



UC/FPCE-2013

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Participação na comunidade de adultos com
Dificuldades Intelectuais**

Joana Inês dos Santos Dias
(e-mail: joanadias_123@sapo.pt)

Dissertação de Mestrado em Psicologia da Educação, Aconselhamento
e Desenvolvimento sob a orientação da Professora Doutora Cristina
Petrucci Albuquerque

Participação na comunidade de adultos com Dificuldades Intelectuais

Este estudo visa compreender qual o nível de participação na comunidade de adultos com dificuldades intelectuais (DI), através de 5 objetivos gerais. Em primeiro, identificar e caracterizar as atividades sociais e recreativas realizadas no local de residência por adultos com DI. Em segundo lugar, averiguar se a disponibilidade das atividades está relacionada com a ruralidade e urbanidade da zona de residência. Em terceiro lugar, determinar em que medida a zona de residência influencia a frequência da realização de atividades sociais. Em quarto lugar, analisar a influência das variáveis individuais (género, grau de DI e idade) ao nível da frequência de realização de atividades sociais. Em quinto lugar, verificar se o sentimento de pertença à comunidade e o grau de satisfação com a vida estão relacionados com o número de atividades sociais. E por último, identificar as barreiras ao desempenho das atividades que não foram realizadas no decurso do último mês.

Os dados foram recolhidos junto de uma amostra de 89 sujeitos com dificuldades intelectuais de grau ligeiro e moderado, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 18 e os 53 anos, a frequentarem instituições de reabilitação. Para o efeito, foi utilizado o Questionário de Atividades Sociais (Albuquerque, 2013).

Os resultados obtidos revelaram que: (1) os níveis de participação na comunidade dos sujeitos com DI apresentam-se baixos; (2) na sua maioria os sujeitos realizam com maior facilidade atividades de presença física na comunidade em detrimento da real participação na comunidade; (3) ruralidade e urbanidade da zona de residência interfere na disponibilidade das atividades, mas não na frequência com que os sujeitos desenvolvem atividades na comunidade; (4) a frequência com que os sujeitos participam em atividades na comunidade é influenciada pelo género e pela idade, mas não pelo grau da dificuldade (ligeiro ou moderado); (5) a satisfação com a vida e o sentimento de pertença à comunidade não se encontram associados à frequência com que os sujeitos desenvolvem atividades de participação na comunidade, mas o contrário acontece com a satisfação com os amigos; (6) as barreiras à participação na comunidade que mais se destacaram dizem respeito à baixa autodeterminação, à falta de uma pessoa que assuma funções de suporte, ao nível socioeconómico e à falta de interesse pelas atividades dos sujeitos com DI.

Palavras-chave: dificuldades intelectuais, participação na comunidade

Community participation of adults with Intellectual Disabilities

This study aims to understand the level of participation in the community of adults with Intellectual Disabilities (ID) through five general goals. Firstly, to identify and characterize the social and recreational activities performed in the place of residence. Secondly, to check whether the availability of activities is related to rurality and urbanity of the area of residence. Thirdly, to determine in what extent the area of residence influences the frequency of social activities. Fourthly, to analyze the influence of individual variables (gender, age and degree of ID) in the frequency of performing social activities. Fifthly, to verify if the sense of belonging to the community and the degree of satisfaction with life are connected to the number of social activities. And at last, to identify barriers to the performance of activities that didn't took place during the last month.

Data were gathered from a sample of 89 individuals with ID of mild and moderate degree, of both genders, aged between 18 and 53 years, attending rehabilitation institutions. The assessment instrument used was the Social Activities Questionnaire (Albuquerque, 2013) was used.

The results showed that: (1) the levels of participation in the community of individuals with ID are low; (2) most of individuals perform with ease activities of physical presence in the community with ease rather than activities that require an actual participation in the community; (3) the area of residence affects the availability of activities, but not the frequency with which individuals do activities in the community; (4) the frequency with which individuals participate in community activities is influenced by the gender and age, but not by the degree of difficulty (mild or moderate); (5) satisfaction with life and the sense of belonging to the community are not associated with the frequency with which individuals carry out participation activities in the community, but the contrary happens with the satisfaction with friends; (6) the barriers to the participation in the community that stand out were the low self-determination, the lack of a person to assume support functions, the socio-economic level and the lack of interest of individuals with ID.

Key words: intellectual disabilities, participation in the community

Agradecimentos

A presente dissertação de mestrado é o culminar de muitos anos de esforço, onde o espaço limitado desta seção de agradecimentos, não me permite agradecer, a todas as pessoas que, ao longo do meu percurso académico me ajudaram, direta ou indiretamente, a cumprir os objetivos e a realizar mais esta etapa da minha formação académica.

Quero expressar o meu mais profundo e sincero agradecimento a todos aqueles que me acompanharam nesta caminhada.

À minha Orientadora de Mestrado, a Professora Doutora Cristina Pettrucci Albuquerque. Agradeço pela orientação, pelo apoio, compreensão e disponibilidade constantes, bem como pela confiança que sempre depositou em mim. Aproveito, ainda, para expressar a minha profunda admiração pelo profissionalismo e o rigor com que pauta o seu percurso profissional. Agradeço também a sua simpatia.

Às Instituições que me abriram as suas portas, nomeadamente, à APCC e ARCIL, e aos adultos que delas fazem parte, sem os quais não seria possível a realização deste trabalho. Agradeço em especial à Doutora Olga Santos e à Doutora Luísa Barros pela simpatia e disponibilidade.

À minha colega Sara Ferreira, por todos os momentos de partilha ao longo do ano, e pelo apoio que sempre me deu nos momentos de maior desgaste durante a redação desta tese.

À Filipa Silva, à Filipa Oliveira, à Ágata Salvador, à Cátia Casanova Martins, à Maria Telles, ao João Santos, à Inês Martins, à Cíntia Matos e à Liliana Fonseca, obrigada por todo o carinho e amizade que ao longo dos nossos cinco anos de conhecimento, de companheirismo, de desafios, de partilha de bons momentos e o estímulo nas alturas de desânimo.

A todas as amigas que construí ao longo do tempo e que, embora não estejam aqui todas contidas, não deixam de ser uma parte importante da minha vida e do meu percurso.

Finalmente, mas não por último, aos meus pais. Um simples “obrigado” nunca será suficiente para agradecer todo o esforço que têm feito para me fazer chegar até aqui. Espero, um dia, poder retribuir-lhes todo o investimento que em mim têm feito. A eles, dedico este trabalho!

Índice

Introdução.....	1
I – Enquadramento conceptual.....	2
1. Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais.....	2
1.1. Conceptualização das Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (DID)	2
1.2. Classificação das Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais.....	4
2. A Deficiência Neuromusculoesquelética	6
3. Participação na Comunidade.....	7
3.1. Delimitação e Relevância.....	7
3.2. As atividades de lazer e as Dificuldades Intelectuais.....	11
3.3. Fatores e barreiras de acesso a atividades de participação na comunidade.....	16
II - Objetivos.....	18
III - Metodologia.....	20
1. Amostra.....	20
2. Instrumento	23
3. Procedimentos.....	26
IV - Resultados.....	26
1. Consistência Interna.....	26
2. Análise da frequência das atividades de participação na comunidade	27
3. Análise da disponibilidade e frequência das atividades de participação na comunidade em função da zona de residência	30
3.1. Análise da disponibilidade em função da zona de residência	30
3.2. Análise da frequência em função da zona de residência.....	31
4. Frequência das atividades de participação na comunidade em função do género, grau de DI, idade e zona de residência	32
4.1. Em função do género	32
4.2. Em função do grau de DI.....	33
4.3. Em função da idade.....	33
4.4. Em função da zona de residência.....	34
5. Relações das atividades de participação na comunidade com a satisfação com a vida e com o sentimento de pertença à comunidade.....	35

6. Barreiras que dificultam o acesso a atividades de participação na comunidade	37
V - Discussão	42
VI - Conclusões	48
Bibliografia	48
Anexos	54

Introdução

Ao longo dos últimos anos a participação na comunidade, tem sido alvo de grande atenção, nomeadamente no que diz respeito aos sujeitos com dificuldades intelectuais (DI) (Badia & Melo, 2009a). Quando abordado o tema da participação social é fundamental ter em conta o facto de esta estar fortemente associada à melhoria da qualidade de vida, e consequentemente à inclusão na sociedade, tendo assumido um papel desafiante para os vários serviços que apoiam este tipo de população. Contudo, estudos revelam que na sua maioria, apesar da importância do lazer na qualidade de vida dos sujeitos com DI a sua participação em atividades de lazer no seio da comunidade é ainda reduzida (Abells, Burdbidge & Minnes, 2008; Ager, Myers & Kerr, 2001; Badia & Melo, 2009a; Emerson & McVilly, 2004; Orsmond, Krauss & Seltzer, 2004). Além disso, no que à realidade portuguesa diz respeito, não localizámos nenhum instrumento relativo a esta temática.

É neste contexto que surge o presente trabalho, o qual procura compreender e caracterizar o nível de participação na comunidade dos sujeitos com DI. Pretende-se ainda identificar algumas das variáveis que poderão ou não influenciar a participação, assim como as barreiras de carácter intrínseco e extrínseco que dificultam o acesso a atividades na comunidade.

A presente dissertação encontra-se organizada em seis capítulos: o primeiro capítulo corresponde ao Enquadramento Conceitual, onde é realizada uma breve caracterização das dificuldades intelectuais e desenvolvimentais (DID), atendendo às definições mais consensuais em vigor, seguida de uma breve caracterização das deficiências neuromusculoesqueléticas. Com base em estudos internacionais, é ainda abordada a participação na comunidade por parte dos sujeitos com DI, atendendo ao tipo de atividades que desenvolvem e às barreiras que enfrentam a este respeito. No segundo capítulo apresentam-se os principais objetivos deste estudo e, no terceiro capítulo, a metodologia utilizada, nomeadamente no que concerne à amostra, ao instrumento e aos procedimentos utilizados. Segue-se a apresentação dos resultados, no quarto capítulo, e a sua discussão, no quinto capítulo, de forma a compreender o seu significado e as suas implicações. Finalmente, a conclusão (sexto capítulo) faz um balanço do trabalho realizado.

Atendendo aos resultados obtidos, apela-se à continuidade dos estudos no sentido de entender qual o significado dado pelos sujeitos com DI à integração plena na comunidade, para assim conseguir melhorar as respostas disponíveis nos meios em que se inserem. Alerta-se ainda para a necessidade de pesquisas futuras, no que aos fatores individuais diz respeito, com o objetivo de melhorar as respostas sociais e comunitárias para este tipo de população.

I – Enquadramento conceptual

1. Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais

1.1. Conceptualização das Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (DID)

Qualquer sujeito é uma combinação de características, que surgem da constituição genética e das influências do meio a que está exposto. O comportamento deriva de vários fatores intrínsecos e extrínsecos, presentes no meio que rodeia o sujeito. Assim, é possível dizer, que as pessoas com dificuldades intelectuais (DI) não constituem um grupo homogéneo, sendo diferentes entre si.

Ao longo da segunda metade do séc. XX, a conceção global da pessoa com deficiência foi-se alterando de forma gradual, sendo visível uma evolução nas várias abordagens que estudavam o constructo. Assim, depois da abordagem médico-orgânica foi adotada uma abordagem psicológica (tipo psicométrica), e recentemente adotou-se a abordagem multidimensional centrada no funcionamento do indivíduo integrado no ambiente que o rodeia (Alonso & Bermejo, 2001).

Em termos históricos, é possível destacar quatro grandes abordagens em relação ao conceito das DID (Albuquerque, 1996; Belo, Caridade, Cabral, & Sousa, 2008). A primeira abordagem salienta o *défice intelectual*, diretamente ligado ao conceito de inteligência, de que o QI era a expressão numérica, sendo as dificuldades de natureza individual, de etiologia orgânica, e inalteráveis. A segunda abordagem destaca o *défice intelectual e adaptativo*, que nos remete para as primeiras definições da American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD), segundo as quais a “deficiência mental refere-se a um funcionamento intelectual significativamente inferior à média, acompanhado de défices no comportamento adaptativo, manifestado durante o período de desenvolvimento” (Grossman, 1993, cit. por Albuquerque, 1996, 19). O critério de “funcionamento intelectual significativamente inferior à média” diz respeito a um $QI \leq 70$ num ou mais testes de inteligência. A partir deste critério são delimitadas as quatro categorias da Deficiência Mental (DM) (ligeira, moderada, severa e profunda). Nesta fase é incluído o conceito de défice no comportamento adaptativo como um critério de diagnóstico, destacando-se assim os aspetos sociais na compreensão desta problemática. Este novo conceito diz respeito à “capacidade de adaptação às exigências naturais e sociais do meio” (Magerotte, 1978, cit. por Albuquerque, 1996, 20), visando “a eficácia dos indivíduos na satisfação das normas de independência pessoal e de responsabilidade social estabelecidas para a sua idade e o seu grupo cultural” (Grossman, 1983, cit. por Albuquerque, 1996, 20). A terceira abordagem realça o *défice cognitivo*, onde se destacam dois modelos, o desenvolvimentista (desenvolvimento lento) e o deficitário ou da diferença (défices qualitativos específicos) (Belo, Caridade, Cabral, & Sousa, 2008). De acordo com o modelo desenvolvimentista “os deficientes mentais apresentariam a mesma sequência de estádios de desenvolvimento cognitivo que os sujeitos não deficientes mentais, (...) difeririam em apenas dois aspetos: os processos cognitivos dos deficientes mentais desenvolver-

se-iam a um ritmo mais lento e atingiriam um nível cognitivo final que se situaria abaixo do dos não deficientes” (Albuquerque, 1996, 25). O modelo deficitário ou da diferença defende que as diferenças entre os sujeitos com dificuldade intelectual e os sujeitos sem dificuldade vão para além das diferenças entre o nível e ritmo de desenvolvimento. Destacam a “possibilidade de uma maior vulnerabilidade das tarefas de processamento da informação à influência de variáveis motivacionais e emocionais específicas da deficiência mental” (Weisz, 1990, cit. por Albuquerque, 1996, 26). Por último, a abordagem do *constructo social* defende uma perspetiva exclusivamente social, em que a DI é vista como um estatuto e um papel desempenhado pelo indivíduo em diversos contextos sociais específicos (Albuquerque, 1996).

