personalizados e apropriados à funcionalidade dos indivíduos, definem-nos como recursos e estratégias individuais necessárias para a promoção do desenvolvimento, educação, interesses e bem-estar pessoal do deficiente intelectual, que tanto podem ser prestados pelos familiares e amigos, como por técnicos, tais como professores, psicólogos ou médicos.

Os apoios personalizados e apropriados a estes indivíduos são de diferentes tipos, podendo ser:

- i) Apoios intermitentes, aqueles que apenas são necessários esporadicamente de alta ou baixa intensidade;
- ii) Apoios limitados que são caracterizados por uma certa consistência em termos de intensidade especial nos períodos críticos da vida dos indivíduos;
- iii) Apoios externos que patenteiam já um envolvimento regular (diário), pelo menos, em alguns contextos específicos (casa, escola, trabalho, entre outros).

Apesar das definições de 1992 e de 2002 da AAMR darem ênfase aos apoios e à sociedade, estas distinguem-se na medida em que a definição mais recente de DI deixa de fazer referência ao coeficiente de inteligência (QI) de um indivíduo e ao número de áreas do comportamento adaptativo nas quais têm de apresentar incapacidade, para poder ser considerado deficiente intelectual (AAMR, 2002).

No que diz respeito à taxa de prevalência da DI existe uma estimativa de aproximadamente 1%, sendo o défice intelectual mais frequente entre sujeitos

do sexo masculino numa proporção, aproximadamente de cinco para um (homem/mulher) (American Psychological Association, 2002).

Ao longo da história muitas têm sido as perspectivas que a Religião, a Psicologia, a Educação e vários ramos da Medicina têm apresentado acerca deste fenómeno.

2.2.2. Alguns dados históricos do apoio às pessoas com Deficiência Intelectual

Historicamente, o interesse no estudo da DI parece ser muito anterior ao interesse manifestado por qualquer outro campo relacionado com as deficiências ou com a Educação Especial.

De facto, embora todas as sociedades, de todas as épocas, tenham sido afetadas pela existência de indivíduos com DI e outras dificuldades físicas ou intelectuais isso não significa que o conceito de DI tenha permanecido imutável ao longo dos tempos. De facto, as atitudes e convicções de cada época são reveladoras das muitas e variadas conceptualizações e descrições terminológicas referentes às pessoas com DI (Wright & Digby, 1996 cit. por Oliveira, 1998). De acordo com Scheerenberger (1983 cit. por Oliveira, 1998), já os mais antigos estudos antropológicos conhecidos e publicados pelos Gregos (1552 a.C.) ou pelos Romanos (449 a.C.) se referiam a indivíduos “loucos” ou “monstros”.

Nas sociedades agrárias primitivas, se por um lado os indivíduos com atrasos ligeiros ou moderados acabavam por se integrar facilmente em trabalhos rotineiros compatíveis com as suas capacidades e limitações, por outro lado aqueles que se apresentavam com atrasos mais severos (normalmente associados a lesões ou disfunções orgânicas) eram simplesmente aniquilados ou acabavam por morrer em idades muito precoces, vítimas de causas naturais.

Nas sociedades nómadas primitivas as pessoas com defeitos físicos ou intelectuais, muito por força do estigma associado a tais condições (Hamonet,

1990 cit. por Oliveira, 1998), eram vistas como sinais indicadores de desgraça ou de castigo dos Deuses (Fonseca, 1989) e as superstições e mitos à sua volta impediam que, quer por razões religiosas, quer por razões económicas, elas fossem suportadas ou mantidas no grupo, dado que se tornavam dispendiosas e não produtivas para além de dificultarem a mobilidade das tribos.

Na época clássica, as atitudes face às pessoas com deficiência iam do seu abandono nas florestas ao aniquilamento nos desfiladeiros.

Na Idade Média, por outro lado, com a ideia cristã da identificação de todo o mal em Satanás e do poder de corrupção do corpo/carne relativamente à alma/espírito, eram frequentes os apedrejamentos ou a morte das pessoas com deficiência, nas fogueiras da Inquisição, sendo consideradas como possuídas pelo demónio, ao mesmo tempo que iam surgindo algumas tentativas de descrição mais humanista da DI e das doenças mentais, tendo mesmo o Papa Gregório I feito publicar um decreto em que se instruíam os fiéis a dar assistência aos estropiados (Drew, Hardman, & Logan, 1996).

No início do séc. XX, e principalmente na sua primeira metade, a tendência para a expansão de escolas especiais mantém-se ao mesmo tempo que surgem por todo o lado as “classes especiais” para alunos com DI inseridas nos programas das escolas públicas.

Todavia, a implementação da escolaridade obrigatória para este tipo de alunos acaba por levantar vários problemas aos respetivos sistemas educativos, dadas as grandes dificuldades de alguns deles em realizarem as exigências mínimas dos programas escolares. Tais dificuldades desencadeiam de novo uma grande controvérsia, surgindo discussões acerca da origem dos problemas mentais das crianças.

É assim que no ano de 1908 um significativo grupo de cientistas americanos se reúne no “*Committee on Eugenics*” (Comissão para o estudo da Eugenia) convencidos de que as causas da DI se encontravam em defeitos do sistema nervoso central transmitidos de geração em geração (Wu, Chen & Tracey, 1997 cit. por Oliveira, 1998), ao mesmo tempo que era publicada em Paris a primeira versão da Escala Métrica de Inteligência (Teste Binet-Simon)

elaborada na sequência de uma decisão do Ministério da Instrução Pública de França, tomada quatro anos antes (1904), com o objetivo de se despistarem as crianças incapazes de seguir a escolaridade.

Goddard (1912, cit. por Oliveira, 1998), concluía que eram razões genéticas e hereditárias, que explicavam o facto de um dos grupos ter sido condenado a uma vida de marginalidade e degenerescência, enquanto o outro estaria quase certamente destinado a uma vida bem sucedida.

A conclusão de que também a DI teria as suas origens em razões genéticas e que como tal se constituía numa ameaça para a espécie humana não tardou a surgir. De resto Goddard publica, logo no ano seguinte (1914), uma outra obra (*Feeble-mindedness: Its Causes and Consequences*) em que são apontadas as mesmas explicações para a DI, dando origem ao ressurgimento de muitos e variados estereótipos negativos face às pessoas com problemas mentais (Drew, Hardman, & Logan, 1996).

Com esta mudança de perspetivas, os indivíduos com DI passaram a ser considerados residentes permanentes nas respetivas instituições e deixaram até de ser preparados para o eventual regresso à comunidade (que estava fora de questão). Mantendo os indivíduos-problema “encarcerados” nas instituições e controlando a sua reprodução, encontrava-se uma solução simplista de prevenção que garantia a desresponsabilização pelo surgimento de condições sociais indesejáveis, como a DI, e assegurava a “assistência” aqueles que delas sofriam.

Em 1959 uma nova filosofia, oriunda da Dinamarca e outros países escandinavos, vai revolucionar o campo da DI. Trata-se do conceito de “normalização”, conceito que sublinha a necessidade de se educarem os indivíduos com DI, independentemente do tipo ou grau de seus problemas, nos locais e com os recursos mais próximos possíveis dos usualmente utilizados para os outros indivíduos da sua comunidade.

Do conceito de normalização resultaram dos movimentos pela desinstitucionalização, pela não colocação de rótulos estigmatizantes às pessoas com deficiência e pela sua integração nos meios educativos e sociais o menos restritivos e mais “normais” ou próximos do normal possível, assim

como, amplos movimentos pela igualdade de oportunidades e pela defesa dos direitos das pessoas com deficiência.

De acordo com a UNESCO (1977), podemos concluir, que de uma forma geral na história da humanidade, a forma como se consideram e integram as pessoas com deficiências em geral e com DI em particular, passou por cinco estádios diferenciados. Tais estádios, que só aparentemente se sucedem de forma cronológica, veiculam diferentes atitudes e concepções face às pessoas com deficiência que, mesmo nos nossos dias, se sobrepõem entre si, e podem ser assim descritos de uma forma genérica:

- i) Estádio filantrópico, situação em que as pessoas com deficiência têm um estatuto de pessoas doentes e portadoras de incapacidades permanentes inerentes à sua natureza, implicando o seu isolamento para tratamento e cuidados de saúde;
- ii) Estádio da “assistência pública”, o mesmo estatuto de “doentes” e “inválidos” implica a institucionalização da ajuda e assistência social;
- iii) Estádio dos direitos fundamentais, iguais para todas as pessoas, quaisquer que sejam as suas limitações ou incapacidades é a época dos direitos, liberdades individuais e universais de que ninguém pode ser privado, como é o caso do direito à educação;
- iv) Estádio da igualdade de oportunidades, época em que o desenvolvimento económico e cultural arrasta consigo a massificação da escola e, ao mesmo tempo, faz surgir o grande contingente de crianças e jovens que, não tendo um rendimento escolar adequado aos objetivos da instituição escolar, passam a engrossar o grupo das crianças e jovens deficientes intelectuais ou com dificuldades de aprendizagem;
- v) Estádio do direito à integração, “onde se promove, ao contrário do estádio anterior, o aumento das “deficiências”, dado que a ignorância e o não respeito pelas diferenças individuais encapotado na defesa dos direitos de “igualdade” agrava essas diferenças. O conceito de “norma” ou de “normalidade” é posto em causa.

Com a Declaração de Salamanca (Unesco, 1994) a afirmar que as escolas se deverão ajustar a todas as crianças, independentemente das suas condições físicas, sociais, linguísticas ou outras evolui-se para o conceito de inclusão.

A escola inclusiva confronta-se com o desafio de ser capaz de desenvolver uma pedagogia centrada nas crianças, suscetível de as educar a todas com sucesso, incluindo aquelas que apresentam graves incapacidades. Logo, é necessário um conjunto de apoios e de serviços para satisfazer o conjunto de necessidades especiais dentro da escola inclusiva. Por isso, os alunos com necessidades educativas especiais deverão receber o apoio suplementar de que precisam para assegurar uma educação eficaz (Unesco, 1994).

Para esta organização internacional a pedagogia inclusiva é a melhor forma de promover a solidariedade entre os alunos com necessidades educativas especiais e os seus colegas. As escolas especiais poderão servir como centros de formação e de recursos para o pessoal das escolas regulares.

2.2.3. As diferentes perspetivas da Deficiência Intelectual

O conceito de DI é um complexo constructo em que se integram indivíduos com níveis de inteligência muito diferentes e diversificadas etiologias e sintomatologias. Torna-se, então, complexo dada a grande variedade de disciplinas e de modelos epistemológicos que o abordam, em diferentes perspetivas.

Esta realidade fica bem demonstrada pela variedade de áreas científicas e profissionais que abordam a problemática das dificuldades intelectuais assim como pelas variadíssimas propostas terminológicas que ao longo dos tempos, como acabamos de referir, têm sido propostas para designar este conceito. Vejamos, então, em linhas gerais, as quatro perspetivas epistemológicas mais usualmente utilizadas no estudo da DI.

A perspetiva multifatorial apresenta a lista dos fatores causais em duas vertentes, o tipo de fator e as suas etapas. A primeira vertente divide-se em quatro categorias (quadro 2):

- i) Biomédica, são os fatores que se relacionam com os processos biológicos, tais como, desordens genéticas ou nutrição;
- ii) Social, são os fatores que se relacionam com as interações família/sociedade, tais como, a estimulação e a sensibilidade dos adultos;
- iii) Comportamental, são os fatores que se relacionam com os comportamentos causais, tais como, comportamentos agressivos ou o abuso de substâncias pela mãe;
- iv) Educacional, são os fatores que se relacionam com a disponibilidade dos programas educativos, que promovem o desenvolvimento mental e o desenvolvimento das habilidades adaptativas.

A segunda vertente descreve a regulação do tempo de ocorrência dos fatores causais e a forma como esses fatores afetam os pais da criança com DI, a pessoa com DI ou ambos. Este aspeto descreve a influência dos presentes fatores durante uma geração e a sua influência na geração seguinte (AAMR, 2002).

Quadro 2 - Fatores de risco em relação às diferentes perspectivas da Deficiência Intelectual (adaptado de AAMR, 2002)

Etapas / Perspectivas	Biomédica	Social	Comportamental	Educacional
Pré-natal	1. desordens cromossómicas 2. desordens genéticas simples 3. síndromes 4. desordens metabólicas 5. degeneração cerebral 6. doenças da mãe 7. idade dos progenitores	1. pobreza 2. má nutrição da mãe 3. violência doméstica 4. falta de acesso aos cuidados pré-natais	1. uso de drogas parental 2. uso de álcool parental 3. tabaco 4. imaturidade parental	1. discapacidades cognitivas sem apoio médico 2. falta de preparação para a paternidade
Peri-natal	1. prematuridade 2. lesão de nascimento 3. desordens neo-natais	1. falta de acesso aos cuidados no parto	1. rejeição dos cuidados parentais 2. abandono parental da criança	1. falta de intervenção médica nos serviços educacionais
Pós-natal	1. danos cerebrais traumáticos 2. má nutrição 3. inflamação das meninges e do encéfalo 4. desordens na apreensão 5. desordens degenerativas	1. falta de estimulação adequada 2. pobreza familiar 3. doenças crónicas na família 4. institucionalização	1. abuso infantil e negligência 2. violência doméstica 3. inadequadas medidas de segurança 4. privação social 5. distúrbios comportamentais das crianças	1. maus cuidados parentais 2. diagnóstico tardio 3. serviços de intervenção inadequados 4. apoio familiar inadequado

A ênfase em elementos dessas dimensões depende da orientação e da fundamentação teórica.

Sendo assim, o conceito multifacetado, abordado por uma grande diversidade de disciplinas do âmbito médico, psicológico, pedagógico e social para DI começou verdadeiramente a ser estudado no séc. XIX, sob os pontos de vista clínico e fisiológico, com os trabalhos de Esquirol e Séguin que introduziram o essencial de uma nomenclatura nosográfica (classificação metódica de doenças) que perdurou até aos nossos dias (Oliveira, 1998).

A conceção de DI caracterizada como um fenómeno de incompetência generalizada e limitações no funcionamento individual vem sendo muito estudada. Como indicado nos atuais sistemas categoriais de doenças e transtornos mentais, fundamenta-se no julgamento clínico e na literatura especializada, como a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF, publicação da Organização Mundial de Saúde – OMS (2004) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV-TR, publicação da Associação Psiquiátrica Americana – APA (2000).

A DI está há muito inserida em sistemas categoriais, figurando como demência e comprometimento permanente da racionalidade e do controlo comportamental. Essa compreensão pode ter contribuído para a manutenção de preconceito, influenciado por pensamentos e atitudes discriminatórias acerca da DI como se verifica em muitas sociedades modernas. Denunciar o estigma da loucura e da incompetência associados a esse fenómeno é imperativo para estudiosos, pesquisadores e profissionais que atuam na intervenção (Carvalho & Maciel, 2003).

Coerente com a prática classificatória e categorial, a DI tem sido identificada como uma condição individual, inerente e restrita à pessoa. Essa posição encontra fundamento nas perspetivas organicistas e psicológicas, atribuindo-se pouca importância à influência de fatores sócio-culturais. O diagnóstico da DI está a cargo de médicos e psicólogos clínicos, realizando-se em consultórios, hospitais, centros de reabilitação e clínicas. Equipas interdisciplinares de instituições educacionais também podem realizá-lo. De um modo geral, a grande necessidade reside nos propósitos educacionais, ocupacionais, profissionais e de intervenção (Carvalho & Maciel, 2003).

O registo do diagnóstico destina-se a finalidades diversas, como a elegibilidade para a intervenção; os benefícios e assistência social; a proteção legal e acesso a quotas para emprego entre outras, justificando a colocação de recursos materiais e financeiros para programas de atendimento. Desse modo, como instrumento clínico e legal, o diagnóstico está associado às práticas sociais.

A análise da questão da concepção de DI no que diz respeito ao diagnóstico, reside na grande necessidade do conhecimento do panorama histórico da deficiência, bem como na apreciação crítica dos recursos disponíveis que vêm sendo adotados para a sua realização, que têm perspectivado um grande contributo ao desenvolvimento do conhecimento nesta patologia mental (Carvalho & Maciel, 2003).

A OMS propõe as classificações internacionais para os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões, etc.) que são classificados principalmente na CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, Décima Revisão), que fornece uma estrutura de base etiológica. Posteriormente surgiu a CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde) que classifica a funcionalidade e a incapacidade associados aos estados de saúde. Portanto, a CID-10 e a CIF são complementares, e os utilizadores são estimulados a usar em conjunto esses dois membros da família de classificações internacionais da OMS (2004).

As informações adicionais fornecidas pela CIF sobre a funcionalidade têm a CID-10, como complemento, que proporciona um “diagnóstico” de doenças, perturbações ou outras condições de saúde. Em conjunto, as informações sobre o diagnóstico e sobre a funcionalidade, dão uma imagem mais ampla e mais significativa da saúde das pessoas ou da população, que pode ser utilizada em tomadas de decisão.

A CIF transformou a sua classificação de “consequência da doença” (versão de 1980) numa classificação de “componentes da saúde”. Os “componentes da saúde” identificam o que constitui a saúde, enquanto que as “consequências” se referem ao impacto das doenças na condição de saúde da pessoa. Deste modo a CIF assume uma posição neutra em relação à etiologia de modo que

os investigadores podem desenvolver inferências causais utilizando métodos científicos adequados. De uma forma semelhante, esta abordagem também é diferente de uma outra do tipo "determinantes da saúde" ou "fatores de risco". Para facilitar o estudo dos determinantes ou dos fatores de risco, a CIF inclui uma lista de fatores ambientais que descrevem o contexto em que o indivíduo vive.

Na atualidade, a definição adotada em 2002, da AAMR, constitui uma atualização da definição de 1992. Assim, a AAMR caracteriza a DI como "uma incapacidade caracterizada por limitações, significativas no funcionamento intelectual e comportamento adaptativo, expresso nas capacidades conceituais, sociais e práticas adaptativas; esta deficiência tem uma origem anterior aos 18 anos de vida" (AAMR, 2002) e implica cinco pressupostos:

- i) As limitações do comportamento têm de ser consideradas no contexto da comunidade onde o indivíduo se insere (idade, pares e cultura).
- ii) No processo de avaliação deve ser considerada a diversidade cultural e linguística, assim como as diferenças ao nível dos fatores de comunicação, sensoriais, motores e comportamentais.
- iii) Inerentes ao indivíduo coexistem limitações e aspetos fortes.
- iv) A descrição das limitações tem o propósito importante de desenvolver o perfil dos apoios necessários.
- v) Com apoios personalizados e apropriados por um determinado período, a funcionalidade dos indivíduos com DI pode geralmente melhorar.

Em síntese, podemos dizer que, ao longo da História, o conceito de DI sofreu inúmeras alterações. Os estudos constantes e sistemáticos acerca da temática provam estas alterações, sendo fundamental aceitar que mesmo as definições mais recentes possam continuar a ser objeto de análise de modo que haja um ajustamento às necessidades atuais.

2.2.4. O novo paradigma da Deficiência Intelectual

2.2.4.1. Abordagem “multidimensional” da Deficiência Intelectual

As condições limitativas das pessoas portadoras de DI em vez de provocarem uma atitude de comodidade devem ampliar a possibilidade de desenvolvimento destes indivíduos, através da vivência de múltiplos contextos. A partir destas vivências os portadores de DI poderiam adaptar o seu desenvolvimento, tornando-o saudável, num decurso da sua vida (Pereira, 2004).

Relativamente ao carácter multidimensional de qualidade de vida, a OMS refere que este conceito abrange seis amplos domínios a considerar:

- i) Nível de independência física e psicológica;
- ii) Relações sociais;
- iii) Ambientais;
- iv) Espirituais;
- v) Religiosas,
- vi) Crenças pessoais.

Em cada um destes domínios há uma subdivisão detalhada a respeito dos subdomínios a serem quantificados (The WHOQOL Group, 1995, cit. por Schalock et al., 2001).

A abordagem contemporânea do desenvolvimento do percurso da vida centra-se no pressuposto de que o desenvolvimento ocorre ao longo da vida e que cada ciclo desta possui características e valores próprios (Pereira, 2004). Esta abordagem parte da complexidade do processo de desenvolvimento humano destacando conceitos chaves para que possamos considerar múltiplas trajetórias do desenvolvimento humano. Os conceitos de multidimensionalidade, multidirecionalidade e plasticidade serão em seguida tratados como os aspetos mais relevantes desta complexidade.

A multidimensionalidade diz respeito à existência, no decurso da vida de múltiplas dimensões, sendo estas internas e externas: dimensão física, biológica, cognitiva, psicológica, social, entre outras. Ao longo da vida, estas dimensões estão em constante interação. Em função disso, uma dimensão que poderia estar num determinado momento associada a perdas, poderá ser compensada por outra que no mesmo momento se vincula a ganhos (Pereira, 2004). O facto das múltiplas dimensões interagir constantemente, no curso da vida, relacionam-se diretamente com as múltiplas possibilidades de trajetórias de desenvolvimento humano, ou seja, com o carácter multidirecional deste processo.

A multidirecionalidade e multidimensionalidade caracterizam o desenvolvimento humano como uma constante busca de adaptação em função do equilíbrio entre ganhos e perdas das suas múltiplas dimensões, no decurso da vida. Exemplificando esta argumentação, é possível que o desenvolvimento cognitivo de um deficiente mental possa ser compensado pelas habilidades sociais elevadas que este possui. Neste exemplo está presente a possibilidade do desenvolvimento humano ser compensado tanto pela otimização de recursos como pela constante interação entre as múltiplas dimensões. Além disso, destaca-se que a abordagem no decurso da vida permite que o processo de desenvolvimento não seja abordado somente a partir de crenças negativas e estereotipadas (Pereira, 2004).

Com base nisto pode dizer-se que, apoiando-se nos diversos recursos do desenvolvimento que todos possuem, as deficiências de qualquer indivíduo não são suficientes para inviabilizar a possibilidade que as suas potencialidades sejam desenvolvidas (Pereira, 2004).

Quanto à plasticidade é definida como o potencial do indivíduo para a mudança adaptativa. Nesta definição é pressuposto que o desenvolvimento humano não é pré-determinado, nem nas suas dimensões particulares, nem no âmbito geral. Embora geralmente utilizado para fazer referência a um aumento no nível de adaptação, o conceito diz respeito, de facto, às possibilidades de extensão e de limites do desenvolvimento (Pereira, 2004). Assim sendo, o conceito de plasticidade fornece uma indicação da flexibilidade e da resistência do indivíduo, para lidar com desafios e exigências internas e externas.

Considerando que a adaptação não é um aspeto fixo ao longo da vida, o essencial nesta teoria não é o quanto um indivíduo está ou não adaptado a um contexto sócio-histórico, mas sim a quão flexível ela é para se adaptar face aos mais diferentes contextos e desafios. No contexto escolar, não é suficiente pensarmos apenas se um deficiente intelectual está adaptado à vida social, também é relevante considerarmos se o indivíduo apresenta a flexibilidade necessária para se adaptar às constantes modificações da sociedade. Em relação à plasticidade humana, podemos questionarmos: será que o recurso à plasticidade poderá favorecer o processo de desenvolvimento, com qualidade de vida, da pessoa com DI? E ainda, inversamente, a promoção de um desenvolvimento com qualidade de vida poderia servir como apoio para a plasticidade em que tipo de recurso? É importante referir que os recursos que os indivíduos possuem para se desenvolver não são fixos. Estes modificam-se ao longo do desenvolvimento, pelo que, um recurso tido como importante para a plasticidade e funcionamento adaptado num determinado ciclo da vida, não será necessariamente importante num momento futuro (Pereira, 2004).

Concluindo, esta abordagem pressupõe a interação entre os múltiplos aspetos que podem influenciar o desenvolvimento humano produzindo, conseqüentemente, múltiplas trajetórias do desenvolvimento, apostando na plasticidade e capacidade de adaptação do ser humano.

Relativamente ao desenvolvimento de pessoas com DI, a abordagem do percurso da vida permite-nos fazer considerações pertinentes acerca dos objetivos deste trabalho. A partir desta conceção de indivíduo é possível pensarmos num desenvolvimento global do indivíduo, considerando os múltiplos domínios do desenvolvimento (físico, cognitivo, social, afetivo, etc.).

Esta abordagem possibilita que seja construída uma visão de desenvolvimento não estereotipada sobre o deficiente intelectual visando um desenvolvimento com maior equilíbrio entre ganhos e perdas, portanto, com maior qualidade de vida. Estas reflexões suportam o novo conceito de DI numa perspetiva dinâmica e multifatorial (Schalock et al., 2001; Schalock et al., 2007).

2.2.4.2. A educação das crianças com Deficiência Intelectual - As Escolas Especiais

A Educação Especial pode desenvolver-se em muitos meios e organizações institucionais diferentes. No entanto, também é sabido que durante muito tempo, principalmente entre os anos 50 e meados dos anos 70, a resposta dominante às necessidades educativas das crianças com DI era a escola especial ou a Educação Especial em aulas ou centros educacionais específicos. O princípio de que "para crianças diferentes, educação diferente" materializava-se em escolas diferentes ou, pelo menos, em salas de aula separadas dentro das escolas regulares, nas chamadas classes especiais.