Em Abril de 2007, a *American Association of Mental Retardation* (AAMR), passa a intitular-se *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD). Assim sendo, o termo DM é extinto, e passa a ser utilizado o termo Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental (DID) passando o indivíduo a ser visto como alguém que tem uma dificuldade e não uma deficiência. Morato & Santos (2007) referem o facto do termo *Dificuldade* possuir uma conotação menos estigmatizante sendo acompanhado por expectativas mais positivas quando comparado com o termo *Deficiência*. Esta mudança de conceito veio permitir uma visão do indivíduo no seu todo, na sua relação com o outro e na possibilidade de concretização de direitos fundamentais, contribuindo para uma análise não apenas do sujeito mas de toda a interação com o meio envolvente, em que a variável independente está centrada no contexto e não no sujeito.

Atualmente, a definição proposta pela AAIDD (Schalock et al., 2010), para o termo Dificuldades Intelectuais e Desenvolvidamentais:

“(…) is characterized by significant limitations both in intellectual functioning and in adaptive behavior as expressed in conceptual, social and practical adaptive skills. This disability originates before age 18.”

Para um melhor entendimento das DID, torna-se fundamental atender a cinco pressupostos fundamentais (Schalock et al., 2010):

1. As limitações do sujeito devem ser tidas em conta com base nos contextos comunitários em que se insere, assim como as expectativas culturais da comunidade para com o indivíduo;
2. Devem ser tidas em conta as diferenças culturais e linguísticas, assim como as diferenças existentes nas áreas que possibilitam uma maior e melhor compreensão da dificuldade (comunicação, aspetos sensoriais, motores e adaptativos);
3. Apesar das suas limitações, o indivíduo apresenta capacidades, ou seja, num aprofundamento da avaliação serão encontradas áreas fortes e áreas fracas;
4. O diagnóstico baseado nas competências adaptativas do indivíduo, deve incluir um plano das necessidades de apoio;

5. Com apoios próprios e adaptados às suas necessidades durante um determinado período de tempo, o indivíduo com DI apresentará uma melhoria da sua qualidade de vida.

O modelo multidimensional do funcionamento humano da AAIDD está dividido em duas grandes componentes: as cinco dimensões do funcionamento (Habilidades Intelectuais, Comportamento Adaptativo, Saúde, Participação e Contexto) e o papel que os apoios podem desempenhar ao nível da melhoria da qualidade de vida do sujeito (Schalock et al., 2010).

As *Habilidades Intelectuais* fazem referência ao conceito de inteligência, como uma capacidade geral que engloba o raciocínio, o planeamento, a resolução de problemas, e a aprendizagem através das experiências (Schalock et al., 2010). Este conceito de inteligência demonstra que cada indivíduo difere na forma como assimila a informação que vai recebendo do meio, utilizando formas diferentes para compreender as ideias mais complexas e adaptar-se ao mundo, através do pensamento e da comunicação (Schalock et al., 2010).

O *Comportamento Adaptativo* engloba o conjunto de capacidades práticas, sociais e conceituais que o indivíduo vai adquirindo ao longo da vida (Schalock et al., 2010).

A *Saúde* é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como estado completo de bem-estar ao nível físico, mental e social (World Health Organization, 1999, cit. por Schalock et al., 2010, 16). O estado de saúde do indivíduo pode afetar direta ou indiretamente cada uma das restantes dimensões do funcionamento humano. Por exemplo, as dificuldades ao nível da saúde e do bem-estar mental podem funcionar como inibidores ou facilitadores da plena participação na comunidade.

A *Participação* diz respeito aos papéis e interações que o indivíduo desenvolve em atividades de vida doméstica, culturais, educacionais, espirituais, de trabalho e de lazer (Schalock et al., 2010)

O *Contexto* remete-nos para as condições em que o indivíduo vive, relacionando-as com a sua qualidade de vida. Numa perspetiva ecológica, este conceito envolve 3 níveis diferentes (Schalock et al., 2010): o microsistema que implica as relações com a família e indivíduos mais próximos ao sujeito; o mesossistema que se refere ao conjunto de relações entre dois ou mais microsistemas em que o sujeito está envolvido (vizinhança, comunidade, organizações educativas ou de apoio); e por fim o macrosistema que engloba os padrões culturais e sociais, os grupos populacionais ou as influências sociopolíticas.

1.2. Classificação das Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais

1.2.1. Critério psicométrico

O sistema de classificação do DSM-IV-TR baseia-se em graus de deficiência mental (termo em vigor neste manual), nomeadamente, Ligeiro, Moderado, Grave e Profundo. O grau de incapacidade é definido através do *funcionamento intelectual global* (APA, 2002), pelo quociente de

inteligência (QI) obtido através de um ou mais testes de inteligência aplicados de forma individual.

A *Deficiência Mental Ligeira* apresenta um QI entre 50/55 e aproximadamente 70. Este grupo representa a maioria dos sujeitos identificados com esta problemática. Durante os anos pré-escolares (0 aos 5 anos), estes sujeitos têm a capacidade de desenvolver competências sociais e de comunicação, e apresentam dificuldades mínimas nas áreas sensoriomotoras. No final da adolescência são capazes de adquirir conhecimentos académicos ao nível do 9º ano de escolaridade. Na vida adulta conseguem ter uma autonomia mínima, devido à aquisição de competências sociais e vocacionais, contudo podem necessitar de orientação, apoio e assistência (APA, 2002). A *Deficiência Mental Moderada* equivale a um QI entre 35/40 e 50/55, constituindo cerca de 10% da população com DM. A maioria dos sujeitos podem adquirir competências de comunicação durante os anos pré-escolares, podendo beneficiar de treino laboral, e com supervisão são capazes de alcançar uma certa autonomia. O treino das competências sociais e ocupacionais torna-se uma mais-valia, contudo existe uma baixa probabilidade de ultrapassarem o 2º ano de escolaridade (APA, 2002). A *Deficiência Mental Grave* constitui cerca de 3% a 4% dos sujeitos com DM, e é definida por um QI entre 20/25 e 35/40. Por último, a *Deficiência Mental Profunda* representa cerca de 1% a 2% dos sujeitos, e estes apresentam um QI inferior a 20 ou 25 (APA, 2002).

Este sistema do DSM-IV-TR (APA, 2002) distancia-se do modelo utilizado pela AAIDD, uma vez que esta última utiliza uma classificação baseada nos padrões e intensidade de apoios necessários (Intermitente, Limitada, Extensiva e Persistente).

1.2.2. Critério baseado na intensidade dos apoios

A intensidade do tipo de apoio a prestar aos indivíduos com DID representa uma parte fundamental no novo sistema de classificação utilizado pela AAIDD. É um modelo de análise composto por quatro elementos: as fontes de apoio (humanas e materiais), as funções dos apoios, a intensidade do apoio e os resultados desejados.

Para responder às necessidades individuais de cada sujeito, encontramos quatro níveis de apoio disponíveis, nomeadamente, Intermitente, Limitado, Extensivo e Permanente (Schalock et al., 2010). O nível *Intermitente* caracteriza-se pelo apoio temporário ou ocasional por um determinado período de tempo (exemplos: ajudara ultrapassar as barreiras características de cada fase de desenvolvimento; aquisição ou troca de emprego; apoio em situações de crise). O nível *Limitado* caracteriza-se pela natureza consistente, contudo é temporalmente limitada no espaço e no tempo (exemplos: orientação para aprender/reconhecer dinheiro; treino ao nível das atividades domésticas; treino de competências para exercer uma determinada função no emprego). O nível *Extensivo* implica um apoio regular sem que exista um limite temporal, podendo acontecer em mais do que um contexto (exemplos: atendimento itinerante, domiciliar e em sala de aula; acompanhamento terapêutico). Por último, o apoio *Permanente* tem

carácter constante, e destina-se àqueles que não têm qualquer indício de autonomia. É um apoio com elevado nível de intensidade e ocorre em diversos contextos (exemplos: intervenção multiprofissional permanente; apoio de cuidadores, de modo a garantir supervisão constante em todas as atividades de vida diária (Schalock et al., 2010).

2. A Deficiência Neuromusculoesquelética

No mais recente sistema de classificação da CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde) as deficiências neuromusculoesqueléticas dizem respeito aos problemas nas estruturas ou funções das articulações, ossos e dos músculos, estando também relacionadas com o movimento, como por exemplo, um desvio importante ou uma perda (OMS, 2004).

Mais especificamente segundo a CIF, as deficiências neuromusculoesqueléticas podem reportar-se às Funções do Corpo, as quais implicam as funções relacionadas com o movimento e a mobilidade, incluindo funções das articulações, dos ossos, dos reflexos e dos músculos. As deficiências neuromusculoesqueléticas também podem respeitar às Estruturas do Corpo, isto é, às partes anatómicas do corpo, tais como órgãos, membros e seus componentes. Tanto nas Funções como nas Estruturas do Corpo os problemas apresentados pelos sujeitos são qualificados tendo em conta a extensão ou magnitude da deficiência, estando assim dividida em 5 graus: nenhuma deficiência (0-4%), deficiência ligeira (5-24%), deficiência moderada (25-49%), deficiência grave (50-95%) e por último deficiência completa (96-100%) (OMS, 2004).

As deficiências neuromusculoesqueléticas podem ter origem em problemáticas diversas, contudo distinguem-se duas ordens de etiologia: as que resultam de lesões cerebrais e as que resultam de fatores internos ou externos, mas que não de ordem cerebral. Podem ainda ser divididas por deficiências congénitas, que se manifestam à nascença e persistem ao longo da vida, e as deficiências adquiridas, que derivam de um acontecimento de vida, com um carácter inesperado (Vicente, 1995).

No que diz respeito às deficiências neuromusculoesqueléticas adquiridas podem ser referidas aquelas que são originadas por traumatismos crânio-encefálicos, lesões causadas por tumores, bactérias ou vírus (Fernandes, 2011), tais como, a encefalopatia isquémica pré-natal, encefalopatia anóxica/isquémica perinatal, causas pós-natais (meningite, tubercloses e crises epiléticas convulsivas) (Vicente, 1995). Quanto às causas de origem não cerebral, Fernandes (2011) destaca a paralisia resultante de lesão vertebro-medular, amputação, miopatia, distrofia muscular, sequelas de poliomielite, espondilite anquilosante, artrite reumatoide e a esclerose múltipla.

Em Portugal, no que diz respeito às deficiências neuromusculoesqueléticas, os resultados obtidos através dos Censos de 2011 (INE, 2011), demonstram que cerca de 82% da população com 5 ou mais anos de idade não apresenta qualquer dificuldade na realização de atividades diárias relacionadas com a visão, audição, locomoção,

memória/concentração, com a higiene e cuidado pessoal, e em compreender e fazer-se entender perante os outros. Assim, apenas 18% da população, com 5 ou mais anos de idade, relata ter dificuldades em realizar pelo menos uma das 6 atividades diárias. Contudo, no que reporta à população com 65 ou mais anos o indicador de dificuldade ultrapassou os 50%. No que concerne aos tipos de dificuldades, aquelas que apresentam maior prevalência (25%) estão relacionadas com o andar, seguindo-se a visão (23%), a memória e concentração (17%), a audição (13%), os cuidados de higiene pessoal (12%) e por último a capacidade de compreender e fazer-se entender perante os outros (10%).

3. Participação na Comunidade

3.1. Delimitação e Relevância

A participação na comunidade tem sido alvo de grande atenção nos últimos anos, nomeadamente no que diz respeito aos sujeitos com DI (Badia & Melo, 2009a). Os mais recentes modelos teóricos do funcionamento humano, como por exemplo a Classificação Internacional do Funcionamento (CIF) e o modelo utilizado pela AAIDD, apresentam a participação como um dos fatores centrais de funcionamento humano (Verdonschot, Witte, Reichrath, Bountinx & Curfs, 2009a).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a participação pode ser definida pelo envolvimento do sujeito nos vários contextos de vida e pelo relacionamento com os outros. A participação torna-se assim fundamental para o bom desenvolvimento dos sujeitos, uma vez que é no contexto em que estão inseridos que vão treinar várias habilidades e competências, criar novas amizades, expressar a sua criatividade, ou seja, desenvolver a sua própria identidade (King et al., 2007 cit. por Badia & Melo, 2009b).