Estas medidas administrativas supunham um princípio pedagógico baseado na diferenciação referida entre crianças mais educáveis e outras mais treináveis, acreditando-se que não só as crianças com DI não retiravam qualquer proveito da sua presença nas aulas regulares com colegas da mesma idade, como estes, por sua vez, "seriam prejudicados" por terem como colegas crianças "atrasadas". Paradoxalmente, também os ideais da escola especial consubstanciavam-se no levar os seus alunos a atingirem os objetivos que a escola regular propõe para os alunos considerados "normais", ou seja, capacitá-los para a vida adulta independente, fornecendo-lhes os conhecimentos e habilidades necessárias para o desempenho de funções sociais e o exercício de uma atividade profissional. A escola especial constituía-se assim como uma via paralela à escola regular, apoiando-se num pressuposto básico de que a homogeneidade dos alunos com DI impedia que estes fossem "misturados" com os "normais" ou mesmo com alunos que sofressem de outras deficiências.

Em Portugal, até meados dos anos 70, separavam-se os alunos com deficiência motora, nomeadamente com Paralisia Cerebral, daqueles que tinham DI e outros, prescrevendo-se para os primeiros a escola especial e para os segundos algumas respostas de integração. Por outro lado, o mesmo pressuposto da homogeneidade levava a que as escolas especiais tentassem, na medida do possível, a semelhança intelectual dos grupos de alunos que,

mesmo que apresentassem grandes diferenças na idade cronológica, eram organizados com base nas suas hipotéticas idades mentais.

No entanto, apesar das qualidades técnicas indiscutíveis dos professores da maioria destas escolas do número reduzido de alunos por classe (à razão de 1 professor para 5 alunos, em média), dos recursos técnicos e pedagógicos especiais de muitas destas instituições, a realidade da educação das crianças com DI fez com que ocorressem, na prática, modificações educacionais importantes.

Na verdade, se a princípio parecia que as crianças com DI, para além de necessitarem de aprender os mesmos conteúdos que as outras crianças, embora de uma outra forma e com o recurso a outras técnicas pedagógicas, necessitavam também de outras aprendizagens bem distantes do currículo da escola regular, o que aconteceu foi que, na generalidade das situações, as escolas especiais se viram na obrigação de realizar maiores e mais profundas adaptações curriculares, alterando não só os métodos ou os meios mas também os conteúdos (conhecimentos e habilidades) bem como os objetivos.

Assim, como diz Carvalho e Maciel (2003), aconteceu um distanciamento em duas direções opostas: às vezes, degradando-se a escola e transformando-a em instituição de mera custódia e assistência, sem nenhuma função educacional, e preenchendo o tempo com atividades manuais pseudo-educativas; outras vezes, orientando o trabalho educacional para a aquisição de habilidades básicas: cognitivas, interpessoais, de autonomia e de competência social.

Com a extensão das adaptações curriculares introduzidas a educação especial em centros específicos distanciou-se de tal modo da escola regular que, em rigor, nunca chegou a constituir uma verdadeira escola paralela. Isto não significa, que as escolas especiais não tenham contribuído, de forma positiva, para o avanço da Educação Especial e da educação em geral. Na verdade, devem-se ao sistema de ensino iniciado nas escolas especiais algumas contribuições importantes para a inovação pedagógica, nomeadamente a planificação e programação pedagógica individualizada (Programas Educativos Individuais) e um conjunto de técnicas educacionais específicas para o desenvolvimento da aprendizagem em crianças com dificuldades. De facto,

quer este tipo de programas individualizados, quer as técnicas, princípios e procedimentos considerados próprios da Educação Especial e, em particular da educação de crianças com deficiência mental, têm-se revelado cada vez mais de grande utilidade e importância para a Educação Regular, especialmente numa época de mudança rápida como a nossa e de massificação progressiva da Escola (Carvalho & Maciel, 2003).

A conveniência dos Programas Educativos Individuais, em que os objetivos educacionais são personalizados, definidos para cada aluno e levando em consideração o seu estado de desenvolvimento atual, as suas possibilidades e o seu potencial de aprendizagem real, evitando a impessoalidade dos "currículos de tamanho único e pronto-a-vestir" são uma realidade que ultrapassa grandemente o âmbito da Educação Especial e que parecem marcar, pelo menos como ideal, toda a Educação. De resto, como nos é dado hoje observar em todas as inovadoras propostas do campo da pedagogia científica, a homogeneidade dos alunos não passa de um mito. O que marca é de facto a diversidade e, nesse sentido, as inovações da Educação Especial estendem-se a toda a pedagogia, desde a planificação à avaliação. Na verdade, o estudo dos mecanismos e processos de aprendizagem das crianças com DI mostra claramente que, para todas as crianças, há um ritmo de progressão individualizado, marcado pelas possibilidades de cada um e que, como tal, também a avaliação das aprendizagens deve fazer-se ao longo de todas as atividades, de forma contínua e incidindo, principalmente, nos processos de "aprender" mais do que nos "produtos" ou resultados dessa aprendizagem. Estas contribuições positivas da Educação Especial separada da escola regular, no entanto, não eliminam as limitações e as disfunções da escola especial (Carvalho & Maciel, 2003).

De facto, apesar de ter mostrado que toda a criança com DI, incluindo as que apresentam um atraso grave ou profundo é uma criança educável, a Escola Especial também evidenciou as suas limitações e as suas falhas, não tendo conseguido proporcionar os frutos que parecia prometer e não tendo sequer confirmado os objetivos a que se tinha proposto.

Hoje são poucos os casos conhecidos de sucesso na integração sócio-profissional dos utentes dessas escolas, os quais envelhecem dentro das

mesmas instituições que, por sua vez, são cada vez mais "centros de ocupação" e menos "escolas". Por outro lado, como refere ainda Carvalho e Maciel (2003), em termos sociais, essa escola implica a segregação e discriminação de um grupo social, uma segregação pouco justificada (Carvalho & Maciel, 2003). Estas limitações da Escola Especial, entretanto, não lhe retiram a sua importância nem a sua necessidade para determinados tipos de alunos com maiores dificuldades e características de aprendizagem muito especiais.

Porém, para a grande maioria das crianças com DI, a investigação a partir dos anos 70 tem demonstrado a maior eficácia e rentabilidade educativa e de tendência crescente, para a sua inclusão nas classes regulares de ensino, no sentido daquilo a que hoje se chama a Escola Inclusiva (Unesco, 1994)

2.2.5. Síndrome de Down

A Síndrome de Down é de todas as síndromes mal-formativas a mais comum e melhor conhecida (Correa et al., 2005 e Almeida et al., 2008). A origem da terminologia deve-se ao facto um médico inglês John Langdon Down, no ano de 1866, ter sido o primeiro autor a publicar o primeiro manual sobre esta síndrome.

A literatura tem apontado várias nomenclaturas para esta síndrome, como por exemplo: idiota mongoloide, síndrome da acromicria congênita, mongolismo, trissomia G, trissomia 21, síndrome de Langdon Down, trissomia 22. Porém, na atualidade, tem-se prioritariamente utilizado a terminologia "Síndrome de Down" Silva e Klheinhans (2006).

Segundo Silva e Klheinhans (2006) a SD pode surgir de três modos diferentes: o primeiro é devido a uma não disjunção cromossómica total. Dessa maneira, na medida em que o feto se desenvolve, todas as células acabariam por adquirir um cromossoma 21 extra. Uma segunda forma de alteração acontece quando a trissomia não afeta todas as células e, por isso, ganhou a denominação de forma "mosaica" da síndrome. A terceira forma que pode vir a

acometer os indivíduos seria por translocação gênica, onde todo, ou um componente do cromossoma extra encontra-se ligado ao cromossoma 14.

A trissomia simples abrange por volta de 96% dos casos enquanto, que os outros tipos de anomalia cromossômica (translocação e mosaicismo) são de 2% cada um deles (Marins, 2001).

A SD é decorrente de uma falha genética presente desde o período da concepção ou logo após, abrangendo grande parte da população mundial, sem distinção de raças ou regiões específicas (Araújo et al. 2007).

As causas da SD ainda não estão bem determinadas embora se saiba os mecanismos de alteração genética. Existem outros possíveis fatores como, os hábitos pessoais incluindo o fumo, o consumo de álcool, de drogas ou a exposição a fatores ambientais, tal como radiação. A SD tem sido relacionada ainda à idade materna. Mães com mais idade têm um risco maior em ter filhos com SD. Em geral, considera-se que a idade materna ideal para a gestação está compreendida entre 18 e 35 anos (Nakadori e Soares, 2006).

A SD é uma das maiores causas da DI em crianças, sendo que 18% das crianças com DI possuem esta síndrome (Moreira, L.; El-hani, C.; Gusmão, F., 2000). Os indivíduos com SD apresentam DI, que pode variar de ligeiro a profundo.

2.2.6. Autopercepções em Crianças e jovens com Síndrome de Down

Na tentativa de testar a suposição de que crianças e jovens têm autopercepções deficitárias, muitos estudos têm comparado as autopercepções em crianças e jovens com e sem DI.

Apesar de muitos assumirem que crianças e jovens com DI têm autopercepções mais negativas, as evidências empíricas ainda são inconclusivas, nomeadamente para alguns domínios das autopercepções.

Segundo Zeleke (2004) estudos indicam que as percepções dos pares sobre as competências e aceitação social das crianças e jovens com DI são geralmente negativas. Alguns autores descobriram que as discrepâncias entre o *Self* real e *Self* ideal são superiores em crianças e jovens com DI. Esta tendência segundo

Harter e Pike (1984) não evidencia que as crianças e jovens com DI tentam representar-se deliberadamente de forma errática ou que conscientemente decidem responder de uma forma socialmente desejável, mas antes reflete a incapacidade destas crianças e jovens para usar a comparação social. Esta incapacidade para usar a comparação social pode ser um fator relevante nas percepções positivas que as crianças e jovens têm das suas próprias capacidades (Cuskell & de Jong, 1996).

A investigação não tem reconhecido que as pessoas com deficiências apresentem níveis mais baixos de autoestima e de autovalorização em comparação com os seus pares sem deficiência (Chapman, 1988).

As diferenças entre géneros parecem ser acentuadas em domínios que refletem os estereótipos dos papéis de sexo. De acordo com os estereótipos, pressupõe-se que os rapazes e as raparigas tenham expectativas mais positivas acerca do seu desempenho nas tarefas culturalmente representadas, ou percebidas como mais apropriadas para o seu género (Mash & Gouvernet, 1989). Alguns autores sugerem que estas diferenças estão presentes no início da idade escolar (Mantzicopoulos, 2004), as raparigas têm autopercepções mais positivas nos domínios percepção de competência e aceitação social (Begley, 1999).

Diferentes estudos sobre o autoconceito social revelam resultados bastante inconsistentes (Bear, Minke e Manning, (2002), uns referem mesmo que as crianças e jovens com DI têm um autoconceito social mais negativo do que as crianças ditas normais, outros não revelaram diferença significativa entre os dois grupos, no entanto, concluíram que o autoconceito social das crianças e jovens com DI é significativamente melhor do que os seus pares ditos normais. Há ainda outros estudos que referem que as crianças e jovens com DI têm uma pontuação mais alta no autoconceito social (Bear, Minke, & Manning, 2002).

O efeito da idade ou do nível escolar é muitas vezes levantado quando se estuda as autopercepções das crianças e jovens com DI. Os resultados revelam não haver diferenças significativas no autoconceito devido à idade ou nível de ensino. O autoconceito de crianças e jovens com SD mantém-se estável com o aumento da idade ou grau de ensino. Poder-se-á concluir que as

autopercepções tendem a permanecer idênticas durante os anos do 1º ciclo do ensino básico (Campos, 2005).

De acordo com Montgomery (1994), há uma suposição comum entre os investigadores e os profissionais na área das Necessidades Educativas Especiais, de que as crianças e jovens têm autopercepções baixas.

Segundo Harter e Pike (1984) as crianças mais jovens não diferenciam os domínios das suas autopercepções e o *Self* torna-se mais diferenciado com a idade. É de esperar que as autopercepções sejam menos positivas com a idade devido ao repetido fracasso e ao aumento das exigências no desempenho (Raviv & Stone, 1991) e ao desenvolvimento da capacidade para a comparação social. Autores como Glenn e Cunningham (2001) sugerem que à medida que as crianças mais novas se desenvolvem começam a comparar-se com os outros e são capazes de fazer comparações relativas das suas próprias competências.

A famílias que incluem uma criança com necessidades especiais a atitude mais frequentemente observada, é a superproteção, quer em termos físicos quer nas relações sociais, que são planeadas e feitas com a família (França, 2003).

2.2.7. Competência percebida e Aceitação social em crianças e jovens com Síndrome de Down

Muitos investigadores reconhecem que as autopercepções têm um papel central no desenvolvimento das crianças e jovens. As crianças e jovens que possuem visões positivas de si mesmas estão mais motivadas para as suas tarefas académicas e usufruem das relações interpessoais de forma mais satisfatória. Já as crianças e jovens que possuem visões negativas de si mesmas reduzem o esforço ou desistem perante dificuldades, sentindo-se incapazes e mal sucedidas, afetando as suas relações interpessoais (Begley, 1999).

De acordo com a teoria da comparação social de Festinger, as pessoas tendem a sentirem-se melhor com elas próprias se perceberem que as suas capacidades são superiores às dos outros, por outro lado se sentirem que as suas capacidades são inferiores às dos outros tendem a ter uma baixa

autoestima. Assim, as autopercepções das crianças e jovens com SD que frequentam uma escola de ensino especial, podem ser mais elevadas devido ao facto do grupo de comparação social ser mais homogéneo nas capacidades, o que permite comparações mais positivas.

As crianças e jovens com SD são um subgrupo das com Necessidades Educativas Especiais que se conhece a causa para as suas dificuldades e à qual está associada uma personalidade estereotipada (Begley, 1999).

Através da literatura podemos afirmar como hipóteses plausíveis sobre as autopercepções das crianças e jovens com SD que parecem ter um autoconceito cognitivo mais baixo que os seus pares. Verificamos a existência de quatro estudos sobre a competência percebida e a aceitação social de crianças e jovens com SD, que utilizaram a *Pictorial Scale of Perceived Competence and Social Acceptance* de Harter e Pike (1994): Begley (1999), Cuskelly e de Jong (1996), Glenn e Cunnigham (2001) e Campos e Ferreira (2008).

O estudo de Begley (1999) tinha objetivos e população alvo semelhantes ao do nosso estudo por isso utilizámo-lo como ponto de partida. Assim, nesse estudo foram avaliados 64 crianças e jovens com idades compreendidas entre os 8 e os 16 anos de idade, em três domínios relacionados com a escola, a competência académica, competência física e aceitação social. Um dos objetivos deste estudo foi dar uma visão sobre como as crianças e jovens com SD se percecionam e como estas perceções mudam com a idade, género e colocação na escola (escola especial ou escola regular), e ainda avaliar a utilidade da *Pictorial Scale of Perceived Competence and Social Acceptance*.

Segundo Begley (1999) o termo autoconceito é definido a partir do modelo hierárquico e multidimensional de Shalvelson et al. (1976), mostra uma hierarquização do autoconceito, à medida que se começa a notar a influência das diferentes situações que o individuo se depara.

O estudo de Harter e Pike (1984), refere que as crianças não fazem distinção entre os domínios das suas autopercepções, e o *self* torna-se mais diferenciado com a idade. Estes apoiam a ideia que os alunos com baixa competência com

SD tendem a diferenciar menos os dois domínios de competência e mais entre a sua competência e a aceitação logo pontuam-se melhor nos dois domínios de competência e pior no domínio da aceitação.

Em relação aos efeitos da idade, as autopercepções dos indivíduos com SD tornaram-se mais positivas entre a segunda infância e a adolescência.

Com base no seu desenvolvimento, os indivíduos mais novos com SD podem-se esperar que apresentem autopercepções mais elevadas, devido à incapacidade significativa das crianças, para diferenciar entre o seu *self* ideal e *self* real (Harter e Pike, 1984).

Segundo os autores Raviv e Stone (1991) as autopercepções das crianças e jovens com SD esperam-se que sejam menos positivas com a idade, devido ao facto do repetido fracasso e ao aumento das exigências no desempenho e ao mesmo tempo o desenvolvimento da capacidade de comparação social. De referir ainda que os indivíduos com idades compreendidas entre os 11-13 anos de idade poderão ter pontuações mais elevadas no autoconceito físico e mais baixas no académico e no social.

Perante os factos poderemos que é provável que as crianças e jovens com SD entre os 8 e os 16 anos não tenham desenvolvido a capacidade de fazer a distinção entre o *self* real e o ideal e/ou fazerem comparações sociais. Pois podem seguir um padrão de desenvolvimento diferente nas autoavaliações e utilizar diferentes fundamentos nas suas autopercepções.

Em suma, com o aumento da idade os indivíduos com SD podem tornar-se mais conscientes e imaginarem-se mais positivos, tornando-os suscetíveis a orientações de respostas socialmente aceites.

De acordo com o modelo de Harter, os autores Glenn e Cunningham (2001) sugerem que por volta dos 7 ou 8 anos as crianças, começam a comparar-se com os outros e são capazes de fazer avaliações relativas das suas próprias competências.

Segundo Begley (1999) as raparigas têm autopercepções mais positivas nos três domínios (competência académica, competência física e aceitação social).

As diferenças entre homens e mulheres levam a que tenham expectativas mais positivas acerca do seu desempenho nas tarefas culturalmente aceitas ou percebidas como mais apropriadas para o seu género, de acordo com os estereótipos sexuais (Marsh, 1989).

Capítulo III – Metodología

Capítulo III - Metodologia

3.1. Definição da amostra

Para amostra do nosso estudo serão selecionados aleatoriamente 59 indivíduos, 30 do género feminino e 29 do género masculino e os respetivos pais ou encarregado de educação.

Os inquiridos apresentam idades compreendidas entre os 13 e os 43 anos de idade, sendo a média de $26,97 \pm 7,22$ anos. No género feminino, verifica-se que a idade mínima é de 13 anos e a idade máxima é de 43 anos, sendo a média de idades $25,5 \pm 7,40$ anos enquanto, que no género masculino a idade mínima é de 20 anos e a máxima é de 39 anos, sendo a média das idades de $28,48 \pm 6,82$ anos.

As crianças e jovens da nossa amostra, apresentavam uma idade mental dos 4 aos 9 anos (dados fornecidos pelos psicólogos das respetivas instituições).

3.2. Definição das variáveis do estudo

3.2.1. Variáveis dependentes

- A competência percebida física e cognitiva.
- A aceitação social de pais e de pares.

3.2.2. Variáveis independentes

- O género se masculino ou género feminino.
- A idade mental dos indivíduos se entre 4 e 6 anos ou se entre 7 e 9 anos.

3.3. Descrição e aplicação do instrumento de medida

O instrumento de medida utilizado na recolha de dados do nosso estudo foi a Escala Pictórica de Competência Percebida e Aceitação Social para Crianças e Jovens com Síndrome de Down, adaptada para a realidade portuguesa por Campos e Ferreira (2008), que se baseou na escala Dutch Pictorial Scale of Perceived Competence and Social Acceptance da autoria de Vermeer e Venhof (1997). As propriedades psicométricas da escala já foram confirmadas no estudo de Campos (2005), Campos e Ferreira (2008) e utilizada numa população de crianças e jovens com Síndrome de Down. Por isso, propomos utilizá-la com crianças e jovens com Síndrome de Down e os seus pais e, ainda fazer uma comparação com estudos desenvolvidos noutros países, que utilizaram a escala de Harter e Pike (1984) em crianças e jovens com DI.

Tais como, Begley (1999), Cuskelly e de Jong (1996), Elias, Vermeer, e Hart (2005), Jambunathan (2006), Sullivan e Evans (2006) e Ulrich e Collier (1990).

Segundo Balla e Zigler (1979 cit. por Kroese, 1998), as autoavaliações de pessoas com dificuldades de aprendizagem têm sido consideradas limitadas devido aos problemas de memória e ansiedade que pode, ameaçar a sua validade e a sua fiabilidade. No entanto, também tem sido demonstrado que esses problemas podem ser superados ou ultrapassados utilizando material pictórico em conjunto com uma apresentação auditiva auxiliando a compreensão e a memória (Kabzems, 1985 cit. por Kroese, 1998). Isto porque, que este tipo de instrumento pictórico prende a atenção das crianças logo produzem respostas significativas, comparativamente com outros instrumentos (Harter & Pike, 1984). Em crianças com DI foram também confirmadas as vantagens de um instrumento pictórico com esta população (Elias et al., 2005). Begley e Lewis (1998) concluíram que as crianças com SD, devidas às suas características de compreensão e produção linguísticas, as escalas pictóricas de autoavaliação são as mais indicadas porque se por um lado o desenho prende atenção por outro, ajuda na compreensão e escolha da resposta.

3.4. Procedimentos do estudo

No sentido da recolha dos dados relativos à amostra, foi necessário contactar várias IPSS da zona norte, no sentido, de se proceder à identificação dos indivíduos com SD. As IPSS que participaram no nosso trabalho foram: Obra Social e Cultural Sílvia Cardoso, APPACDM de Matosinhos, APPACDM da Trofa e CERCIGUI de Guimarães em concordância com os respetivos pais ou encarregados de educação nas autorizações, garantindo assim a confidencialidade das suas informações.

Foi decidido que, o número de questionários, por IPSS, seria calculado pelo número de alunos com SD e os respetivos pais/encarregados de educação.

Na aplicação deste questionário houve sempre um contacto pessoal com todos os inquiridos que foi realizado sempre pela mesma investigadora. Fez-se um breve esclarecimento do objetivo geral do estudo, bem como foram dadas todas as instruções necessárias com intenção de um maior e melhor empenho, alertando os indivíduos de que não existiam respostas certas ou erradas. Os mesmos critérios foram aplicados na aplicação do questionário dos pais.

Das 59 famílias contactadas pessoalmente todas aceitaram, por escrito, participar no nosso estudo, assim como autorizaram a sua aplicação nos seus educandos.

O carácter voluntário da participação neste estudo e o anonimato foram, também garantidos através da inexistência de qualquer questão ou solicitação de dados que permitam a identificação dos sujeitos.

A aplicação do instrumento começa pela, apresentação de duas figuras coloridas, para cada item, de seguida o investigador oralmente faz a pergunta de modo a que a criança escolha a figura que mais se identifica consigo, depois por baixo dessa figura selecionada terá de escolher entre o círculo maior (muito parecida) e o círculo menor (pouco parecida).

3.5. Tratamento estatístico dos dados

Após a recolha dos dados, para se determinar o significado estatístico das diferenças entre os dados dos diferentes intervenientes e os diferentes sub-grupos, estes foram introduzidos na base de dados dos programas *Excel* e *SPSS (Statistical Package for Social Science)*, versão 19.0 do Windows, procedendo-se de seguida ao seu tratamento estatístico.

Relativamente ao tratamento estatístico dos dados individuais recolhidos utilizaram-se, ao longo do estudo, as seguintes procedimentos estatísticos: Estatística descritiva incluindo apresentação dos valores de média, desvio padrão (Dp), Mínimo (min.) e máximo (máx.), da utilização do teste de correlação r produto-momento de Pearson para descrever as relações existentes entre as diferentes variáveis em estudo, o coeficiente de Alpha de Cronbach para testar a fidedignidade e a consistência interna dos factores que constituem o instrumento de medida utilizado e os testes não paramétricos de Mann-Whitney e de Wilcoxon para comparar os diferentes grupos em estudo.

Capítulo IV - Apresentação dos Resultados

Capítulo IV - Apresentação dos Resultados

Passamos de seguida à apresentação dos resultados de natureza descritiva e inferencial do presente estudo, resultantes do tratamento dos dados obtidos através da aplicação dos instrumentos de avaliação psicológica anteriormente descritos.

4.1. Descrição da amostra

4.1.1. Variáveis Independentes

A amostra é constituída por 59 crianças e jovens com idades compreendidas entre os 13 e os 43 anos, sendo a idade média de 26,97 anos, com um desvio padrão de 7,22 anos, dos quais 30 eram do género feminino que, correspondem a 51% da amostra e 29 do género masculino que, corresponde 49% da amostra, e ainda os seus respetivos pais ou encarregados de educação.

Tabela 15 - Média e desvio padrão da variável idade cronológica das crianças e jovens em função do género

Género	Idade Cronológica			
	Mínimo	Máximo	Média	DP
Fem.	13	43	25,50	7,40
Mas.	20	39	28,48	6,82

A tabela 1 apresenta os valores da média e desvio padrão relativos à variável idade cronológica em função do género e verificamos que no género feminino, a idade mínima da amostra é 13 anos e a idade máxima é 43 anos, sendo a média de idades é 25,50 anos, com um desvio padrão de 7,40 anos, enquanto que no sexo masculino a idade mínima é de 20 anos, a idade máxima de 39 anos e a média das idades é 28,48 anos, com um desvio padrão 6,82 anos.

Tabela 16 - Frequência da variável idade mental das crianças e jovens integrantes da amostra em função do gênero

Gênero	Idade Mental		Total
	4-6 anos	7-9 anos	
Fem.	15	15	30
Mas.	15	14	29

A tabela 2 apresenta os valores da idade mental dos elementos da amostra em função do gênero. Podemos dizer que os grupos da nossa amostra, quando analisados por idade mental em função do gênero, são bastante homogêneos. No gênero feminino 15 participantes estão na faixa dos 4-6 anos de idade mental e 15 estão na faixa dos 7-9 anos de idade mental. No gênero masculino, 15 participantes estão no grupo dos 4-6 anos da idade mental e 14 pertencem ao grupo dos 7-9 anos da idade mental.

4.1.2. Variáveis Dependentes

A tabela 3 apresenta os valores da média e desvio padrão relativos à competência (competência física e competência cognitiva) e aceitação percebidas (aceitação de pares e de pais).