A participação na comunidade pode ser desenvolvida em meios formais ou informais, em que os primeiros dizem respeito a atividades estruturadas, com regras e metas a alcançar e que requerem um planeamento prévio (por exemplo, frequentar aulas de música ou praticar desporto com um treinador). No segundo são consideradas as atividades sem qualquer planificação e que são escolhidas pelo próprio sujeito (por exemplo, ler, jogar ou fazer exercício) (Badia & Melo, 2009b).

Perante a CIF são incluídos 4 domínios da vida social: a vida doméstica, as interações e relacionamentos interpessoais (relações formais e sociais, relações familiares e íntimas), as áreas principais da vida (atividades relacionadas com a educação e com o emprego) e por último a vida comunitária, social e cívica. A CIF define ainda a participação como o resultado da interação entre a pessoa e o contexto em que se insere, ou seja, o ambiente físico, social e atitudinal (Verdonschot et al., 2009a). Segundo Badia e Melo (2009a), a participação, o ambiente físico, social e atitudinal são fundamentais na compreensão das características individuais do sujeito com dificuldades, uma vez que vários sujeitos com grau de dificuldades semelhante podem apresentar resultados diferentes ao nível da participação e da qualidade de vida devido ao contexto em que estão inseridos.

Segundo Verdonschot et al. (2009a), tem sido visível um aumento na

transição de sujeitos com DI para os meios comunitários em detrimento de instalações separadas, o que implica defendendo que os sujeitos que se encontram a viver em meios comunitários apresentam maiores possibilidades de desenvolverem novas relações e papéis sociais, que se tornam fundamentais para a integração completa no seio da comunidade. Assim, a participação na comunidade é tida como um objetivo fulcral para os sujeitos com dificuldades, uma vez que é através dela que alcançam outros objetivos de vida (Verdonschot et al., 2009a).

Numa pesquisa pela literatura acerca da participação na comunidade em sujeitos com DI, Verdonschot et al., (2009a) e Clement e Bigby (2009), referem que estes sujeitos, mesmo vivendo em meios comunitários, apresentam níveis mais elevados de “presença na comunidade”, em detrimento da real “participação na comunidade”. Segundo os autores (Verdonschot et al., 2009a; Clement & Bigby, 2009; Cummins & Lau, 2003) o termo “presença na comunidade” é utilizado quando os sujeitos com DI apenas participam em atividades sociais (por exemplo, ir ao café/restaurante, ao cinema ou à praia) acompanhados pelos técnicos. O termo “participação na comunidade” reflete os casos em que os sujeitos com DI têm oportunidade de sair e participar em atividades da comunidade sozinhos ou com amigos.

Através da análise de um conjunto de 23 estudos, Verdonschot et al. (2009a), tendo por critérios de seleção a definição de participação utilizada na CIF e fazendo referência aos 4 domínios que a compõe a vida doméstica, as interações e relacionamentos interpessoais (relações formais e sociais, relações familiares e íntimas), as áreas principais da vida (atividades relacionadas com a educação e com o emprego) e por último a vida comunitária, social e cívica, chegam à conclusão de que alguns dos estudos referem que a “presença na comunidade” é mais facilmente alcançada do que a “participação na comunidade”.

Clement e Bigby (2009) desenvolveram um estudo na Austrália com 5 sujeitos com DI de grau severo e profundo, com idades compreendidas entre os 49 e os 57 anos, que foram integrados em residências disponibilizadas pelo governo e inseridas na comunidade. Na amostra encontram-se ainda incluídos os técnicos responsáveis pelos cuidados dos 5 sujeitos selecionados. O estudo consistiu na implementação de um programa conhecido como *Community Inclusion Framework* que tem por base a defesa dos benefícios do relacionamento dos sujeitos com DI com os seus pares sem DI. Mais especificamente tem por objetivo a extensão das redes sociais, facilitando o contacto com outras pessoas, para além dos familiares, colegas com DI e/ou membros da instituição. Ao longo dos 16 meses de implementação do programa foi pedido aos técnicos que elaborassem um diário das atividades em que os sujeitos participavam, e que posteriormente eram analisados e discutidos com os supervisores do programa.

Através da implementação do programa e de diversos métodos de observação direta, Clement e Bigby (2009) chegaram à conclusão que a maioria das atividades desenvolvidas pelos técnicos são direcionadas para a “presença na comunidade” (por exemplo, viagens de autocarro, andar pelo bairro, ir ao cinema, ir ao centro comercial ou jantar fora). Referem ainda

que, no final dos 16 meses de implementação do programa, os técnicos responsáveis ainda não tinham adquirido a definição de “inclusão” que se encontra na base do programa, ou seja, para a maioria dos técnicos apenas era possível perspetivar atividades de inclusão enquanto presença na comunidade. Os autores sugerem que este comportamento por parte dos técnicos poderá ser devido à sua falta de conhecimento acerca do seu papel no processo educativo e de inclusão dos sujeitos com DI, e também pelo facto de não terem a noção de comunidade inclusiva como um objetivo fundamental para os sujeitos com quem trabalham.

Como se pode constatar nos estudos de Badia e Melo (2009a), de Clement e Bigby (2009) e Verdonshot et al. (2009a), o facto dos sujeitos com DI viverem na comunidade não garante por si só a inclusão e integração social dos mesmos. Um dos fatores que se encontra associado ao fracasso na adaptação à vida na comunidade é a incapacidade que os sujeitos com DI têm para ocupar o seu tempo livre com atividades que os satisfaçam e na construção de relações sociais significativas (Duvdenay, 2008). Por parte dos técnicos que acompanham a integração dos sujeitos com DI na comunidade é visível um maior esforço no treino vocacional e da autonomia, descurando o treino das capacidades para a utilização dos meios de lazer disponíveis. A restrição ou ausência de programas e serviços de atividades de lazer para sujeitos com DI apresenta-se igualmente como um fator negativo na vivência destes sujeitos, uma vez que a participação em atividades de lazer tem sido referida como um fator importante na integração e ajustamento na comunidade e também na qualidade de vida destes sujeitos (Duvdenay, 2008).

Quando abordado o tema da participação social, torna-se fundamental ter em quanto o facto de esta se encontrar fortemente associada à qualidade de vida dos sujeitos com DI. Deste modo, a correta validação e definição do conceito de qualidade de vida tornou-se importante, uma vez que está na base de muitas práticas utilizadas no campo da DI (Verdugo, Shalock, Keith & Stancliffe, 2005). A qualidade de vida é definida pela Organização Mundial de Saúde como a percepção que os indivíduos têm da sua posição na vida, no sistema de valores culturais nos quais ele vive, como também dos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Albuquerque, 2012).

Segundo Shalock e Verdugo (cit. por Verdugo, Martínez, Sánchez & Shalock, 2009) a qualidade de vida é entendida como um conceito multidimensional, que é afetado pela interação entre os fatores ambientais e pessoais, que pode ser melhorada pela autodeterminação, pelos recursos disponíveis, pela inclusão dos sujeitos nos meios em que se encontram inseridos e pelo alcance dos objetivos.

O modelo multidimensional proposto por Shalock e Verdugo (2003, cit. por Verdugo et al., 2009) assenta sobre oito dimensões/domínios que em conjunto formam o conceito da qualidade de vida. Dentro de cada dimensão estão ainda inseridos indicadores centrais, vistos como percepções ou condutas específicas das dimensões e que refletem ou não o bem-estar pessoal. As oito dimensões que compõem o conceito de qualidade de vida integram, (1) o bem-estar emocional, que diz respeito aos sentimentos de segurança e tranquilidade; (2) as relações interpessoais, englobando o

relacionamento com os outros; (3) o bem-estar material, que faz referência à estabilidade financeira, que possibilita a aquisição de bens e serviços necessários; (4) o desenvolvimento pessoal que diz respeito às oportunidades para adquirir diversos conhecimentos que promovam a realização pessoal; (5) o bem-estar físico, que engloba a saúde e os bons hábitos alimentares; (6) a autodeterminação, em que está incluída a tomada de decisão nas várias situações da vida diária (social, profissional e familiar); (7) a inclusão social, que implica a integração no meio em que se está inserido, participando nas atividades disponibilizadas pela comunidade; e por último (8) os direitos, que aborda o tema da igualdade entre os sujeitos e o respeito mútuo, onde cada sujeito deverá ter a oportunidade de defender as suas convicções (Verdugo et al., 2009).

No sentido de analisar a relação entre a vida social e a qualidade de vida, Duvdenay (2008) realizou um estudo com sujeitos com DI que se encontravam inseridos em meios comunitários e em famílias de acolhimento, o qual procurou verificar se existiam diferenças nas atividades que os dois grupos desempenhavam. A amostra foi constituída por 85 adultos com DI de grau ligeiro e moderado, com idades compreendidas entre os 18 e os 55 anos. Quarenta e cinco dos sujeitos estavam integrados em residências inseridas na comunidade, e os restantes 40 viviam com famílias de acolhimento. Foram aplicados 5 instrumentos: (1) Questionário Demográfico; (2) Questionário de Qualidade de Vida; (3) Escala de Isolamento – UCLA, tendo por base o isolamento na perspetiva das relações sociais; (4) Lista de Relações Sociais, baseada em outras escalas de relações sociais em que uma pontuação elevada representa as relações sociais significativas; e por último (5) Lista de Atividades de Lazer. Através destes instrumentos, Duvdenay (2008), verificou que não existem diferenças significativas, entre os sujeitos que vivem em famílias de acolhimento e aqueles que vivem em residências quanto ao número de relações sociais. As diferenças foram encontradas ao nível do envolvimento em atividades de lazer na comunidade, favoráveis aos sujeitos que viviam com famílias de acolhimento. Chegou ainda à conclusão de que quanto maior for o envolvimento em atividades de lazer menor será o sentimento de isolamento, que por sua vez aumentará a qualidade de vida. Duvdenay (2008) sugere que o sentimento de isolamento tem um grande impacto na satisfação com a vida, ou seja, a qualidade de vida é maioritariamente explicada pelo sentimento de isolamento e não tanto pelo envolvimento em atividades de lazer.

Associado à melhoria da qualidade de vida e consequentemente um fator preventivo dos problemas de saúde física e mental (Cummins & Lau, 2003; Emerson & McVilly, 2004; Lippold & Burns, 2009; Orsmond, Krauss & Seltzer, 2004), destaca-se o suporte social, visto que a necessidade de desenvolver e manter relações com os outros é essencial para o bem-estar pessoal. Contudo na realidade dos sujeitos com DI, as relações pessoais e sociais parecem ser escassas, e as estruturas de suporte social limitadas. Quando comparados os adultos com DI com os seus pares sem DI, verifica-se que os primeiros apresentam redes sociais reduzidas, e consequentemente menos amigos (Lippold & Burns, 2009).

A inclusão social de sujeitos com DI tem sido ao longo dos tempos um grande desafio para os vários serviços que apoiam este tipo de população. Lippold e Burns (2009) desenvolveram um estudo em que compararam as redes sociais e o apoio social dos sujeitos com DI com um grupo de sujeitos com Deficiências Neuromusculoesqueléticas (DN), com o objetivo de perceber se os sujeitos com DI apresentavam menores níveis de integração social, redes sociais mais restritas e menos fontes de apoio social do que sujeitos com DN. Numa amostra constituída por 30 sujeitos com DI moderada e 17 sujeitos com DN, foram aplicadas 3 escalas, a *Social Support Self-Report* (SSSR) que visa a avaliação do apoio social; a *Functional Support Inventory* (FSI) uma medida de auto-avaliação do suporte funcional e por último a *Life Experiences Checklist* (LEC) utilizada na avaliação da qualidade de vida e na diversidade de atividades ou experiências de vida individuais. Os resultados obtidos comprovaram a hipótese definida por Lippold e Burns (2009), indicando que os sujeitos com DI apresentavam redes sociais mais restritas do que os seus pares com DN apesar de estarem envolvidos num maior número de atividades. Verificaram também que o apoio social nos adultos com DI é maioritariamente prestado pelos familiares ou outros cuidadores, apresentando também poucas relações de amizade com os seus pares sem DI. Relativamente aos sujeitos com DN, estes apresentam redes sociais diversificadas, isto é, desenvolvem relações com sujeitos com e sem dificuldades (Lippold & Burns, 2009).

3.2. As atividades de lazer e as Dificuldades Intelectuais

A exclusão de uma participação significativa na vida económica, social, política e cultural das comunidades é um dos maiores problemas que enfrentamos na sociedade nos dias de hoje.

Devido ao crescente interesse na qualidade de vida dos sujeitos com DI e conseqüentemente na tipologia de atividades e serviços a que têm acesso, foram vários os estudos realizados em torno destas temáticas. Na sua maioria, os resultados demonstraram que apesar da importância do lazer na qualidade de vida dos sujeitos com DI a sua participação em atividades de lazer no seio da comunidade é reduzida (Abells, Burdbidge & Minnes, 2008; Ager, Myers & Kerr, 2001; Badia & Melo, 2009a; Emerson & McVilly, 2004; Orsmond, Krauss & Seltzer, 2004;).