Tabela 17 - Média e desvio padrão das variáveis competência e aceitação social percebidas, das crianças e jovens do gênero masculino

Subescalas	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
PJ_CC	2,3	3,2	2,89	0,32
PJ_CF	2,6	4,0	3,52	0,43
PJ_ASP	1,9	4,4	3,46	0,73
PJ_ASPAIS	2,1	3,6	2,80	0,48

Relativamente ao gênero masculino, verifica-se que a competência cognitiva apresenta um valor mínimo de 2,3 e como valor máximo 3,2, enquanto que a competência física apresenta um valor mínimo de 2,6 e um máximo de 4,0. No que diz respeito à aceitação social verificamos que a aceitação social de pares apresenta um valor mínimo é 1,9 e um máximo de 4,4 enquanto que a aceitação social de pais apresenta um valor mínimo de 2,1 e um máximo de

3,6. A subescala de percepção competência física é a que apresenta um valor médio mais elevado ($3,52 \pm 0,43$).

Tabela 18 - Média e desvio padrão das variáveis competência e aceitação social percecionadas, das crianças e jovens do género feminino

Subescalas	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
PJ_CC	1,7	3,2	2,80	0,47
PJ_CF	3,1	4,0	3,66	0,30
PJ_ASP	2,8	4,4	3,90	0,43
PJ_ASPAIS	1,8	3,6	3,10	0,54

No género feminino (tabela 4) verifica-se que, relativamente à competência cognitiva, as raparigas apresentam um valor mínimo de 1,7 e um valor máximo de 3,2, enquanto que a competência física apresenta um valor mínimo de 3,1 e um máximo de 4,0. Na aceitação social de pares, o valor mínimo apresentado é de 2,8 e o máximo de 4,4, enquanto que a aceitação social de pais apresenta um valor mínimo de 1,8 e um máximo de 3,6. A subescala de percepção de aceitação social de pares é a que apresenta um valor médio mais elevado ($3,90 \pm 0,43$).

Tabela 19 - Média e desvio padrão das variáveis competência e aceitação social percecionadas, em função da idade mental, das crianças e jovens do género masculino - intervalo 4-6 anos

Subescalas	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
PJ_CC	2,3	3,2	2,82	0,35
PJ_CF	2,6	4,0	3,45	0,49
PJ_ASP	1,9	4,4	3,42	0,74
PJ_ASPAIS	2,1	3,3	2,74	0,38

No que diz respeito às percepções de competência cognitiva das crianças e jovens, do género masculino, com idade mental entre os 4-6 anos (tabela 5), verificou-se que o valor mínimo obtido foi de 2,3 e o valor máximo foi de 3,2, enquanto que a competência física apresentou um valor mínimo de 2,6 e um valor máximo de 4,0. Relativamente à aceitação social de pares, o valor mínimo obtido foi de 1,9 e o máximo foi de 4,4, enquanto que a aceitação social de pais apresentou um valor mínimo de 2,1 e um máximo de 3,3. A subescala

de percepção de competência física foi a que apresentou um valor médio mais elevado ($3,45 \pm 0,49$).

Tabela 20 - Média e desvio padrão das variáveis competência e aceitação social percebidas, em função da idade mental, das crianças e jovens do género feminino - intervalo 4-6 anos

Subescalas	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
PJ_CC	2,0	3,2	2,97	0,35
PJ_CF	3,1	4,0	3,75	0,27
PJ_ASP	2,9	4,4	3,84	0,44
PJ_ASPAIS	1,8	3,6	3,11	0,56

No que diz respeito às percepções de competência cognitiva das crianças e jovens do género feminino, na idade mental entre os 4-6 anos (tabela 6), obtivemos um valor mínimo de 2,0 e um valor máximo de 3,2, enquanto que, na competência física, o valor mínimo encontrado foi de 3,1 e o máximo de 4,0. Relativamente à aceitação social de pares o valor mínimo encontrado foi de 2,9 e o máximo foi de 4,4, enquanto que na aceitação social de pais o valor mínimo encontrado foi de 1,8 e o máximo foi de 3,6. A subescala de percepção de aceitação social de pares é a que apresenta um valor médio mais elevado ($3,84 \pm 0,44$).

Tabela 21 - Média e desvio padrão das variáveis competência e aceitação social percebidas, em função da idade mental, das crianças e jovens do género masculino - intervalo 7-9 anos

Subescalas	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
PJ_CC	2,3	3,2	2,96	0,28
PJ_CF	3,0	4,0	3,60	0,37
PJ_ASP	2,2	4,4	3,51	0,74
PJ_ASPAIS	2,1	3,6	2,86	0,57

No que concerne às percepções de competência cognitiva das crianças e jovens do género masculino, na idade mental entre os 7-9 anos (tabela 7), obtivemos um valor mínimo de 2,3 e um valor máximo de 3,2, enquanto que, na competência física o valor mínimo encontrado foi de 3,0 e o máximo de 4,0. Relativamente à aceitação social de pares o valor mínimo encontrado foi de 2,2 e o máximo foi de 4,4, enquanto que, na aceitação social de pais, o valor mínimo encontrado foi de 2,1 e o máximo foi de 3,6. A subescala de percepção

de competência física é a que apresenta um valor médio mais elevado ($3,60 \pm 0,37$).

Tabela 22 - Média e desvio padrão das variáveis competência e aceitação social percebidas em função da idade mental das crianças e jovens do género feminino- intervalo 7-9 anos

Subescalas	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
PJ_CC	1,7	3,2	2,64	0,53
PJ_CF	3,2	4,0	3,57	0,31
PJ_ASP	2,8	4,4	3,97	0,42
PJ_ASPAIS	2,0	3,6	3,09	0,53

No que diz respeito às percepções de competência cognitiva das crianças e jovens do género feminino, com idade mental entre os 7-9 anos (tabela 8), verificou-se que o valor mínimo obtido foi de 1,7 e o valor máximo foi de 3,2, enquanto que a competência física apresentou um valor mínimo de 3,2 e um valor máximo de 4,0. Relativamente à aceitação social de pares, o valor mínimo obtido foi de 2,8 e o máximo foi de 4,4 enquanto, que a aceitação social de pais apresentou um valor mínimo de 2,0 e um máximo de 3,6. A subescala de percepção de aceitação social de pares é a que apresentou um valor médio mais elevado ($3,97 \pm 0,42$).

Tabela 23 - Média e desvio padrão das variáveis competência e aceitação social percebidas pelos pais dos participantes do género masculino

Subescalas	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
PJ_CC	1,1	3,4	2,12	0,51
PJ_CF	1,2	3,7	2,72	0,52
PJ_ASP	1,0	3,3	1,94	0,53
PJ_ASPAIS	1,3	3,5	2,48	0,62

No que diz respeito à percepção dos pais dos participantes do género masculino (tabela 9), verifica-se que a percepção de competência cognitiva apresenta um valor mínimo de 1,1 e como valor máximo 3,4, enquanto que competência física apresenta um valor mínimo de 1,2 e um máximo de 3,7. No que diz respeito à aceitação social verificamos que a aceitação social de pares apresenta um valor mínimo é 1,0 e um máximo de 3,3, enquanto que a aceitação social de pais apresenta um valor mínimo de 1,3 e um máximo de

3,5. A subescala de percepção competência física é a que apresenta um valor médio mais elevado ($2,72 \pm 0,52$).

Tabela 24 - Média e desvio padrão das variáveis competência e aceitação social percebidas pelos pais dos participantes do género feminino

Subescalas	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
PJ_CC	1,2	3,0	1,93	0,54
PJ_CF	1,5	3,2	2,41	0,51
PJ_ASP	1,0	2,7	2,01	0,39
PJ_ASPAIS	1,9	3,1	2,51	0,33

Relativamente à percepção dos pais dos participantes do género feminino (tabela 10), verifica-se que a percepção de competência cognitiva apresenta um valor mínimo de 1,2 e como valor máximo 3,0, enquanto que a competência física apresenta um valor mínimo de 1,5 e um máximo de 3,2. No que diz respeito à aceitação social verificamos que a aceitação social de pares apresenta um valor mínimo é 1,0 e um máximo de 2,7 enquanto que a aceitação social de pais apresenta um valor mínimo de 1,9 e um máximo de 3,1. A subescala de percepção aceitação social dos pais é a que apresenta um valor médio mais elevado ($2,51 \pm 0,33$).

Tabela 25 - Média e desvio padrão das variáveis competência e aceitação social percebidas pelos pais dos participantes do género masculino - intervalo 4-6 anos

Subescalas	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
PJ_CC	1,1	2,9	1,90	0,46
PJ_CF	1,2	3,2	2,41	0,42
PJ_ASP	1,0	2,3	1,79	0,39
PJ_ASPAIS	1,3	2,8	2,17	0,48

No que diz respeito às percepções de competência cognitiva dos pais dos participantes do género masculino, na idade mental entre os 4-6 anos (tabela 11), obtivemos um valor mínimo de 1,1 e um valor máximo de 2,9, enquanto que no que respeita à competência física o valor mínimo encontrado foi de 1,2 e o máximo de 3,2. Relativamente à aceitação social de pares o valor mínimo encontrado foi de 1,0 e o máximo foi de 2,3, enquanto que na aceitação social de pais, o valor mínimo encontrado foi de 1,3 e o máximo foi de 2,8. A

subescala de percepção de competência física é a que apresenta um valor médio mais elevado ($2,41 \pm 0,42$).

Tabela 26 - Média e desvio padrão das variáveis competência e aceitação social percebidas pelos pais dos participantes do gênero feminino - intervalo 4-6 anos

Subescalas	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
PJ_CC	1,4	2,9	2,06	0,44
PJ_CF	1,5	3,2	2,40	0,48
PJ_ASP	1,0	2,4	1,90	0,36
PJ_ASPAIS	1,9	2,8	2,48	0,31

No que concerne às percepções de competência cognitiva dos pais dos participantes do gênero feminino, na idade mental entre os 4-6 anos (tabela 12), obtivemos um valor mínimo de 1,4 e um valor máximo de 2,9, enquanto que, no que respeita à competência física, o valor mínimo encontrado foi de 1,5 e o máximo de 3,2. Relativamente à aceitação social de pares, o valor mínimo encontrado foi de 1,0 e o máximo foi de 2,4 enquanto que na aceitação social de pais, o valor mínimo encontrado foi de 1,9 e o máximo foi de 2,8. A subescala de percepção de aceitação social de pais é a que apresenta um valor médio mais elevado ($2,48 \pm 0,31$).

Tabela 27 - Média e desvio padrão das variáveis competência e aceitação social percebidas pelos pais dos participantes do gênero masculino - intervalo 7-9 anos

Subescalas	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
PP_CC	1,9	3,4	2,36	0,46
PP_CF	2,4	3,7	3,06	0,39
PP_ASP	1,5	3,3	2,09	0,60
PP_ASPAIS	1,9	3,5	2,81	0,59

No que diz respeito às percepções de competência cognitiva dos pais dos participantes do gênero masculino, na idade mental entre os 7-9 anos (tabela 13), obtivemos um valor mínimo de 1,9 e um valor máximo de 3,4, enquanto que no que respeita à competência física o valor mínimo encontrado foi de 2,4 e o máximo de 3,7. Relativamente à aceitação social de pares o valor mínimo encontrado foi de 1,5 e o máximo foi de 3,3, enquanto que no que respeita à aceitação social de pais o valor mínimo encontrado foi de 1,9 e o máximo foi de

3,5. A subescala de percepção de competência física é a que apresenta um valor médio mais elevado ($3,06 \pm 0,39$).

Tabela 28 - Média e desvio padrão das variáveis competência e aceitação social percebidas pelos pais dos participantes do gênero feminino - intervalo 7-9 anos

Subescalas	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
PP_CC	1,2	3,0	1,79	0,60
PP_CF	1,7	3,2	2,41	0,56
PP_ASP	1,4	2,7	2,11	0,41
PP_ASPAIS	2,0	3,1	2,54	0,37

No que concerne às percepções de competência cognitiva dos pais dos participantes do gênero feminino, na idade mental entre os 7-9 anos (tabela 14), obtivemos um valor mínimo de 1,2 e um valor máximo de 3,0, enquanto que no que respeita à competência física o valor mínimo encontrado foi de 1,7 e o máximo de 3,2. Relativamente à aceitação social de pares o valor mínimo encontrado foi de 1,4 e o máximo foi de 2,7 enquanto que no que respeita à aceitação social de pais o valor mínimo encontrado foi de 2,0 e o máximo foi de 3,1. A subescala de percepção de aceitação social de pais é a que apresenta um valor médio mais elevado ($2,54 \pm 0,37$).

4.2. Relações entre as diferentes variáveis em estudo

A tabela 15 apresenta os valores das relações existentes entre as percepções de competência e de aceitação social das crianças e jovens e, dos seus pais em função do gênero.

Tabela 15 - Relação entre as percepções de competência e de aceitação social das crianças e jovens e dos seus pais em função do gênero - gênero feminino

Subescalas	r_s Pearson	p-valor
PJ_CC / PP_CC	0,107	0,572
PJ_CF / PP_CF	- 0,111	0,560
PJ_ASP / PP_ASP	0,181	0,339
PJ_ASPAIS / PP_ASPAIS	0,200	0,289

No género feminino, encontrámos relações fracas e positivas entre as perceções de competência cognitiva das crianças e jovens e, as dos seus pais. O mesmo se verificou no que respeita à relação existente entre as perceções de aceitação social dos pares e as dos seus pais. No que diz respeito à competência física percecionada a relação encontrada foi igualmente fraca mas negativa. No entanto, nenhuma das relações encontradas foi significativa pelo que não podemos inferir qualquer causalidade na relação existente entre estas variáveis.

Tabela 16 - Relação entre as perceções de competência e de aceitação social das crianças e jovens e dos seus pais em função do género - género masculino

Subescalas	r_s Pearson	p-valor
PJ_CC / PP_CC	0,109	0,575
PJ_CF / PP_CF	0,197	0,305
PJ_ASP / PP_ASP	0,375	0,045*
PJ_ASPAIS / PP_ASPAIS	0,255	0,182

* $p < 0,05$

No género masculino, encontrámos uma relação moderada e positiva entre as perceções de aceitação social dos pares e as dos seus pais ($r=0,375$; $n=59$; $p < 0,05$), com níveis moderados de percepção de aceitação social dos pares associados a níveis moderados de aceitação social dos seus pais.

Tabela 17 - Relação entre as perceções de competência e de aceitação social das crianças e jovens e dos seus pais, em participantes do género feminino - intervalos 4-6 anos e 7-9 anos

Subescalas	Idade Mental	r_s Pearson	p-valor
PJ_CC / PP_CC	4-6 anos	0,171	0,543
	7-9 anos	- 0,053	0,851
PJ_CF / PP_CF	4-6 anos	0,016	0,955
	7-9 anos	- 0,248	0,372
PJ_ASP / PP_ASP	4-6 anos	0,195	0,486
	7-9 anos	0,104	0,711
PJ_ASPAIS / PP_ASPAIS	4-6 anos	0,181	0,519
	7-9 anos	0,203	0,468

No género feminino, na idade mental entre os 4-6 anos, encontrámos relações fracas e positivas entre as perceções de competência cognitiva, competência física e aceitação social dos pares e pais e, as dos seus pais. Na idade mental entre os 7-9 anos encontrámos igualmente relações fracas e positivas entre as

perceções de aceitação social dos pares e dos seus pais. O mesmo não se verificou no que respeita à relação existente entre as perceções de competência cognitiva e as perceções de competência física percecionadas, onde as relações encontradas, embora fracas foram negativas. No entanto, nenhuma das relações encontradas foi significativa pelo que não podemos inferir qualquer causalidade na relação existente entre estas variáveis.

Tabela 18 - Relação entre as perceções de competência e de aceitação social das crianças e jovens e dos seus pais, em participantes do género masculino - intervalos 4-6 anos e 7-9 anos

Subescalas	Idade Mental	r_s Pearson	p-valor
PJ_CC / PP_CC	4-6 anos	0,109	0,699
	7-9 anos	- 0,230	0,429
PJ_CF / PP_CF	4-6 anos	0,236	0,398
	7-9 anos	0,211	0,469
PJ_ASP / PP_ASP	4-6 anos	0,739	0,002**
	7-9 anos	0,099	0,737
PJ_ASPAIS / PP_ASPAIS	4-6 anos	0,212	0,449
	7-9 anos	0,292	0,312

**p<0,01

No género masculino, na idade mental entre os 4-6 anos, encontrámos uma relação forte e positiva entre as perceções aceitação social dos pares e as perceções de aceitação social dos seus pais ($r=0,739$; $n=59$; $p<0,01$), com níveis elevados de percepção de aceitação social dos pares associados a níveis elevados de aceitação social dos seus pais.

4.3. Validade e Fidedignidade

Apresentamos em seguida os valores de validade e fidedignidade da escala utilizada, relativos ao coeficiente de Alpha de Cronbach, para todas as subescalas de percepção das crianças e jovens e, dos seus pais.

Tabela 19 – Valores de Coeficiente de fidedignidade de Alpha de Cronbach, para cada uma das subescalas em análise, para as crianças e jovens e para os pais

			Subescalas			
			CC	CF	ASP	ASPAIS
Alpha de Cronbach	Jovens	4-6 anos	0,82	0,55	0,78	0,70
		7-9 anos				
	Pais	4-6 anos	0,80	0,76	0,72	0,72
		7-9 anos				

As subescalas de percepção de competência e de aceitação, quando analisadas na perspetiva dos pais, apresentavam valores de Alfa de Cronbach mais homogéneos, variando entre 0,72 e 0,80, relativamente aos resultados obtidos nestas subescalas quando analisadas na perspetiva dos jovens, variando entre 0,55 e 0,82. A escala de percepção da competência cognitiva de pares apresentou o valor de Alfa mais elevado – 0,82 – mas, por outro lado, a subescala de percepção da competência física de pares apresentou também o valor de alfa mais baixo – 0,55. Os valores de teste-reteste alcançados após um interregno de 2 semanas apresentaram um valor de r a variar entre 0,71 e 0,79.

4.4. Comparações das subescalas de percepções das crianças e jovens com os pais

Passamos em seguida à apresentação dos resultados da estatística inferencial decorrentes da aplicação dos testes não paramétricos de Mann-Whitney e de Wilcoxon para comparação das subescalas de percepção das crianças e jovens com a percepção dos seus pais, em função da variável género e da variável idade mental.

Tabela 20 – Comparação das subescalas de percepção das crianças e jovens com percepção dos pais, em função da variável género e idade mental

Subescalas	Idade Mental	Masculino		Feminino	
		Z	p-valor	Z	p-valor
PJ_CC/PP_CC	4-6 anos	-3,353	0,001**	-3,416	0,001**
	7-9 anos	-2,765	0,006**	-3,127	0,002**
PJ_CF/PP_CF	4-6 anos	-3,413	0,001**	-3,411	0,001**
	7-9 anos	-2,767	0,006**	-3,412	0,001**
PJ_ASP/PP_ASP	4-6 anos	-3,411	0,001**	-3,411	0,001**
	7-9 anos	-3,204	0,001**	-3,411	0,001**
PJ_ASPAIS/PP_ASPAIS	4-6 anos	-2,896	0,004**	-2,956	0,003**
	7-9 anos	-0,252	0,801	-2,819	0,005**

**p<0,01

O teste de Wilcoxon avalia as diferenças entre as médias das percepções das crianças e jovens e, das percepções dos seus pais relativas a essas mesmas crianças e jovens.

Quando comparamos cada uma das subescalas de percepção entre as crianças e jovens e, seus pais, em função da idade mental e do género, concluiu-se que existem diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas exceto na subescala de aceitação social de pais, no género masculino, na idade mental entre os 7-9 anos, com um valor de $Z = -0,252$, $p > 0,05$. Sendo a média dos scores (ranks) superior na percepção das crianças e jovens (8,08) comparativamente à percepção dos seus pais (7,06).

Tabela 21 – Comparação das subescalas de percepção das crianças e jovens, em função da idade mental e do género

	Masculino		Feminino	
	U	p-valor	U	p-valor
PJ_CC (4-6 anos/7-9 anos)	82,500	0,312	64,500	0,041*
PJ_CF (4-6 anos/7-9 anos)	90,000	0,507	71,500	0,085
PJ_ASP (4-6 anos/7-9 anos)	97,500	0,742	92,000	0,392
PJ_ASPAIS (4-6 anos/7-9 anos)	91,000	0,538	108,000	0,850

*p<0,05

Relativamente as crianças e jovens verificou-se que, nos dois géneros, não existem diferenças estatisticamente significativas nas subescalas de percepção, analisadas, à exceção do género feminino na subescala de percepção de competência cognitiva, entre jovens da idade mental entre os 4-6 anos e 7-9 anos ($U = 64,500$; $p < 0,05$).

Tabela 22 – Comparação das subescalas de percepção dos pais das crianças e jovens, em função da idade mental e do género

Subescalas	Masculino		Feminino	
	U	p-valor	U	p-valor
PP_CC (4-6 anos/7-9 anos)	45,000	0,008**	65,500	0,050*
PP_CF (4-6 anos/7-9 anos)	21,000	0,000**	110,000	0,917
PP_ASP(4-6 anos/7-9 anos)	87,000	0,428	84,000	0,230
PP_ASPAIS(4-6 anos/7-9 anos)	39,000	0,004**	95,000	0,463

**p<0,01 *p≤0,05

No que diz respeito à percepção dos pais verificaram-se diferenças estatisticamente significativas, por idade mental nas subescalas de percepção de competência cognitiva (U= 45,000; p<0,01), competência física (U= 21,000; p<0,01) e na aceitação social de pais (U= 39,000; p<0,01), no género masculino, e na subescala de percepção de competência cognitiva (U= 65,500; p<0,05) no género feminino.

Capítulo V – Discussão dos Resultados

Capítulo V – Discussão dos Resultados

O objetivo do presente estudo é descrever e comparar as percepções de competência cognitiva e física e de aceitação social de pais e pares, de crianças e jovens, de ambos os gêneros, com idade mental de 4-6 e 7-9 anos reportada pelos próprios, e pelos seus pais.

A amostra era constituída por 59 jovens com Síndrome de Down, com idades compreendidas entre os 13 e os 43 anos ($M=26,97$, $DP=7,22$ anos) tendo, portanto, características muito semelhantes às amostras utilizadas por Glenn e Cunningham (2001) com 72 jovens com Síndrome de Down com idades compreendidas entre os 17 e os 24 anos de idade, por Campos, Ferreira, Gaspar & Gorla (2008) com 47 jovens com idades compreendidas entre os 8 e os 20 anos ($M=14,70$; $DP=2,94$) e por Cuskelly e de Jong (1996) com 19 jovens com idades compreendidas entre os 13 e os 17 anos ($M=14,2$), mas com características mais diferenciadas do estudo realizado por Begley (1999) utilizando uma amostra de 64 jovens igualmente com Síndrome de Down, mas pertencente a uma faixa etária mais baixa, entre os 8 e os 16 anos.

Comparando os valores das médias dos resultados do nosso estudo com os da tabela síntese elaborada por Campos et al. (2008) contendo os valores de média de cada uma das dimensões da competência e da aceitação social percecionadas, em cada um dos estudos anteriormente mencionados, verificámos que o presente estudo apresenta os valores de média mais baixos, em todas as dimensões da competência percecionada (cognitiva e física) e aceitação social percecionada (de pares e de pais). Valores médios mais baixos, em amostras de crianças e jovens portugueses já tinham sido reportados por Campos et al. (2008), quando comparou os seus resultados com os dos estudos de Glenn e Cunningham (2001) e Cuskelly e de Jong (1996), pelo que o presente estudo vem confirmar uma tendência segundo a qual os jovens portugueses com Síndrome de Down apresentam valores baixos de percepção das suas competências cognitivas e físicas, bem como valores

baixos de percepção à sua aceitação social por pares e pelos pais. Os valores mais baixos obtidos no presente estudo poderão ainda, em parte, ser justificados pelo facto de a amostra utilizada apresentar uma média de idades mais elevada, sendo constituída por jovens e jovens adultos mais velhos e portanto com sentimentos mais críticos e menos positivos relativamente ao modo como veem, no dia-a-dia, a sua competência, a sua aceitação social e o modo como percebem que os seus pais veem essa mesma competência e aceitação social.

Na análise dos resultados verificou-se que para as crianças e jovens, de ambos os géneros, as subescalas com maior valor médio foram competência física e aceitação social de pares. Este resultado parece sugerir que as crianças e jovens desta amostra se percebem como mais competentes relativamente aos domínios da competência física e da aceitação social de pares comparativamente aos da competência cognitiva e da aceitação social de pais, sugerindo que as crianças e jovens com SD não se sentem igualmente competentes nos diferentes domínios, tendo sido capaz de fazer uma diferenciação entre eles (Harter, 1982; Harter & Pike, 1984).

Na comparação por idade mental, verificamos que, na idade mental 4-6 anos, os resultados das subescalas de percepção competência cognitiva, aceitação social de pares e pais dos jovens do género feminino são superiores às do género masculino. Na subescala de percepção de competência física verificou-se um valor idêntico nos dois géneros. Na idade mental dos 7-9 anos, na subescala de percepção de aceitação social de pares obtivemos valores idênticos e nas subescalas de percepção de competência cognitiva física e aceitação social de pais o género masculino que apresentou valores médios mais elevados.

Quando comparamos o valor das médias das diferentes subescalas, por idade mental, verificamos que, na idade mental 4-6 anos, os resultados de todas as subescalas de percepção dos jovens do género masculino são inferiores às do género feminino. No entanto, esta situação interverte-se, na idade mental 7-9 anos, nas subescalas de percepção de competência cognitiva e física.