Tendo em conta as atividades de lazer nos sujeitos com DI, Badia e Melo (2009a) procederam a um levantamento das atividades que mais se destacam nesta população. Chegaram à conclusão de que a maioria é desenvolvida em casa e de forma solitária e passiva, bem como que as mais referidas são ver televisão ou ouvir rádio, caminhar, ler revistas, fazer e receber chamadas telefónicas. Contudo, segundo estes autores, os resultados demonstram que cerca de 40% dos sujeitos não pratica qualquer tipo de atividade. Referem ainda o facto dos sujeitos que se encontram a viver com os seus pais apresentassem um elevado número de atividades solitárias e passivas, onde raras vezes os acompanham numa ida às compras, por exemplo.

O baixo envolvimento de adolescentes com DI em atividades sociais e

recreativas e os vários alertas sobre a sua importância levou a que muitos autores se interessassem por esta temática. Abells, Burdidge e Minnes (2008) desenvolveram um estudo com 63 pais/cuidadores de estudantes do ensino secundário com DI. Tinham por objetivo compreender qual o nível de envolvimento dos sujeitos com DI em atividades sociais e recreativas, quais as atividades que mais praticavam e, conseqüentemente, identificar os fatores conducentes a um baixo envolvimento nas atividades sociais e recreativas. A amostra de 63 adolescentes corresponde a 42 sujeitos do sexo masculino e 21 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 14 e os 21 anos. Através de entrevistas telefónicas, foram aplicados 3 instrumentos aos cuidadores: (1) questionário demográfico para obter informações acerca dos cuidadores e dos e ainda informação relativa a outros membros que habitassem com o adolescente; (2) a *Scales of Independent Behaviour* (SIB-R SF), que avalia o comportamento adaptativo e mal adaptativo; (3) por último, a *AIMS*, uma entrevista semiestruturada que permitiu avaliar as atividades sociais, recreativas e religiosas realizadas pelos jovens, as quais foram posteriormente divididas em 3 categorias: (1) atividades realizadas com os pares; (2) atividades realizadas com a família ou técnicos; e (3) atividades solitárias. De uma forma geral, os resultados demonstraram que a maioria dos adolescentes com DI apresentava uma maior participação em atividades realizadas com a família ou técnicos. Tanto na participação em atividades com os pares como com a família e/ou técnicos, a atividade desportiva é a que mais vezes é referida, contudo em dois tipos diferentes. Assim, a participação em atividades desportivas com os pares adquire um carácter mais organizado, como por exemplo jogos paraolímpicos, enquanto no seio familiar e/ou com os técnicos as atividades desportivas são menos estruturadas, como por exemplo caminhar, ou nadar. Nas atividades mais solitárias destacam-se o andar de bicicleta e jogar no computador. Outro dos fatores alarmantes do estudo é o facto de cerca de 21% da amostra não participar em qualquer tipo de atividade (Abells, Burdidge & Minnes, 2008).

Como já referimos na população com DI as oportunidades para criar relações de amizade, assim como para as manter, parecem ser limitadas (Emerson & McVilly, 2004; Orsmond, Krauss & Seltzer, 2004). Emerson e McVilly (2004), através de uma amostra de 1542 adultos com DI residentes em instituições, desenvolveram um estudo que teve por objetivo verificar quais as características individuais que têm influência na manutenção de relações de amizade, assim como qual o tipo de atividades de lazer mais desenvolvidas nesta população. Foram ainda aplicados o *Index of Community Involvement (ICI)*, indicando a frequência com que são utilizados diversos serviços existentes na comunidade e a *Learning Disability Casemix Scale (LDCS)* que avalia o comportamento adaptativo e o comportamento desafiante. Os resultados demonstraram que a maioria das atividades eram desenvolvidas com os seus pares com DI em detrimento dos seus pares sem DI, tais como, sair para jantar ou receber um amigo na residência, realizar um passeio durante o dia ou receber a visita de um amigo. Os resultados indicaram também que as atividades com os amigos são maioritariamente realizadas em domínios públicos e não em domínios

privados, como por exemplo em casa.

Tendo em conta as relações com os pares e as atividades sociais e recreativas, Orsmond, Krauss e Seltzer (2004) desenvolveram uma investigação com 235 adolescentes e adultos a viver com os progenitores, diagnosticados com perturbações do espectro autista. Os procedimentos e as medidas utilizadas no estudo foram aplicados às progenitoras dos sujeitos avaliados, e incluíram entrevistas e questionários de autopreenchimento. Recorreram à *Autism Diagnostic Interview (ADI-R)* para adquirirem informação relativa às amizades e às relações com os pares e às características individuais (idade (adolescente ou adulto) e género; dificuldades ao nível da linguagem; dificuldades de interação). As atividades sociais e recreativas foram avaliadas através de uma lista de atividades adaptada de uma medida desenvolvida pelo *National Survey of Families And Households*. A progenitora tinha por função indicar qual a frequência com que o seu filho desenvolvia determinada atividade, numa escala de 0 (anualmente ou nunca) a 3 (pelo menos uma vez por semana) (Orsmond, Krauss & Seltzer, 2004).

Ao nível das relações interpessoais, os resultados indicam que cerca de metade da amostra não tem relação com os pares tendo em conta o critério definido pelos autores, ou seja, não tem amigos da mesma idade com quem mantenha uma relação recíproca dentro ou fora de ambientes previamente combinados. No que respeita à frequência de atividades sociais e recreativas, os resultados demonstram que a atividade mais comum é a prática de exercício físico ou andar a pé. Menos de metade da amostra reporta a participação num passatempo com carácter semanal. É necessário ter em conta que as atividades que mais se destacam apresentam um carácter isolado, podendo ser desenvolvidas de forma independente, sem amigos. Com incidência semanal, cerca de um terço da amostra participa em algum tipo de atividades em grupo ou de carácter religioso, tendo estas atividades um agendamento prévio. Os resultados evidenciam ainda que as atividades de socialização com familiares, vizinhos ou amigos, e com amigos da escola ou do trabalho são menos referenciadas pelos sujeitos (Orsmond, Krauss & Seltzer, 2004).

Como referido por Verdonschot et al. (2009a), os sujeitos que vivem em meios comunitários podem ter mais oportunidades de participar em atividades comunitárias do que aqueles que vivem em meios segregados. Assim, com o objetivo de verificar quais os níveis de integração social alcançados pelos sujeitos com DI quando transferidos de instituições para residências inseridas na comunidade, Ager, Myers e Kerr (2001) recorreram a uma amostra de 76 sujeitos com DI, distribuídos por 18 residências. Para alcançar o objetivo foram utilizadas 3 instrumentos: (1) *Life Experience Checklist (LEC)*, que permitiu a recolha de informação acerca da atividade doméstica, atividades de lazer, relações sociais, liberdade e oportunidades; (2) *Index of Community Involvement (ICI)*, que permite verificar quais as atividades realizadas na comunidade; e um (3) diário de atividades realizadas ao longo dos 7 dias da semana e preenchido pelos técnicos, para verificar qual o tipo de atividades desenvolvidas com maior frequência. Os resultados obtidos indicaram as atividades de manutenção (ir ao centro comercial, ir ao

cabeleireiro, por exemplo) como as mais praticadas pelos sujeitos com DI. Revelaram ainda que apenas dois-terços da amostra apresentava envolvimento em atividades sociais (sair para jantar fora ou ir a um bar, por exemplo) e cerca de 60% da amostra estava envolvida em atividades relacionadas com a educação, treino de competências ou emprego durante o período semanal. Destacam-se também as atividades de cariz mais casual (passear de carro, por exemplo) referidas com alguma frequência. Os resultados obtidos apontam ainda uma dificuldade acrescida nas atividades que exigem um nível de autonomia pessoal mais elevado, como por exemplo passar a noite em casa de alguém ou ter alguém na residência a dormir, sendo por isso atividades menos referidas como práticas habituais. Os autores verificaram ainda que cerca de 34% da amostra não participava em nenhum tipo de atividades sociais e que cerca de 63% não participava em nenhum tipo de atividade organizada (ir ao cinema, por exemplo) durante a semana. Além disso indicam que as oportunidades de participação social são ainda escassas, já que cerca de metade da amostra não tem qualquer contacto com as pessoas da comunidade, tais como vizinhos ou assistentes de loja. Cerca de 80% dos sujeitos tiveram acesso a pelo menos uma atividade pública (ir às compras ou frequentar algum centro de lazer, por exemplo) sugerindo a existência de presença física na comunidade (Ager, et al. 2001). Relativamente ao tempo despendido em outras atividades que não as ligadas à rotina da casa, no total da amostra é de 3.5 horas. Ao fim de semana o tempo despendido em outras atividades diminuiu para 2h. Através dos resultados obtidos antes e depois da transferência dos sujeitos para a comunidade, verificaram que existiu uma melhoria ao nível da presença na comunidade, contudo ao nível da integração os resultados continuam a ser baixos, sendo a maioria dos seus contactos com os técnicos e as atividades de carácter segregado (Ager, et al. 2001).

Para muitos sujeitos com DI viver na comunidade significa despende a maior parte do seu tempo em casa em atividades solitárias, na companhia dos membros das instituições ou com os seus pares com DI. Contudo, existem alguns estudos que apresentam resultados contrários aos esperados para esta população, como é o caso de Pretty, Repley e Bramston (2002) e de Abraham, Gregory, Wolf e Pemberton (2002).

Pretty, Repley e Bramston (2002) direcionaram a sua investigação para uma análise comparativa entre o conhecimento e a utilização dos serviços disponíveis na comunidade; hábitos de vida, tais como ir às compras, atividades de lazer e prática desportiva; a perceção do ambiente entre vizinhos e a qualidade de vida subjetiva em sujeitos com e sem DI. A amostra foi composta por um total de 27 adolescentes, 13 dos quais não apresentavam qualquer tipo de DI e 14 que tinham sido diagnosticados com DI de grau moderado. Os participantes tinham idades compreendidas entre os 13 e os 16 anos. Para alcançar os seus objetivos os autores recorreram a vários instrumentos, dos quais destacamos: (1) a ficha de informação demográfica; (2) a *Community Facilities Checklist*, que aborda os vários serviços disponíveis na comunidade e em que é pedido aos sujeitos, tendo em conta o local onde vivem, que identifiquem a existência ou não desses mesmos serviços; (3) e a *Lifestyles Questionnaire* que aborda as redes e as

relações sociais dos sujeitos e as atividades comunitárias.

Quanto à percepção dos vários serviços disponíveis na comunidade, os resultados não apresentaram diferenças significativas entre sujeitos com e sem DI no que diz respeito aos serviços de atividades recreativas e de restauração. No que ao envolvimento na comunidade diz respeito os resultados foram divididos em 3 categorias, designadamente, a realização de atividades recreativas, fazer compras e de usar serviços de por exemplo, restauração, as quais revelaram um padrão semelhante, entre os adolescentes com e sem DI. Ao nível das atividades recreativas (por exemplo, visitar os amigos, a piscina do bairro, os serviços de atividades desportivas e os parques de lazer), os resultados não apresentaram diferenças significativas entre sujeitos com e sem DI. Os resultados mostram-se ainda semelhantes na frequência de lojas locais, de centros comerciais, correios e transportes públicos (Pretty, Repley & Bramston, 2002). As atividades relacionadas com as compras, tais como, lojas de vídeo, farmácias, bancos, supermercados apresentam maior frequência dos sujeitos com DI. Contudo, os autores chamam a atenção para o facto de que na sua maioria existe uma maior participação dos familiares nas atividades desenvolvidas pelos sujeitos com DI do que aqueles sem DI.

Num estudo transversal, também Abraham et al. (2002) obtiveram resultados diferentes dos esperados. A investigação debruçou-se sobre a relação entre a auto-estima, o estigma, a participação na comunidade, a idade e o apoio social, recorrendo a uma amostra de 50 sujeitos com dificuldades intelectuais ligeiras e moderadas, que frequentavam centros de dia. Através de uma escala que permitiu explorar a frequência com que os sujeitos da amostra tomavam parte em atividades na comunidade, incluindo o uso de serviços disponíveis (ir ao médico ou ao dentista), o uso de transportes (autocarro ou comboio), os contactos sociais (visitar amigos ou ir a uma festa), as atividades de lazer realizadas em casa (ver um filme ou ouvir música), as atividades recreativas e desportivas (visitar uma galeria de arte/museu ou ir ao cinema) ou o uso das instalações disponíveis (igreja ou centro comercial), os autores chegaram à conclusão de que das 49 potenciais atividades abordadas no estudo, os participantes referiram estar envolvidos em cerca de 7 e 23 atividades de forma regular (pelo menos, a cada 2 ou 3 meses), e entre 3 a 23 de forma frequente (pelo menos todas as semanas). Cerca de 28% não praticava qualquer atividade com os seus pares, e 12% estava envolvida em atividades com pares, enquanto cerca de 23% refere atividades solitárias. Os resultados demonstraram ainda que a maior parte da amostra estava envolvido em atividades sem supervisão (62%) (Abraham et al., 2002).

Nos vários estudos desenvolvidos em torno das DI e as atividades sociais, torna-se visível a ênfase dada à frequência com que se realizam as atividades, descurando o grau de satisfação do indivíduo com as mesmas ou o sentido de pertença à comunidade (Clement & Bigby, 2009; Cummins & Lau, 2008).

3.3. Fatores e barreiras de acesso a atividades de participação na comunidade

A identificação e o conhecimento dos fatores e das barreiras que dificultam ou impedem o acesso dos sujeitos com DI às atividades de participação na comunidade tem sido alvo de grande interesse, tendo em conta os resultados obtidos em diversos estudos, demonstrando as dificuldades desta população em alcançar a plena participação comunitária. Torna-se assim fundamental compreender a forma como os fatores ambientais e individuais interagem, constituindo barreiras à participação em atividades de lazer (Badia, Orgaz, Verdugo, Ullán e Martínez, 2011; Verdonshot et al., 2009b).

Numa revisão da literatura, em termos individuais são destacados os fatores de ordem etária (Badia & Melo, 2009a; Badia et al., 2011; Zijlstra & Vlaskamp, 2005), de género (Badia et al., 2011; Zijlstra & Vlaskamp, 2005), de grau e tipo de incapacidade (Abells, Burbidge, & Minnes, 2008; Badia et al., 2011; Lippold & Burns, 2009; Braun, Yeargin-Allsopp & Lollar, 2006), de carácter educacional (Badia et al., 2011; Zijlstra & Vlaskamp, 2005), relacionados com a autoestima (Abraham, Gregory, Wolf & Pemberton, 2002) e com as aptidões sociais (Duvdevany, 2008). Ao nível familiar destaca-se o fator do apoio social (Abraham, Gregory, Wolf & Pemberton, 2002) e o nível socioeconómico (Badia et al., 2011). Destacam-se ainda os fatores de carácter institucional, ou seja, o tipo de instituição/meio em que os sujeitos estão inseridos, e os fatores de carácter comunitário, que dizem respeito às oportunidades que a comunidade dá ao sujeito com DI (Badia et al., 2011). Verdonshot et al. (2009b) destacam ainda os fatores de ordem ambiental designados pela CIF como tendo influência na participação na comunidade, tais como, as inovações tecnológicas e de produtos, as mudanças de ordem natural ou desenvolvidas pelo homem, o apoio e as relações sociais, as atitudes e por último os serviços, sistemas e políticas adotadas.

Tendo em conta a interação entre as características individuais de adolescentes e adultos com DI e os fatores ambientais, e a sua influência na participação em atividades de lazer, Badia et al. (2011) desenvolveram um estudo com 237 sujeitos, com idades compreendidas entre os 17 e 65 anos inseridos na comunidade. De uma forma geral, os resultados sugerem que a participação em atividades de lazer está maioritariamente relacionada com os fatores de ordem individual e com as barreiras percebidas, em detrimento dos fatores relacionadas com a incapacidade, ou seja, o tipo de dificuldade não parece impedir a participação em atividades de lazer. Resultados semelhantes foram obtidos num estudo desenvolvido por Van Naarden Braun, Yeargin-Allsopp e Lollar (2006), com jovens adultos com idades compreendidas entre os 21 e os 25 anos de idade, em que chegaram à conclusão de que o tipo de dificuldade não impede a participação em diversos tipos de atividades. Contudo, na investigação levada a cabo por Lippold e Burns (2009), os resultados indicam que os adultos com dificuldades motoras apresentam maiores dificuldades no acesso a atividades de lazer.

Em termos das características individuais Badia et al. (2011) sugerem

que a idade afeta o nível de participação nas atividades de lazer, ou seja, à medida que a idade avança as oportunidades de participação vão diminuir, sendo por isso a população mais jovem quem apresenta, tanto em variedade como em quantidade, um maior número de atividades. Abraham, Gregory, Wolf e Pemberton (2002) referem a idade como moderadora da relação entre a participação na comunidade e a autoestima, sendo que na população adulta os níveis elevados de participação estão associados à elevada autoestima, enquanto na população mais jovem estão associados à baixa autoestima. Não obstante, e dado que os resultados relativos à autoestima foram inesperados no que respeita à população mais jovem, os autores realçam a importância de os clarificar noutras investigações. Contudo, numa investigação levada a cabo por Zijlstra e Vlaskamp (2005), através de uma amostra de 160 sujeitos com dificuldades intelectuais profundas e dificuldades múltiplas, com idades compreendidas entre os 18 e os 57 anos de idade, chegaram à conclusão de que não existiam diferenças ao nível do sexo quanto ao número de atividades desenvolvidas.

Como fator individual influente surge ainda a modalidade de atendimento, em que os sujeitos com DI que apresentam um percurso escolar numa escola regular, têm níveis mais elevados de participação em atividades sociais (Badia et al., 2011; Clement e Bigby, 2008; Emerson & McVilly, 2004; Verdonschot et al., 2009a;). O género parece também ter influência no acesso a atividades, em que os sujeitos do sexo masculino apresentam uma maior participação em atividades desportivas do que os sujeitos do sexo feminino (Badia et al., 2011).

Os resultados de alguns estudos (Abraham et al., 2002; Badia et al., 2011; Badia & Melo, 2009a), indicam que quando o sujeito não depende de outra pessoa para realizar e/ou escolher as atividades que prefere os níveis de participação vão aumentar, ou seja, a falta de oportunidade de escolha é indicada como uma barreira para os sujeitos com DI. Apesar de a liberdade ser um fator fundamental em todas as definições de lazer, nos adultos com DI a maioria das atividades por eles realizadas são escolhidas pelos profissionais das instituições em que estão inseridos ou por um familiar, e assim as atividades muitas vezes não refletem os interesses pessoais dos sujeitos. Assim, a baixa autodeterminação vai contribuir para a menor participação em atividades de lazer.

O estudo levado a cabo por Abraham et al. (2002) refere também o apoio social como estando associado a uma maior participação nas atividades de lazer e conclui que a família pode fomentar essa participação, se bem que a família tende a não promover a participação de forma independente (Badia & Melo, 2009a).

Outro dos grandes obstáculos à participação reporta-se às escassas relações de amizade desenvolvidas pelos sujeitos com DI (Badia & Melo, 2009a; Emerson & McVilly, 2004), estando as redes sociais muitas vezes limitadas aos familiares, membros da instituição e aos seus pares com DI. Badia e Melo (2009a), através de um estudo realizado por Matheson, Olsen e Weisner (2007) com um grupo de adolescentes com DI, referem que a maioria da amostra demonstrou não estar satisfeita com as suas relações de amizade, e que as relações com os seus pares com DI apresentam um

carácter mais estável e positivo do que com o seus pares sem DI. Segundo Orsmond, Krauss e Seltzer, (2004), o desenvolvimento de relações com pares é influenciado pelas características individuais (ser jovem e menores dificuldades na capacidade de interação), mas não por características ambientais. Neste mesmo estudo os autores referem ainda que a elevada participação social e em atividades de lazer é influenciada pelas características do indivíduo (por exemplo, maior nível de independência, melhores aptidões sociais e maior número de comportamentos internalizantes), mas também pelas características ambientais (por exemplo, a variedade de serviços disponibilizados e inclusão escolar).

Outra das barreiras à participação em atividades de lazer diz respeito ao acesso aos recursos que prestam serviços direcionados ao lazer para sujeitos com DI. Frequentemente os serviços e centros de lazer estão situados em meios urbanos e muitos dos sujeitos que vivem em meios rurais apresentam grandes dificuldades em frequentar esses espaços (Badia & Medo, 2009a; Beart, Hawkins, Kroese, Smithson & Tolosa, 2001). Beart et al. (2001) num estudo desenvolvido com uma amostra de 29 sujeitos com dificuldade intelectuais, chegaram à conclusão de que a falta de transporte e de uma pessoa que assuma funções de suporte são vistas como barreiras no acesso às oportunidades de lazer.

De acordo com uma investigação desenvolvida por Hammal, Jarvis e Colver (2004), a menor participação em atividades de lazer por parte dos sujeitos com DI está relacionada com o contexto em que estão inseridos (zona rural/zona urbana). Numa amostra de 443 sujeitos com Paralisia Cerebral, os autores chegaram á conclusão de que os sujeitos que residiam em meios rurais apresentavam menos oportunidade de acesso a atividades de lazer. Contudo, no estudo desenvolvido por Badia et al. (2011) os resultados não indicam diferenças significativas na participação em atividades entre o meio rural e urbano.

Já Emerson e McVilly (2004) referem que o tipo de instituição em que o sujeito está inserido vai influenciar diretamente o tipo de atividades que os sujeitos com DI desenvolvem com os seus amigos. Contudo, os resultados alcançados por Badia et al. (2011) evidenciam que não existe qualquer relação entre o local de residência e a participação nas atividades, referindo que os sujeitos que vivem com as suas famílias apresentam o mesmo número de atividades do que os sujeitos que vivem em meios residenciais.

Segundo Badia et al. (2011) a baixa participação nas atividades sociais pode ainda estar relacionado com o sentimento de incapacidade para realizar atividades e com o medo daquilo que os outros poderão pensar.

II - Objetivos

De acordo com a literatura apresentada acerca desta temática, o foco dado à participação na comunidade pelos sujeitos com dificuldades tem sido crescente ao longo dos vários anos. Assim, surge a necessidade de desenvolver um estudo neste âmbito, tendo em conta que até à data não foi desenvolvido nenhum estudo nesta acerca desta temática em Portugal.

De uma forma geral este estudo visa compreender qual o nível de

participação na comunidade dos sujeitos com dificuldades intelectuais.

Tendo em conta a revisão de literatura efetuada, foram definidos os seguintes objetivos para o estudo:

- a) Como descrito no enquadramento teórico, na sua maioria, os vários estudos analisados indicam um baixo envolvimento da população com Dificuldades Intelectuais nos meios comunitários, pelo que considerámos como *primeiro* objetivo identificar e caracterizar as atividades sociais e recreativas realizadas por adultos com dificuldades intelectuais (associadas ou não a deficiências neuromusculoesqueléticas);
- b) Segundo alguns dos autores referenciados no enquadramento conceptual (Badia & Melo, 2009a; Beart et al., 2001; Emerson & McVilly, 2004; Hammal et al., 2004), a baixa participação e envolvimento na comunidade é afetado pelo local onde o sujeito vive, relatando que o facto de o sujeito viver no meio rural fará com que tenha menos oportunidades de participar em atividades sociais. Contudo, Badia et al. (2011) no estudo que desenvolveram afirmaram não existir qualquer diferença de participação social entre os sujeitos que vivem em meio rural e urbano. Assim, definiu-se como *segundo* objetivo, averiguar se a disponibilidade das atividades está relacionada com a ruralidade e urbanidade da zona de residência. Ainda em relação com a localidade de residência, delimitou-se um *terceiro* objetivo que procurou determinar em que medida esta variável influencia a frequência da realização de atividades sociais;
- c) Focando-se nas características individuais dos sujeitos alguns estudos demonstraram que estas têm influência na participação em atividades sociais. Por exemplo, Badia et al. (2011), no seu estudo destacaram a influência do género, nomeadamente que os sujeitos do sexo masculino apresentam uma maior participação em atividades sociais. Destacaram ainda o facto da participação em atividades de lazer estar na sua maioria relacionada com fatores de ordem individual em detrimento dos fatores relacionadas com a incapacidade, ou seja, o tipo de dificuldade não parece impedir a participação em atividades de lazer. Assim, definiu-se como *quarto* objetivo analisar a influência das variáveis individuais (género, grau de DI e idade) ao nível da frequência de realização de atividades sociais;
- d) Os estudos alertam para a avaliação da integração social pela presença na comunidade, ou seja, pelo número de atividades realizadas pelos sujeitos (Cummins & Lau, 2003). Contudo, Cummins e Lau (2003) destacam o bem-estar subjetivo dos sujeitos como o principal meio para verificar o sucesso ou não da vida em comunidade. Assim, é fundamental entender que a participação na comunidade não é valorizada por todos

os sujeitos da mesma forma, ou seja, nem todas as pessoas desejam realizar um número elevado de atividades, e este último pode não afetar a sua satisfação pessoal ou o sentimento de pertença à comunidade. Deste modo, definimos para *quinto* objetivo verificar se o sentimento de pertença à comunidade e o grau de satisfação com a vida estão relacionados com o número atividades sociais realizadas na comunidade.

- e) Tendo em conta o baixo envolvimento na comunidade referido no enquadramento concetual, torna-se assim fundamental compreender a forma como os fatores ambientais e individuais interagem, constituindo barreiras à participação em atividades de lazer (Badia, et al., 2011; Verdonschot et al., 2009b). Os vários estudos destacam como principais barreiras a falta de oportunidade de escolha (Abraham et al., 2002; Badia et al., 2011; Badia & Melo, 2009a), as escassas relações de amizade desenvolvidas (Badia & Melo, 2009a; Emerson & McVilly, 2004), a dificuldade de acesso aos recursos que prestam serviços direcionados ao lazer para sujeitos com DI (Badia & Melo, 2009a; Beart, Hawkins, Kroese, Smithson & Tolosa, 2001), o tipo de instituição em que o sujeito está inserido (Emerson e McVilly, 2004), o sentimento de incapacidade para realizar atividades e o medo daquilo que os outros poderão pensar (Badia et al., 2011). Desconhece-se, no entanto, em que medida estas barreiras são extensíveis ao nosso país. Assim, definiu-se como *último* objetivo identificar as barreiras ao desempenho das atividades que não foram realizadas no decurso do último mês.