A nossa amostra foi recolhida em instituições (IPSS), escolas especiais, onde o grupo de referência de habilidades é mais homogêneo o que permite comparações mais positivas, logo poderá aumentar as percepções do *self* das crianças e jovens com SD. Quanto às diferenças entre géneros Begley (1989) referiu no seu estudo que as raparigas têm autopercepções mais positivas nos três domínios (competência académica, competência física e aceitação social).

Segundo Marsh (1989) concluiu que o autoconceito segue uma tendência em U, com decréscimos em diferentes domínios durante a pré-adolescência, uma inversão desse declínio durante a segunda infância, e uma subida contínua no autoconceito durante o final da adolescência e o início da vida adulta, que corrobora o nosso estudo.

Podemos ainda concluir, com a idade, os indivíduos com SD podem tornar-se mais conscientes e imaginarem-se de uma forma mais positiva, tornando-os suscetíveis a tendências de respostas socialmente aceites. E uma vez que a desenvolvimento das crianças e jovens com SD é mais lento, no caso dos rapazes é mais tardio do que nas raparigas, por isso, provavelmente é que só na idade mental dos 7-9 anos os rapazes tenham autopercepções mais elevadas devido ao desenvolvimento da capacidade de diferenciar entre o *self* real e o *self* ideal.

Um outro objetivo do presente estudo prende-se com a caracterização das relações existentes entre as diferentes variáveis psicológicas em estudo em função da variável género e da variável idade mental. No que se refere ao género feminino não encontramos quaisquer relações significativas entre a competência e a aceitação social dos jovens e a dos seus pais, pelo que aceitamos parcialmente a hipótese nula $1H_0$ – Não existe relação entre as subescalas de percepção dos jovens e as subescalas de percepção dos pais para as jovens do género feminino. Já no que diz respeito ao género masculino, encontramos uma relação moderada e positiva entre as percepções de aceitação social dos pares e as dos seus pais ($r=0,375$; $n=59$; $p<0,05$), pelo que refutamos a hipótese nula $1H_0$ e aceitamos parcialmente a hipótese alternativa $1H_1$ – Existe uma relação positiva e moderada entre as subescalas

de percepção social dos jovens e de percepção social dos pais no género masculino.

Relativamente à variável idade mental, verificámos que, no género feminino, não existiam quaisquer relações significativas entre a competência e a aceitação social dos jovens e a dos seus pais, pelo que aceitamos a hipótese nula $2H_0$ – Não existe relação entre as subescalas de percepção dos jovens e as subescalas de percepção dos pais por idade mental no género feminino. No entanto, no género masculino encontrámos uma relação forte e positiva entre as percepções de aceitação social dos pares e as percepções de aceitação social dos seus pais ($r=0,739$; $n=59$; $p<0,01$), pelo refutamos a hipótese nula $2H_0$ e aceitamos parcialmente a hipótese alternativa $2H_1$ – Existe uma relação forte e positiva entre as subescalas de percepção social dos jovens e de percepção social dos pais, por idade mental, no género masculino.

No que se refere aos valores de consistência interna do instrumento aferidos através do calculo dos coeficientes de Alpha de Cronbach para cada uma das subescalas de percepção dos jovens e dos pais, encontrámos moderados, a variar entre 0,55 e 0,82 para os jovens e entre 0,72 e 0,80 para os pais. Estes valores obtidos são ligeiramente superiores aos descritos por Campos et al. (2008), igualmente para uma população de jovens com SD, que variaram entre 0,44 e 0,88 respetivamente. Por último, é ainda importante destacar que o r produto-momento de Pearson, após um intervalo de aplicação de 2 semanas, demonstrou valores muito semelhantes aos apresentados por Campos et al. (2008), para uma amostra semelhante da população portuguesa com SD, confirmando mais uma vez a fidedignidade na aplicação do instrumento nesta população.

O presente estudo pretendeu ainda comparar as percepções de competência cognitiva e física e de aceitação social de pais e pares, em função do género e da idade mental e aferir a existência de hipotéticas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em análise. Quando comparamos cada uma das subescalas de percepção entre jovens e seus pais, em função da idade mental e do género, verificámos a existência de diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas analisadas, à exceção da subescala de aceitação

social de pais, no género masculino e na idade mental dos 7-9 anos ($Z = -0,252$; $n=59$; $p > 0,05$), pelo que refutamos a hipótese numa $3H_0$ – Não existem diferenças entre as subescalas de perceção dos jovens e as subescalas de perceção dos pais, por género, para cada idade mental e aceitamos a hipótese alternativa $3H_1$ – Existem diferenças entre as subescalas de perceção dos jovens e as subescalas de perceção dos pais, por género, para cada idade mental. Os resultados do presente estudo são suportados pelos obtidos por Cuskelly & de Jong (1996) segundo os quais os resultados obtidos pelos rapazes eram significativamente mais elevados do que os obtidos pelas raparigas tanto para a subescala de competência cognitiva como para a subescala de aceitação de pares.

Por último, e no que se refere às perceções de competência e de aceitação social dos jovens, verificou-se que, em ambos os géneros, não existiam diferenças estatisticamente significativas na generalidade das subescalas de perceção analisadas, com a exceção da subescala de perceção de competência cognitiva, no género feminino, entre jovens com idade mental de 4-6 anos e jovens com idade mental de 7-9 anos ($Z = -2,045$; $p < 0,05$). Assim sendo, refutamos parcialmente a hipótese nula $4H_0$ – Não existem diferenças entre as subescalas de perceção dos jovens em função da idade mental e do género e aceitamos parcialmente a hipótese alternativa $4H_1$ – Existem diferenças estatisticamente significativas entre as subescalas de perceção dos jovens (perceção da competência cognitiva) em função da idade mental e do género.

Capítulo VI. Conclusões

Capítulo VI – Conclusões

Neste capítulo pretendemos, de um modo sucinto e objetivo, apresentar as conclusões do trabalho realizado, mencionando limitações e sugestões que poderão ser tidas em conta na realização de estudos futuros na área das autoperceções em crianças e jovens com SD.

Assim, as principais conclusões deste estudo foram:

- O género masculino apresentou valores médios superiores aos do feminino nas subescalas de perceção dos jovens à exceção da subescala de competência cognitiva.
- Na idade mental 4-6 anos:
 - os resultados de todas as subescalas de perceção dos jovens do género masculino são inferiores às do género feminino.
- Na idade mental 7-9 anos:
 - os resultados nas subescalas de perceção de competência cognitiva e física são superiores no género feminino.
- No que diz respeito às subescalas de perceção dos pais, dos jovens do género masculino apresentam valores médios nas subescalas de perceção de competência cognitiva e física resultados mais elevados do que no género feminino, enquanto que nas outras duas subescalas, aceitação social de pares e pais, se verificou a situação contrária.
- Na idade mental 4-6 anos, os resultados das subescalas de perceção competência cognitiva, aceitação social de pares e pais dos jovens do género feminino são superiores às do género masculino.

- Na idade mental dos 7-9 anos nas subescalas de percepção de competência cognitiva física e aceitação social de pais o género masculino que apresentou valores médios mais elevados.
- Verificou-se que não existe uma associação estatisticamente significativa entre as subescalas de percepção dos jovens e dos seus pais do género feminino.
- No género masculino, verificou-se uma associação positiva entre todas as subescalas dos jovens e dos pais. Mas apenas se trata de uma associação estatisticamente significativa na subescala da aceitação social de pares.
- No género masculino:
 - na idade mental dos 7-9 anos, em todas as subescalas, à exceção da subescala de competência cognitiva, existem associações positivas entre as percepções dos jovens e dos seus pais.
 - na idade mental 4-6 anos apenas a associação entre a subescala da aceitação social de pares é que é estatisticamente significativa.
- No género feminino:
 - nas duas idades mentais (4-6 anos e 7-9 anos) verificou-se que nenhuma associação é estatisticamente significativa em todas as subescalas.
- Concluiu-se que existem diferenças estatisticamente significativas em todas as comparações exceto na subescala de aceitação social de pais, no género masculino, na idade mental dos 7-9 anos, quando comparamos cada uma das subescalas de percepção entre jovens e pais, por idade mental, em cada género.

- Nos dois gêneros, não existem diferenças estatisticamente significativas nas subescalas de percepção, à exceção, do gênero feminino na subescala de percepção de competência.
- No que diz respeito à percepção dos pais apenas se verificou diferenças estatisticamente significativas, por idade mental nas subescalas de percepção de competência cognitiva, competência física e na aceitação social de pais, no gênero masculino, e na subescala de percepção de competência cognitiva do gênero feminino.

Apesar das conclusões obtidas neste estudo, inúmeras questões que ficaram em aberto que carecem de resposta no sentido da adequação das formas de relação e intervenção tendo em vista a criação de oportunidades de desempenho e envolvimento social com o sucesso das crianças com SD.

Assim consideramos que seria vantajosa a realização de outros estudos que poderiam ajudar a elucidar melhores os fatores que contribuem ou não para as autopercepções positivas, nas crianças e jovens com SD.

Capítulo VII - Referências Bibliográficas

Capítulo VII – Referências Bibliográficas

- AAIDD. (2008).FAQ on intelectual disability and AAIDD definition. Consultado em 27/01/2012, disponível em <http://www.aaid.org>.
- American Psychological Association. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais da Associação Psiquiátrica Americana: DSM IV* Climepsi Editores.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 54, 134-141.
- Bear, G., Minke, K., & Manning, M. (2002). Self-Concept of Students with Learning Disabilities: A Meta-Analysis. *School psychology Review*, 31(3), 405-427.
- Begley, A. (1999). The Self-Perceptions of Pupils with Down Syndrome in Relation to Their Academic Competence, Physical Competence and Social Acceptance. *International Journal of Disability, Development and Education*, 46(4), 515-529.
- Bento, O. (1998). *Desporto e humanismo: o campo do possível*. Rio de Janeiro: Edverj.
- Berns, R. (1997). *Child, Family, School, Community, Socialization and Support*. Fort Worth: Harcourt Brace Colege Publishers.
- Boggiano, A. K., Main, D. S., & Katz, P. A. (1988). Children`s preference for challenge: the role of perceived competence and control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 134-141.
- Bois, J., Sarrazin, P., Brustrad, R., Trouiloud, D., & Cury, F. (2002). Mothers Experiences and Young Adolescents Perceived Physical Competence: A Year-Long Study. *Journal of Early Adolescence*, 22(4), 384-406.
- Bois, J. E., Sarrazin, P. G., Brustad, R. J., Trouilloud, D. O., & Cury, F. (2005). Elementary schoolchildren's perceived competence and physical activity involvement: the influence of parents' role modelling behaviours and perceptions of their child's competence. *Psychology of Sport and Exercise*, 6(4), 381-397.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research Perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742.
- Bronfenbrenner, U. (1995). Developmental ecology through space and time: a future perspective. In P. Moen, G. H. E. Jr. & K. Luscher (Eds.), *Examining lives in context: perspectives on the ecology of human development* (pp. 619-647). Washington: DC.American Psychological Association.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The ecology of development process. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: I Theoretical models of human development* (5 ed., pp. 993-1028). New York: Wiley.
- Brustad, R. (1993). Who Will Go Out and Play? Parental and Psychological Influences on Children Attraction to Physical Activity. *Pediatric Exercise Science*, 5, 210-223.

- Brustad, R., Babkes, M., & Smith, A. (2001). Young in Sport: Psychological considerations. In R. N. Singer, H. A. Hausenblas & C. M. Janelle (Eds.), *Handbook of Sport Psychology* (pp. 604-622). New York: John Wiley & Sons.
- Campos, M. J. C. (2005). *Autopercepções em Crianças e Jovens com Síndrome de Down - Estudo da Competência Percebida e da Aceitação Social*. Porto: Maria Campos. Dissertação de apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física - Universidade do Porto.
- Carvalho, E., & Maciel, D. (2003). Nova conceção de DM segundo a American Association on Mental Retardation: sistema 2002. *Temas em Psicologia da SBP*, 11(2), 147-156.
- Chapman, J. (1988). Learning disabled children's self-concepts. *Review of Educational Research*, 58(3), 347-371.
- Cole, D. (1991). Change in self-perceived competence as a function of peer and teacher evaluation. *Developmental Psychology*, 27(4), 682-688.
- Coplan, R. J., Findlay, L. C., & Nelson, L. J. (2002). Characteristics of preschoolers with lower perceived competence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(4), 399.
- Coplan, R. J., Findlay, L. C., & Nelson, L. J. (2004). Characteristics of Preschoolers With Lower Perceived Competence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(4), 399-425.
- Corredeira, R. M. N. (2008). *Prática Desportiva e Autopercepções em Crianças e Jovens com Necessidades Educativas Especiais*. Porto: Rui Corredeira. Dissertação de apresentada à Faculdade de Desporto - Universidade do Porto.
- Corte-Real, A. (1995). *Estudo da importância da família na formação de jovens atletas*. FCDEF: A. Corte-Real. Dissertação de apresentada à FCDEF.
- Cox, R. H. (1998). Motivation and Self-Confidence in Sport. . In V. Malinee (Ed.), *Sport Psychology Concepts and Applications* (pp. 236-272). Boston: McGraw-Hill
- Cuskell, M., & de Jong, I. (1996). Self-concept in children with Down Syndrome. *Down Syndrome: Research and Practice*, 4(2), 59-64.
- Drew, C. J., Hardman, M. L., & Logan, D. R. (1996). *Mental retardation: A life approach* (6th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, Inc.
- Duda, J., & Hom, H. (1993). Interdependencies between the perceived and self reported goal orientations of young athletes and their parents. *Pediatric Exercise Science*, 234-241.
- Eccles, J. S., Wigfield, A., & Schiefele, U. (1998). Motivation to Succeed. In N. Eisenberg (Ed.), *Handbook of Child Psychology* (Vol. 3, pp. 1017-1095). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Escartí, A., Roberts, G., Cervello, E., & Guzmán, J. (1999). Adolescent goal orientations and perception of criteria of success used by significant others. . *International Journal of Sport Psychology*, 30, 309-324.
- Faria, L., Pepi, A., Alesi, M. (2004). *Concepções pessoais de inteligência e auto-estima: Que diferenças entre estudantes portugueses e italianos?* . *Análise Psicológica*, 4(22), 747-764.
- Fazenda, I. (Ed.). (2006). *Saúde Mental: do Hospital à Comunidade, dos Cuidados à Cidadania* (56 ed.). Lisboa: Isabel Fazenda.
- Fonseca, V. d. (1989). *Especial: Programa de estimulação precoce*. . Lisboa: Editorial Notícias.