III - Metodologia

1. Amostra

A recolha da amostra foi realizada em duas instituições de reabilitação, a Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra (APCC) e a Associação para a Recuperação de Cidadãos Inadaptados da Lousã (ARCIL). Visam a promoção da inclusão social de pessoas em situação de desvantagem, especialmente dos que têm deficiência e/ou incapacidade.

A escolha das instituições foi feita com base na facilidade de acesso, uma vez que estas situam-se nas proximidades da cidade de Coimbra, e também pelo facto de integrarem um grande número de sujeitos com as características da amostra definidas para a investigação.

Numa primeira fase foram enviados pedidos de colaboração (Anexo 1) para as instituições, e de seguida, foi marcada uma reunião no local para apresentar o projeto de investigação, nomeadamente, os objetivos e as características da amostra.

Foi pedido a cada instituição uma seleção prévia dos sujeitos tendo em conta dois fatores: idade igual ou superior a 18 anos; e a presença de

dificuldades intelectuais de grau ligeiro ou moderado com ou sem deficiência neuromusculoesquelética.

Após a seleção dos sujeitos foram elaborados 2 tipos de consentimento informado (Anexo 2), sendo um direcionado para os pais que foi aplicado apenas na APCC, e outro para os clientes aplicado em ambas as instituições. No consentimento informado dirigido aos pais foram explicados de forma sucinta os objetivos da investigação, o método da recolha de dados e garantido o anonimato na participação. Quanto ao consentimento dirigido aos clientes, foi utilizada uma linguagem simples e direta, onde foi especificado o que era pretendido na investigação e assegurado o anonimato na participação. Na ARCIL o consentimento informado foi obtido no momento do preenchimento do questionário, em que os objetivos da investigação foram apresentados oralmente pela investigadora. Na APCC, o consentimento foi apresentado por escrito pelos terapeutas responsáveis pelos sujeitos selecionados.

O total da amostra é constituído por 89 sujeitos, dos quais 53 foram recolhidos na APCC e 46 na ARCIL, com idades compreendidas entre os 18 e os 53 anos de idade ($M= 32,96$; $DP= 9,048$). Contudo, para a análise estatística do estudo optamos por dividir os sujeitos por faixas etárias, dos 18 aos 20 anos ($n= 12$), dos 21 aos 30 anos ($n= 22$), dos 31 aos 40 anos ($n= 36$), e por último dos 41 aos 53 ($n= 19$) (cf. Tabela 1).

Tabela 1. Sujeitos por idade

	<i>N</i>	%
18-20	12	13.5
21-30	22	24.7
31-40	38	40.4
41-53	19	21.3
Total	89	100,0

Quanto ao género verificou-se uma distribuição similar entre a prevalência de sujeitos do sexo masculino e do sexo feminino (cf. Tabela 2).

Tabela 2. Sujeitos por sexo

	<i>N</i>	%
Masculino	43	48,3
Feminino	46	51,7
Total	89	100,0

No que concerne ao nível de escolaridade dos sujeitos inquiridos, a amostra é composta por: 6 sujeitos sem qualquer nível de escolaridade, 7 completaram o 1º ano de escolaridade (6.7%), 3 sujeitos com o 2º ano de escolaridade (7.9%), 24 sujeitos com o 4º ano de escolaridade (27%), 3 sujeitos completaram o 5º ano de escolaridade (3.4%), 13 sujeitos com o 6º ano de escolaridade (14.6%), 6 sujeitos com 7º ano de escolaridade (6.7%), 4 sujeitos com o 8º ano de escolaridade (4.5%), 21 completaram o 9º ano de escolaridade (23,6%), 1 sujeito completou o 11º ano de escolaridade (1.1%)

e por último apenas 1 sujeito terminou o 12º ano de escolaridade (1.1%).

Quanto à atividade atual que desempenham na instituição que frequentam, são apenas referidos o Centro de Atividades Ocupacionais (CAO) (n= 28), a Formação Profissional (n= 30) e o Emprego Protegido (n= 31).

Relativamente à zona de residência dos sujeitos, tendo em conta as unidades territoriais definidas para fins estatísticos no ano de 2011 pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), a amostra reside na sua maioria em áreas predominantemente urbanas (APU) (n= 56) com uma população residente superior ou igual a 5.000 habitantes (INE, 2011), seguindo-se as áreas mediantemente urbanas (AMU) (n= 12) com uma população residente superior ou igual a 2.000 habitantes e inferior a 5.000, e por último, em áreas predominantemente rurais (APR) (n= 21) com uma população residente inferior a 2.000 habitantes (INE, 2011) (cf. Tabela 3).

Tabela 3. Área de Residência

	N	%
Área predominantemente urbana (APU)	56	62,9
Área mediantemente urbana (AMU)	12	13,5
Área predominantemente rural (APR)	21	23,6
Total	89	100,0

No que ao tipo de dificuldade diz respeito, a amostra constituiu-se por 83 sujeitos (93,3%) com dificuldade intelectual e apenas 6 sujeitos com dificuldade intelectual e deficiência neuromusculoesquelética (cf. Tabela 4). Quanto ao grau de dificuldade intelectual, 58 sujeitos (65,2%) apresentam um grau de dificuldade ligeiro e cerca de 31 sujeitos (34,8%) apresenta um grau de dificuldade moderado.

Tabela 4. Tipologia e grau da dificuldade intelectual

	N	%
Dificuldade intelectual (DI)	83	93,3
DI + Deficiência neuromusculoesquelética (DM)	6	6,7
Ligeiro	58	65,2
Moderado	31	34,8
Total	89	100,0

Quanto ao nível de escolaridade e profissão dos pais, optámos pela categorização em termos de níveis socioeconómicos (Simões, 1994). Assim, e segundo Simões (1994) identificámos três níveis, nomeadamente, o nível socioeconómico baixo (trabalhadores assalariados por contra de outrem; trabalhadores não especializados da indústria e da construção civil; empregados de balcão no pequeno comércio; contínuos; cozinheiros; empregados de mesa; empregadas de limpeza; pescadores; rendeiros; trabalhadores agrícolas; vendedores ambulantes; trabalhadores especializados na indústria; até ao 8ºano de escolaridade obrigatória), o nível socioeconómico médio (profissionais técnicos intermédios independentes;

pescadores proprietários de embarcações; empregados de escritório, de seguros e bancários; agentes de segurança; contabilista; enfermeiros; assistentes sociais; professores do ensino primário e secundário; comerciantes e industriais; do 9º ao 12º ano de escolaridade; cursos médios e superiores), e por último o nível socioeconómico elevado (grandes proprietários ou empresários agrícolas, do comércio e da indústria; quadros superiores de administração pública, do comércio, da indústria e de serviços; profissões liberais; artistas; oficiais superiores das forças militares e militarizadas; pilotos de aviação; do 4º ano de escolaridade à licenciatura (mestrado ou doutoramento)).

Para além dos três níveis acima apresentados, introduzimos duas categorias, os desempregados e reformados, uma vez que foram mencionados com alguma frequência no preenchimento dos questionários.

Na análise dos questionários foi possível verificar a existência de *missings*, representando um total da amostra de 49 sujeitos (Pai= 33; Mãe= 16). Estes valores ausentes são na sua maioria devido ao desconhecimento da profissão dos pais e/ou nível de escolaridade, como também por motivos de falecimento de um dos progenitores ou de ambos.

Tendo em conta as categorias definidas, os resultados indicaram que as profissões e nível de escolaridade dos progenitores integram, na sua maioria, um nível socioeconómico baixo (n= 46; 51.7%), seguido de 18 casos em que ambos os progenitores se encontram em situação de desemprego (20.2%), 4 famílias apresentam um nível socioeconómico médio (4.5%), 4 casos em que ambos os progenitores se encontram reformados (4.5%), apenas 3 famílias apresentam um nível socioeconómico elevado (3.4%), e por último 2 casos em que um dos progenitores está desempregado e outro encontra-se reformado (2.2%).

2. Instrumento

Numa pesquisa breve acerca das atividades sociais em sujeitos com DI, é possível verificar que não existe nenhum instrumento a nível nacional que nos permita avaliar a participação dos sujeitos com DI na comunidade. Por conseguinte, como instrumento de investigação utilizámos um questionário elaborado pela orientadora desta tese.

Tecnicamente, um questionário é uma técnica de investigação composta por um número grande ou pequeno de questões apresentadas por escrito e que têm por objetivo responder a questões determinadas pelo investigador. É um processo rigoroso e dele vai depender a medição das variáveis da investigação. Podem cobrir diversas áreas ou focar-se num determinado tema (Moreira, 2009). Deste modo, o presente questionário é multidimensional (Moreira, 2009) uma vez que, apesar de estar direcionado para as atividades sociais, aborda também o sentimento de pertença à comunidade e o grau de satisfação pessoal com as atividades realizadas.

Na construção do questionário foi tida em conta a linguagem utilizada, isto é, sendo a amostra caracterizada por dificuldades intelectuais optou-se por uma linguagem simples e direta para um melhor entendimento por parte dos sujeitos. Para salvaguardar o correto preenchimento do questionário, este

foi aplicado em formato de entrevista pela investigadora.

Quanto à caracterização detalhada do questionário, este inicia-se com um pequeno texto com informações relativas ao estudo em causa, às instruções para o preenchimento e ao anonimato do mesmo. De seguida encontram-se as questões de identificação que inquiram acerca do género, estado civil, nível de escolaridade, atividade atual que desempenham na instituição, o local de residência, com quem vivem, o nível de escolaridade e profissão dos progenitores.

Na primeira parte propriamente dita (página 2 do questionário), pretende-se avaliar a disponibilidade de atividades sociais dos sujeitos. Assim, num primeiro momento é avaliada a disponibilidade, sendo pedido ao sujeito que perante um conjunto de atividades assinale aquelas que pode ou não desenvolver no seu local de residência. É constituída por 11 atividades sociais cuja disponibilidade pode ser influenciada pela área de residência (APU, AMU e APR) (Pretty, Rapley & Bramston, 2002): , por exemplo, o item 1 (“*Passear num centro comercial*”) e o item 6 (“*Visitar museu*”) em termos de disponibilidade são associados aos meios urbanos ou moderadamente urbanos, enquanto o item 2 (“*Ir a uma feira*”) e o item 8 (“*Realizar uma atividade agrícola ou de jardinagem (...)*”) apresentam uma maior disponibilidade em meios rurais. Assim, optou-se por itens de resposta dicotómicos (Moreira, 2009), formulados em termos de “sim” e “não”.

A segunda parte do questionário (páginas 3 e 5 do questionário) avalia a frequência de realização de atividades. Integra uma listagem de 29 itens, dos quais 28 são atividades de participação na comunidade, que podem ou não estar disponíveis tendo em conta o local de residência, e um último item, constituído por uma pergunta aberta, ou seja, que os respondentes se exprimam nas suas próprias palavras (Moreira, 2009), de modo a conhecer que outras atividades os sujeitos praticam para além das 28 abordadas pelo questionário. Nestes 29 itens encontram-se incluídos os 11 itens da primeira parte, cuja disponibilidade foi avaliada anteriormente.

Os 29 itens incluem atividades recreativas, de lazer, socialização e relacionadas com a vida doméstica (Verdonschot et al., 2008). Assim, podem ser destacadas 4 grandes categorias, as Atividades Sociais, as atividades de Ocupação de Tempos Livres (OTL), as Atividades Desportivas, e por último as Atividades de Vida Diária (AVD).

Na categoria das atividades sociais, estão incluídos 16 itens, fazendo parte, o item 3 (“*Assistir a um espetáculo ao vivo (...)*”), o item 7 (“*Frequentar uma associação (...)*”), o item 8 (“*Realizar uma atividade agrícola ou de jardinagem (sem ser com familiares)*”), o item 11 (“*Ir à discoteca*”), o item 12 (“*Visitar familiares*”), o item 13 (“*Conversas com amigos ao telemóvel*”), o item 14 (“*Ir a uma festa (...)*”), o item 15 (“*Conversar com os vizinhos*”), o item 16 (“*Passear de carro (...)*”), o item 17 (“*Atuar num espetáculo (...)*”), o item 18 (“*Conversar nas redes sociais (...)*”), o item 19 (“*Visitar amigos*”), o item 20 (“*Passear a pé com outras pessoas*”), o item 22 (“*Jogar com amigos ou conhecidos (...)*”), o item 25 - “*Reunir-se com os amigos (...)*”), e por último, o item 26 (“*Ver (...), um jogo de futebol na TV*”).

Quanto às OTL englobam 6 itens, nomeadamente, o item 1 (“*Passear*”) e o item 2 (“*Ir a uma feira*”).

no centro comercial”), o item 2 (“Ir a uma feira”), o item 6 (“Visitar um museu”), o item 10 (“Ir ao cinema”), o item 23 (“Ir ao café”), e por último, o item 24 (“Ir à missa”).

A categoria das atividades desportivas diz respeito a 3 itens, dos quais o item 9 (“Assistir ao vivo a um acontecimento desportivo (...)”) e o item 27 (“Praticar desporto (...)”) e o item 28 (“Andar de bicicleta”).

Por último, no que toca às AVD são incluídos 3 itens, nomeadamente, o item 4 (“Fazer compras pessoais (...)”), o item 5 (“Fazer uma refeição fora de casa”) e o item 21 (“Fazer compras para a casa (...)”).

Ao longo dos 28 itens referentes às atividades de participação na comunidade é pedido ao sujeito que assinale quantas vezes praticou essa atividade tendo em conta o último mês. A delimitação temporal (último mês) foi aplicada devido às características da população alvo, uma vez que os sujeitos com dificuldades intelectuais podem apresentar uma maior dificuldade em recordar determinados acontecimentos a longo prazo.

Para esta secção foram utilizados itens com escala referenciada (Moreira, 2009), formulados em termos de “Nunca”, “Algumas vezes” (1 a 3 vezes no mês) e “Muitas vezes” (1 vez por semana). Tendo em conta a população alvo do estudo, e segundo Moreira (2009), este tipo de escala fornece aos sujeitos um quadro de referência mais concreto para as suas respostas, reduzindo assim a variabilidade de interpretação dos diferentes níveis de resposta.

Na página 6 do questionário, relativa à terceira parte, compõe-se por 7 itens e reporta à satisfação com a vida. Os itens desta secção fazem parte da Escala de Satisfação que compõe a Comprehensive Quality of Life Scale (ComQOL-15) de Cummins (1997) para adultos com dificuldades intelectuais. Esta escala define a qualidade de vida em função de 7 domínios, o bem-estar material, a saúde, o desenvolvimento pessoal, as relações interpessoais, a segurança, a inclusão social e o bem-estar emocional (Cummins, 1997). Assim, foram extraídos sete itens, onde é pedido ao sujeito que indique o nível de satisfação, através de itens com escala referenciada: “Nada Satisfeito”, “Um Pouco Satisfeito” e “Muito Satisfeito”. Os itens reportam-se à satisfação com “Aquilo que tens (...)?” - item 1, “A tua saúde?” - item 2, “O teu trabalho ou ocupação?” - item 3, “Os teus amigos?” - item 4, “A tua família?” - item 5, “As coisa que fazes (...) no sítio onde vives?” - item 6, e por último, “A tua vida?” - item 7.

A quarta parte do questionário (página 6) diz respeito ao sentimento de pertença à comunidade, avaliado através de itens com escala referenciada (“Muito poucas vezes ou nunca”, “Algumas vezes” e “Muitas vezes ou sempre”), onde é pedido ao sujeito que indique se “Costumas sentir-te a mais na terra onde vives?”. Este item foi elaborado a partir do item 8 do Quality of Life Questionnaire, estando incluído na subescala que avalia a satisfação com a vida. A escala na sua versão original inclui 40 itens, distribuídos por 4 fatores ou subescalas que avaliam a dimensão da satisfação, competência/produktividade, empoderamento/independência e o sentimento de pertença (Albuquerque, 2012).

A quinta e última parte do questionário (páginas 7 a 10 do questionário) pretende avaliar as barreiras que os sujeitos com DI

apresentam perante o desempenho das atividades sociais. Tendo em conta a baixa participação na comunidade que esta população enfrenta, torna-se assim fundamental compreender a forma como os fatores ambientais e individuais interagem, constituindo barreiras à participação em atividades de lazer (Badia, Orgaz, Verdugo, Ullán e Martínez, 2011; Verdonshot et al., 2009b).

Esta parte é constituída pelos 28 itens relativos a atividades de carácter desportivo, social, ocupação de tempos livres e atividades de vida diária, anteriormente avaliadas em termos da frequência, em que é pedido ao sujeito que, tendo em conta as atividades que referiu não ter praticado no último mês, indique o(s) motivo(s) pelo qual não realizou a atividade. Como opção de resposta são apresentados 11 motivos/razões pelos quais o sujeito não desenvolveu determinada atividade. Assim, segundo Moreira (2009) os 28 itens são itens constituídos apenas pelas alternativas.

Os 11 motivos/razões definidos encontram-se relacionados com os seguintes aspetos: o apoio social (Badia & Melo, 2009a; Emerson & McVilly, 2004) avaliado através do motivo/razão 1 (“*Não me dou com eles*”), do motivo/razão 3 (“*Não tenho amigos/vizinhos/familiares próximos*”) e do motivo/razão 7 (“*Não tenho com quem ir*”); com a autodeterminação (Abraham et al., 2002; Badia et al., 2011; Badia & Melo, 2009a), avaliada através do motivo/razão 2 (“*Os outros é que decidem o que eu faço*”); com o baixo autoconceito (Abraham et al., 2002; Badia et al., 2011), avaliado através do motivo/razão 8 (“*Tenho receio do que as outras pessoas vão dizer*”) e do motivo/razão 9 (“*Não sou capaz*”); com a indisponibilidade ou dificuldade de acesso (Badia & Melo, 2009a; Beart, Hawkins, Kroese, Smithson & Tolosa, 2001), avaliada através do motivo/razão 6 (“*Não tenho transporte*”) e do motivo/razão 10 (“*Não houve festa/actuação ao vivo*”); e nível socioeconómico (Badia et al., 2011), avaliado através do motivo/razão 4 (“*Não tenho computador/acesso à Internet*”) e do motivo/razão 5 (“*Custa muito dinheiro*”). Por último, o motivo/razão 11 (“*Outras razões (especificar quais)*”), permite ao sujeito indicar outras barreiras, que não as referenciadas, à realização.

3. Procedimentos

O questionário foi aplicado de forma individual, em formato de entrevista devido às dificuldades intelectuais apresentadas pela população alvo. Sempre que possível aplicação do questionário foi feita num ambiente tranquilo e sem distrações.

Como auxílio ao preenchimento das várias secções do questionário, foram elaborados cartões individuais com as várias escalas de resposta utilizadas nas três secções do questionário. O sujeito poderia assim apontar a resposta escolhida, enquanto que o investigador procedia ao seu registo.

IV - Resultados

1. Consistência Interna

Para atestar a fidedignidade do Questionário de Atividades Sociais

procedemos ao cálculo da consistência interna, mais concretamente do coeficiente *alpha de Cronbach*, avaliando a homogeneidade de conteúdo.

Na presente amostra, o *alpha de Cronbach*, do total dos 11 itens que compõe a primeira parte do questionário (página 2 do questionário) relativo à disponibilidade das atividades, é .87⁽¹⁾, apresentando uma boa consistência interna. Quanto à segunda parte do questionário (página 3 do questionário) relativo à frequência das atividades, o *alpha de Cronbach* para o resultado total dos 28 itens (não foi considerado o item 18 da página 5 do questionário) é de .83, indicando uma boa consistência interna. De uma forma geral, os itens apresentam-se fidedignos, ou seja, a variabilidade dos resultados em cada item depende das diferentes respostas dos sujeitos e não de interpretações erróneas que os sujeitos possam fazer do item.

Por último o *alpha de Cronbach* para o resultado total dos 7 itens relativos à satisfação com a vida, apresenta um valor de .69, indicando uma fraca consistência interna. Contudo, a fraca consistência interna obtida pode estar influenciada pelo baixo número de itens (DeVellis, 2003).

2. Análise da frequência das atividades de participação na comunidade

Tendo por base o primeiro objetivo do estudo, que pretende identificar e caracterizar as atividades de participação na comunidade dos adultos com DI, procedemos à apresentação dos resultados das 28 questões respondidas na segunda secção do questionário, tendo sido excluído o item 18 (questão aberta) uma vez que não se obteve qualquer resposta. Para cada item foi utilizada uma escala de cotação, correspondendo 0 (zero) à resposta “nunca”, 1 à resposta “às vezes” e 2 a “muitas vezes”. Apresentam-se as médias e os correspondentes desvios-padrões para verificar quais as atividades que apresentam uma maior ou menor concentração de respostas.

Analisando a frequência dos 28 itens que constituem a segunda parte do questionário, os resultados apresentam uma ampla dispersão, que é possível de comprovar através do alto valor do desvio-padrão (DP) que na maioria dos casos se apresenta superior à média (cf. tabela 5).

¹ Para interpretar os valores de consistência interna obtidos foi considerada a classificação de Pestana e Gageiro (2008), com valor de α igual ou superior a 0.9 a sugerir uma consistência interna muito boa; com valores de α entre 0.8 e 0.9 a indicar boa consistência interna; com valores de α entre 0.7 e 0.8 a indicar razoável consistência interna; com valores de α entre 0.6 e 0.7 a indicar fraca consistência interna e, por último, valores de α inferiores a 0.6 não são admissíveis.

Tabela 5. Frequência média das atividades de participação na comunidade (N=89)

Itens	Atividades	M	DP
1	Passear num centro comercial	.70	.629
2	Ir a uma feira	.47	.605
3	Assistir a um espetáculo ao vivo (...)	.35	.524
4	Fazer compras pessoais	.67	.617
5	Fazer uma refeição fora de casa	.49	.546
6	Visitar um museu	.20	.404
7	Frequenter uma associação (...)	.31	.576
8	Realizar uma atividade agrícola ou de jardinagem (...)	.44	.543
9	Assistir a um acontecimento desportivo (...)	.36	.549
10	Ir ao cinema	.25	.459
11	Ir à discoteca	.29	.548
12	Visitar familiares	.87	.694
13	Conversar com amigos ao telemóvel	1.11	.682
14	Ir a uma festa (...)	.52	.605
15	Conversar com os vizinhos	1.02	.639
16	Passear de carro (...)	.88	.618
17	Atuar num espetáculo	.19	.395
18	Conversar nas redes sociais (...)	.44	.706
19	Visitar amigos	.81	.601
20	Passear a pé com outras pessoas	1.00	.544
21	Fazer compras para a casa (...)	1.02	.621
22	Jogar com amigos ou conhecidos (...)	.63	.629
23	Ir ao café	1.17	.569
24	Ir à missa	.40	.598
25	Reunir-se com os amigos (...)	.89	.630
26	Ver, com outras pessoas (...) um jogo de futebol na TV	.89	.573
27	Praticar desporto com os amigos ou conhecidos (...)	.51	.624
28	Andar de bicicleta	.51	.676

Fazendo uma primeira análise das frequências das atividades de participação na comunidade (cf. Tabela 5), foi-nos possível observar que, entre os sujeitos da amostra, as atividades praticadas com maior frequência reportam-se ao item 23 ($M= 1.17$; $DP= .569$) relativo à frequência com que vão ao café, ao item 13 ($M= 1.11$; $DP= .682$) relativo ao uso do telemóvel para conversar com os amigos, ao item 15 ($M= 1.02$; $DP= .639$) que refere o contacto com os vizinhos, ao item 21 ($M= 1.02$; $DP= .621$) referente à ida às compras para a casa e, por último, ao item 20 ($M= 1.00$; $DP= .544$) alusivo aos passeios a pé com amigos ou conhecidos,

Quanto às atividades praticadas com menor frequência, no total dos sujeitos, destacaram-se o item 17 ($M= .19$; $DP= .395$) que aborda as atuações em espetáculos, o item 6 ($M= .20$; $DP= .404$) respeitante às visitas a museus, o item 10 ($M= .25$; $DP= .459$) referente às idas ao cinema, o item 11 ($M= .29$; $DP= .548$) que diz respeito às saídas para a discoteca e, por último, o item 7 ($M= .31$; $DP= .576$) relativo à frequência de associações

recreativas.

Por observação da Tabela 5 pode verificar-se que as médias obtidas, ao longo dos 28 itens, são bastante baixas, indicando uma participação reduzida. Com efeito os valores médios alcançados encontram-se próximos do valor zero, tendo como referência a escala de cotação utilizada (“nunca”=0; “às vezes”=1; “muitas vezes”=2).

Tabela 6. Frequência média das atividades por 4 categorias (N= 89)

	Min.	Max. – Max. Pos	M	DP
Atividades Sociais (16 itens)	3	26 - 32	10.63	4.24
Ocupação de Tempos Livres (6 itens)	0	9 - 12	3.19	1.82
Atividades de Vida Diária (3 itens)	0	6 - 6	2.19	1.24
Atividades Desportivas (3 itens)	0	5 - 6	1.37	1.28

Observando a Tabela 6, relativa à frequência das 4 categorias de atividades de participação na comunidade, os resultados demonstram que atividades sociais apresentam níveis mais elevados de participação, em detrimento das restantes categorias. Seguem-se as atividades OTL, as AVD e, por último, as atividades desportivas com menor frequência. Contudo, verifica-se que as 4 categorias de atividades não apresentam o mesmo número de itens entre si (AVD= 3 itens; Atividades Sociais= 16 itens; OTL=6 itens; Atividades Desportivas= 3), o que dificulta o estabelecimento de comparações entre si. Assim, procedemos ao cálculo dos resultados médios por categorias de atividades (cf. Tabela 7), isto é, dividiu-se a pontuação total obtida por cada sujeito em cada uma das categorias pelo respetivo número de itens.

Tabela 7. Frequência média por 4 categorias

	Min.	Max.	M	DP
Média _ AVD (3 itens)	.00	2.00	.73	.41
Média _ Atividades Sociais (16 itens)	.19	1.63	.66	.65
Média _ OTL (6 itens)	.00	1.50	.53	.30
Média _Atividades Desportivas (3 itens)	.00	1.67	.46	.43

Atentando à tabela 7, em termos comparativos é-nos possível verificar que os sujeitos desenvolvem com maior frequência AVD, seguindo-se as atividades sociais e as atividades de OTL. Já com menor frequência destacam-se as atividades desportivas. Através desta tabela podemos também verificar a baixa participação em atividades na comunidade, uma vez que os resultados observados para a média encontram-se mais próximos do valor zero, tendo por base a escala de cotação utilizada.