- Fox, K. R. (De.) (1997). *The physical self*. Australia : Human Kinetics.
- França, R. (2003). *A dinâmica da relação na fratria da criança com Paralisia Cerebral*. Coimbra: Quartelo Editora.
- Glenn, S.; Cunningham, C. (2001). Evaluation of self by young people with Down Syndrome. *International Journal of Disability, Development and Education*, 48(2), 163-177.
- Gomes, A. (1997). Psicologia Aplicada ao desporto e à Atividade Física-Teoria, Investigação e Intervenção: Aspetos Psicológicos da Iniciação e Formação Desportiva: O Papel dos Pais. In F. Cruz & A. Gomes (Eds.), *Atas do I Encontro Internacional de Psicologia Aplicada ao Desporto e à Atividade Física* (pp. 291-319). Braga: Universidade do Minho.
- Goodway, J., & Rudisill, M. (1996). Influence of motor skill intervention program on perceived competence of at-risk African-american preschoolers. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 13, 288-301.
- Goodway, J., & Rudisill, M. (1997). Perceived physical competence and atual motor skill competence of African-american preschool children. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 14, 314-326.
- Greendorfer, S., & Lewko, J. (1978). The role of family members in sport socialization of children. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 59(3), 146-152.
- Grolnick, W. S., & Ryan, R. M. (1990). Self-perceptions, Motivation and adjustment in children with learning disabilities: a multiple group comparison study. *Journal of Learning Disabilities*, 23(3), 177-184.
- Harter, S. (1978). Effectance motivation, reconsidered: toward a developmental model. *Human Development*, 1, 34-64.
- Harter, S. (1981). A new self-report scale of intrinsic versus extrinsic orientation in the classroom: motivation and informal components. *Developmental Psychology*, 17, 300-312.
- Harter, S. (1985). Competence as a dimension of self-evaluation: Toward a comprehensive model of self-worth. In R. L. Leahy (Ed.), *The development of the self* (pp. 55-121). New York: Academic Press.
- Harter, S. (1990a). Causes, correlates and the functional role of global self-worth: A life-span perspective. . In R. J. Stenberg & J. K. Jr. (Eds.), *Competence Considered* (pp. 67-97). New Haven Yale University Press.
- Harter, S. (1992). The relationship between perceived competence, affect, and motivational orientation within the classroom: Processes and patterns of change. In A. Boggiano & T. Pittman (Eds.), *Achievement and Motivation: A Social Developmental Perspective*. (1 ed.). Cambridge University Press.
- Harter, S. (1999). *The Construction of the Self: A development Perspective*. . New York: The Guilford Press.
- Harter, S., & Pike, R. (1984). The Pictorial Scale of Perceived Competence and Social Acceptance for Young Children. [*Child Development*, 55, 1969-1982.
- Hellstedt, J. (1995). Invisible Players: A family systems model. In S. M. Murphy (Ed.), *Sport Psychology Interventions* (pp. 117-145). Champaign: Human Kinetics Publishers.
- Hoza, B., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Pelham Jr., W. E., Molina, B. S. G., et al. (2004). Self-perceptions of competence in children

- with ADHD and comparison children. . *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3), 382-391.
- Jacquez, F., Cole, D. A., & Searle, B. (2004). Self-Perceived Competence as a Mediator Between Maternal Feedback and Depressive Symptoms in Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(4), 355-367.
- Juvonen, J., & Bear, G. (1992). Social adjustment of children with and without Learning Disabilities in integrated classrooms. . *Journal of Educational Psychology*, 84(3), 322-330.
- Kavussanu, M., & Harnisch, D. L. (2000). Self-esteem in children: do goal orientations matter? *British Journal of Educational Psychology*, 70, 229-242.
- King, G., Spetch, J., Schultz, I., Warr-Leeper, G., Redekop, W., & Risebrough, N. (1997). Social skills training for withdraw unpopular children with physical disabilities: A preliminary evaluation. *Rehabilitation Psychology*, 42(1), 47-60.
- Kunnen, E. (1992). *Mastering (with) a handicap: Development of task-attitudes in physically handicapped children*. Groningen: Stichting Kinder studies.
- Lima, J. (2001). *Processos de socialização da criança em idade pré-escolar: Estudo exploratório sobre o envolvimento paterno*. Porto: J. Lima. Dissertação de apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M. P., Reeve, A., et al. (2002). *Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems of Supports* (10^a ed.). Washington: AAMR.
- Maia, J. (1999). Influência familiar nos hábitos da atividade física e no valor de aptidão física associada à saúde: estudo em jovens dos dois sexos do 6^o ao 12^o ano de escolaridade. Porto: FCDEF. Projeto de Investigação. Documento não publicado.
- Mantzicopoulos, P. (2004). I Am Really Good at Puzzles, But I Don't Get Asked to Play With Others: Age, Gender, and Ethnic Differences in Head Start Children's Self-Perceptions of Competence. *The Journal of Genetic Psychology*, 165, 51-65.
- Marsh, H. W., & Shavelson, R. (1985). Self-Concept: Its Multifaceted, Hierarchical Structure. *Educational Psychologist*, 20(3), 107.
- Mash, H., & Gouvernet, P. (1989). Multidimensional Self-Concepts and Perceptions of Control: Construct Validation of Responses by Children. *Journal of Educational Psychology*, 81(1), 57-69.
- Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments. *American Psychologist*, 52(2), 205-220.
- McCabe, P. C., & Meller, P. J. (2004). The relationship between language and social competence: How language impairment affects social growth. *Psychology in the Schools*, 41(3), 313-321.
- McMurray, R., Bradley, C., Harrell, J., Bernthal, P., Frauman, A., & Bargdiwal, S. (1993). Parental influences on Childhood Fitness and Activity Patterns. . *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 64(3), 249-255.
- Miller, H.-M. (2000). Cross-Cultural Validity of a Model of Self-Worth: Application to Finnish Children. *Social Behavior & Personality: An International Journal*, 28(2), 105.

- Mitic, W. (1990). Parental versus peer influence on adolescents` alcohol consumption. . *Psychological Reports*, 67, 1273-1274.
- Montenegro, J. (2003). *Percepção de competência e valores na Natação Pura Desportiva: relação entre pais e filhos*. Porto: Joana Montenegro. Dissertação de apresentada à FCDEF - UP.
- Montgomery, M. (1994). Self-concept and children with learning disabilities: Observer-child concordance across six context-dependent domains. *Journal of Learning Disabilities*, 27, 254-262.
- Moreira, L.; El-hani, C.; Gusmão, F. (2000). A Síndrome de Down e sua patogênese: considerações sobre o determinismo genético. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, 22,2,25-26.
- Mrug, S., & Wallander, J. L. (2002). Self-Concept of Young People with Physical Disabilities: does integration play a role? *International Journal of Disability, Development & Education*, 49(3), 267-280.
- Nicholls, J. G. (1978). The development of concepts of effort and ability, perception of academic attainment, and the understanding that difficult task require more ability. *Child Development*, 49, 800-814.
- Oliveira, C. (1998). *Processos e Estratégias Cognitivas em Alunos com DM*. Aveiro: Celso Oliveira. Dissertação de apresentada à Universidade de Aveiro.
- Organização Mundial da Saúde. (2004). *CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: s.n.
- Parke, R., & Buriel, R. (1998). Socialization in the family: ethnic and ecological perspectives. In W. Damon & M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology*. (Vol. 3, pp. 463-532). New York: Wiley & Sons.
- Pereira, J. R. T. (2004). Refletindo sobre qualidade de vida de pessoas portadoras de deficiência mental. *Anais do III Seminário Internacional Sociedade Inclusiva PUC - Ações Inclusivas de Sucesso* Consult. 18 Jun 2007, disponível em www.sociedadeinclusiva.pucminas.br/sem3/janine-reis-tavares.pdf
- Power, T., & Woolger, C. (1994). Parenting practices and age-group swimming: a correlation study. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 65(1), 59-66.
- Raposo, A. (1993). *Os fatores psicossócio-culturais que influenciam e determinam a busca da excelência pelos atletas da elite desportiva portuguesa*. . Vila Real: A. Raposo. Dissertação de apresentada à UTAD.
- Raviv, D., & Stone, C. (1991). Individual differences in the self-image of adolescents with learning disabilities: The role of severity, time of diagnosis, and parental perceptions. *Journal of Learning Disabilities*, 24, 602-611.
- Redes, J. (2003). *Perspetivas Percebidas dos seus Pais, Objetivos de Realização, Competência Percebida, Satisfação e Aborrecimento*. Porto: J. Redes. Dissertação de apresentada à FCDEF.
- Resende, M. (2006). *Autopercepções e Função Motora de Crianças com Paralisia Cerebral*. Porto: M. Resende. Dissertação de apresentada à FADE.
- Ruble, D., & Flett, G. (1988). Conflicting goals in self-evaluative information seeking: Developmental and ability level analyses. *Child Development*, 59, 97-106.

- Sallis, K., Patterson, M., & Nader, P. (1988). Relation Cardiovascular Fitness and Physical Activity to Cardiovascular Risk Factors in Children and Adults. . *American Journal Epidemiology*, 127, 933-941.
- Schalock, R., Brown, I., Brown, R., Cummins, R., Felce, D., Matikka, L., et al. (2001). Conceptualization, Measurement, and Application of Quality of Life for Persons With Intellectual Disabilities: Report of an International Panel of Experts. *Mental Retardation*, 40(6), 457-470.
- Schalock, R. L., Luckasson, R. A., Shogren, K. A., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W. H. E., et al. (2007). The Renaming of Mental Retardation: Understanding the Change to the Term Intellectual Disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 45(2), 116-124.
- Shavelson, R. J., Hubner, J. J., Stanton, G. C. (1976). Self-Concept: Validation of Construct Interpretations. *Review of Educational Research Summer*, 46(3), 407-441.
- Skoloff, B. (2002). Gang bloodshed surging in some cities. [Versão eletrônica]. *The Washington Post* disponível.
- Spurlock, H. L., Munford, R. L., & Madhere, S. (1995). *Effects of gender, race, and grade retention on the developmental progression of self-efficacy perceptions*. Comunicação apresentada em American Psychological Society Conference, New York.
- Stipek, D., Recchia, S., & McClintic, S. (1992). Self-evaluation in Young Children. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 57(1).
- Stone, C. A., & May, A. L. (2002). The accuracy of academic self-evaluation in adolescents with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 35(4), 370-384.
- Unesco. (1994). The Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education. *Unesco Consult.* 12 maio 2008, disponível em http://www.unesco.org/education/pdf/SALAMA_E.PDF
- Weiss, M., & Hayashi, C. (1995). All in the Family: Parent-Child Influences in Competitive Youth Gymnastics. *Pediatric Exercise Science*, 7, 36-48.
- White, R. W. (1959). Motivation reconsidered: the concept of competence. *Psychological Review*, 66, 297-333.
- White, S. (1996). Goal orientation and perceptions of the motivacional climate initiated by parents. *Pediatric Exercise Science*, 8, 122-129.
- White, S., Duda, J., & Hart, S. (1992). Na exploratory examination of the parent-initiated motivationalclimate questionnaire. *Percetual and motor skills*, 75, 875-880.
- Williams, L., & Gill, D. (1995). The role of perceived competence in the motivation of physical activity. . *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 17, 363-378.
- Zelege, S. (2004). Self-concept of students with learning disabilities and their normally achieving peers: a review. *European Journal of Especial Needs Education*, 19(2), 145-168.