3. Análise da disponibilidade e frequência das atividades de participação na comunidade em função da zona de residência

3.1. Análise da disponibilidade em função da zona de residência

Tendo em conta o segundo objetivo deste projeto de investigação, que pretende averiguar se a disponibilidade das atividades está relacionada com a ruralidade e urbanidade da zona de residência, começou-se por analisar os resultados relativos aos primeiros 11 itens referentes à primeira parte do questionário (página 2 do questionário). Para o tratamento de dados foram utilizadas as 4 categorias das atividades de participação na comunidade, a que os 11 itens se reportam. Assim, referem-se como atividades de OTL o item 1 (“Passear no centro comercial”), o item 2 (“Ir a uma feira”), o item 6 (“Visitar um museu”) e o item 10 (“Ir ao cinema”). Quanto às AVD, estas contemplam o item 4 (“Fazer compras pessoais (...)”) e o item 5 (“Fazer uma refeição fora de casa”). Às atividades sociais dizem respeito o item 3 (“Assistir a um espetáculo ao vivo (...)”), o item 7 (“Frequentar uma associação (...)”), o item 8 (“Realizar uma atividade agrícola ou de jardinagem (...)”) e o item 11 (“Ir à discoteca”). Ainda incluído nos 11 itens encontra-se um relativo a atividades desportivas, o item 9 (“Assistir ao vivo a um acontecimento desportivo (...)”).

Uma vez que apenas se encontra um item relativo às atividades desportivas, o item 9 foi excluído da análise por categoria, constando apenas no cálculo do total.

Tabela 8. Disponibilidade das 11 atividades de participação na comunidade em função da zona de residência (N= 89)

	APR (n=21)	AMU (n=12)	APU (n=56)	F	p
	M (DP)	M (DP)	M (DP)		
OTL	1.38 (1.47)	2.50 (1.24)	3.50 (.87)	29.71	.000**
AS	2.48 (1.21)	3.33 (.99)	3.27 (.98)	4.81	.010*
AVD	1.14 (.79)	1.92 (.29)	1.88 (.47)	14.76	.000**
Total	5.67 (3.41)	8.50 (2.47)	9.59 (2.09)	18.74	.000**

Nota: OTL= Ocupação de Tempos Livres; AS= Atividades Sociais; AVD= Atividades de Vida Diária

*p<0.05; **p<0.01.

Por análise da Tabela 8, podemos concluir pela menor disponibilidade de atividades no meio rural em relação ao meio urbano, e ao meio moderadamente urbano. Verifica-se ainda que a maior diferença aparente em termos de disponibilidade de atividades em função da zona de residência, remete para as atividades OTL.

A fim de verificar a significância estatística os resultados obtidos, pela ANOVA verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas nas OTL ($F(2,86) = 29.705$; $p = .000$), nas atividades sociais ($F(2,86) = 4.812$; $p = .010$) e nas AVD ($F(2,86) = 14.759$; $p = .000$). Nestes itens não foi incluído o item 9, que consta no entanto no total, para o qual também se registaram diferenças estatisticamente significativas ($F(2,86) = 18.740$; $p = .000$). De uma forma geral, a ANOVA para o total permite afirmar que os sujeitos que vivem em meio rural apresentam um menor número de

atividades disponíveis, do que os sujeitos que vivem em meios moderadamente urbanos e nos meios urbanos. A ANOVA permite ainda verificar que cerca de 30.4% da variância da disponibilidade das atividades é explicada pelo local de residência.

Realizou-se um teste de Levene para estudar a homogeneidade das variâncias entre os vários grupos de zona de residência. Concluiu-se que não existe homogeneidade das variâncias nas atividades de OTL ($p = .002$) e nas AVD ($p = .000$). Nas atividades sociais o teste de Levene ($p = .129$) sugere que existe homogeneidade das variâncias. Assim, e para além das ANOVAS já acima mencionadas, recorreu-se aos testes Post-Hoc de Games-Howell para as atividades de OTL e AVD e Tukey no caso das atividades sociais. Procedendo desta forma, verificou-se que quando comparados os sujeitos do meio rural com os sujeitos do meio urbano e moderadamente urbano, os primeiros têm um menor número de atividades de OTL disponíveis ($p = .000$). Quanto às AVD, quando comparados os sujeitos do meio rural com os sujeitos do meio urbano e moderadamente urbano, os primeiros têm um menor número de atividades disponíveis ($p = .001$). Quanto às atividades sociais verificou-se que, quando comparados os sujeitos do meio rural com os do meio urbano e moderadamente urbano, os primeiros apresentam um menor número de atividades disponíveis ($p = .010$).

3.2. Análise da frequência em função da zona de residência

Com o objetivo de verificar se a frequência da participação em atividades na comunidade é ou não afetada pela zona de residência (terceiro objetivo do estudo), foram utilizados os 11 primeiros itens, relativos à segunda parte do questionário (página 3 do questionário), sendo estes iguais em termos de conteúdo aos 11 primeiros itens relativos à primeira parte do questionário (página 2 do questionário), mas diferentes quanto ao objetivo de avaliação, ou seja, os primeiros 11 itens abordam a disponibilidade das atividades (escala de resposta: “Sim” e “Não”) e os segundos abordam a frequência das atividades (escala de resposta: “Nunca”, “Algumas vezes” e “Muitas vezes”). Uma vez que apenas se encontra um item relativo às atividades desportivas, o item 9 foi excluído da análise por categoria, constando apenas no cálculo do total.

Tabela 9. Frequência das 11 atividades em função da zona de residência

	APR (n=21)	AMU (n=12)	APU (n=56)	F	p
	M (DP)	M (DP)	M (DP)		
OTL	1.24 (1.09)	1.67 (1.61)	1.75 (1.44)	1.039	.358
AS	1.38 (1.4)	1.50 (1.00)	1.38 (1.29)	.046	.955
AVD	.90 (.944)	1.08 (.669)	1.29 (.948)	1.381	.257
Total	4.00 (2.79)	4.42 (2.76)	4.77 (3.31)	.485	.617

Nota: OTL= Ocupação de Tempos Livres; AS= Atividades Sociais; AVD= Atividades de Vida Diária

Pela análise de ANOVA, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas nas OTL ($F(2,86) = 1.039$; $p = .358$), nas

atividades sociais ($F(2,86) = .046$; $p = .955$) e nas AVD ($F(2,86) = 1.381$; $p = .257$) relativamente à frequência na participação em atividades na comunidade em função da zona de residência. Quanto ao total das 4 subcategorias de atividades de participação na comunidade, também não se registaram diferenças estatisticamente significativas ($F(2,86) = .485$; $p = .617$) em função do local de residência (cf. Tabela 9). Isto significa que a frequência com que os sujeitos desenvolvem ou não determinadas atividades (OTL, AVD, sociais e desportivas) não é afetada pela zona de residência.

Contudo, apesar de não existirem diferenças significativas, é possível denotar uma tendência para uma maior frequência das atividades no meio urbano quando comparado com o meio rural e com o meio moderadamente urbano, seguido dos meios moderadamente urbanos e dos meios rurais.

4. Frequência das atividades de participação na comunidade em função do género, grau de DI, idade e zona de residência

Para verificar qual o impacto das variáveis individuais (sexo, grau de DI e idade) e da zona de residência na frequência das atividades de participação na comunidade, foram considerados os 28 itens que integram a segunda parte do questionário (páginas 3 a 5 do questionário).

No que respeita a todas as análises diferenciais abrangidas nesta secção, verificou-se sempre inicialmente, e através do recurso ao teste de Levene, se existia ou não homogeneidade das variâncias.

4.1. Em função do sexo

Tabela 10. Frequência das 28 atividades em função do sexo

	N	M	DP	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Masculino	43	19.02	8.00			
Feminino	46	15.63	4.85	-2.438	74.884	.017*

* $p < 0.05$

De acordo com os dados apresentados na Tabela 10, relativamente às diferenças entre os sujeitos do sexo masculino e do sexo feminino, verifica-se, através do teste *t de Student* para amostras independentes, que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros ($t(74.884) = -2.438$; $p = .017$). Isto significa que as diferenças encontradas são favoráveis aos sujeitos do sexo masculino, indicando assim, uma maior participação nas atividades do que os sujeitos do sexo feminino.

Tabela 11. Frequência das 4 categorias em função do sexo

	Sexo		<i>t</i>	<i>p</i>
	Masculino M (DP)	Feminino M (DP)		
OTL	3.41 (1.96)	2.95 (1.65)	-1.193	.236
AS	11.65 (4.97)	9.53 (2.98)	-2.416	.018*
AD	1.78 (1.32)	.93 (1.10)	-3.305	.001**
AVD	2.17 (1.39)	2.21 (1.08)	.134	.894

Nota: OTL= Ocupação de Tempos Livres; AS= Atividades Sociais; AD= Atividades Desportivas; AVD= Atividades de Vida Diária

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Observando a Tabela 11, verifica-se que as diferenças significativas, entre o sexo masculino e feminino, tendo em conta as 4 categorias reportam-se às atividades sociais ($t(87) = -2.416$; $p = .018$) e às atividades desportivas ($t(87) = -3.305$; $p = .001$). Assim, os resultados indicam que, tanto para as atividades sociais como para as atividades desportivas, os sujeitos do sexo masculino apresentam níveis mais elevados de participação do que os sujeitos do sexo feminino.

4.2. Em função do grau de DI

Tabela 12. Frequência das 28 atividades em função do grau de DI (N=89)

	N	M	DP	<i>t</i>	<i>p</i>
Ligeiro	58	17.34	6.627		
Moderado	31	17.45	7.348	-0.70	.945

Para a variável grau de dificuldade, através do teste *t de Student* para amostras independentes, constatou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas na frequência das atividades ($t(87) = -.07$; $p = 0.945$). Ou seja, o grau de dificuldade do sujeito (ligeiro ou moderado) não tem influência na participação em atividades na comunidade.

4.3. Em função da idade

Tabela 13. Frequência das 28 atividades em função da idade (N=89)

	N	M	DP	<i>F</i>	<i>p</i>
18-20	12	22.00	7.37		
21-30	22	15.27	7.38		
31-40	36	15.00	4.47		
41-53	19	21.42	6.72	7.556	.000**

** $p < 0.01$

Através da ANOVA verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as várias categorias de idade em relação à frequência das 28 atividades de participação na comunidade ($F(3,85) = 7.56$; $p = .000$). Sabe-se ainda que 21.7% da variância da frequência das atividades é explicada pela idade

Na análise das médias e desvios-padrão apresentados na Tabela 13 registam-se resultados superiores para as faixas etárias 18-20 anos e 41-53 anos, o que parece refletir que os sujeitos abrangidos por estas faixas etárias desempenham um maior número de atividades de participação na comunidade quando comparados com as restantes faixas etárias (21-30 anos e 31-40 anos).

Tabela 14. Frequência das atividades por 4 categorias em função da idade

	Faixas etárias				F	p
	18-20 (n=12)	21-30 (n=22)	31-40 (n=36)	41-53 (n=19)		
	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)		
OTL	4.00 (1.91)	2.73 (1.61)	2.67 (1.51)	4.21 (2.04)	4.796	.004**
AS	13.42 (4.85)	9.45 (4.82)	9.36 (3.11)	12.63 (3.66)	5.501	.002**
AD	2.08 (1.08)	1.00 (1.27)	1.08 (1.22)	1.89 (1.24)	3.848	.012*
AVD	2.50 (1.31)	2.09 (1.10)	1.89 (1.19)	2.68 (1.34)	2.077	.109

Nota: OTL= Ocupação de Tempos Livres; AS= Atividades Sociais; AD= Atividades Desportivas; AVD= Atividades de Vida Diária
*p<0.05; **p<0.01

Para a variável faixa etária, tendo em conta as 4 subcategorias, encontram-se diferenças estatisticamente significativas nas atividades de OTL ($F(3,85) = 4.795$; $p=.004$), nas atividades sociais ($F(3,85) = 5.501$; $p=.002$) e nas atividades desportivas ($F(3,85) = 3.848$; $p=.012$).

De uma forma geral, os sujeitos da faixa etária 18-20 anos e os da 41-53 anos, apresentam uma frequência de atividades mais elevada do que as restantes faixas etárias nas 4 categorias de atividades. As diferenças mais significativas são encontradas na OTL, nas atividades sociais e nas atividades desportivas em que os sujeitos mais novos (18-20 anos) e os mais velhos (41-53 anos) apresentam uma maior frequência. Quanto às AVD as diferenças encontradas não são significativas, mas é possível denotar uma maior frequência dos sujeitos mais novos (18-20 anos) e dos sujeitos mais velhos (41-53 anos).

4.4. Em função da zona de residência

Tabela 15. Frequência das 28 atividades em função da localidade

	N	M	DP	F	p
Urbano	56	18.23	7.632		
Rural	21	16.14	5.294		
Moderadamente urbano	12	15.58	4.738	1.196	.307

Atentando na Tabela 15, quanto à frequência das atividades de participação na comunidade em função da zona de residência, através da ANOVA, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ($F(2,86) = 1.196$; $p=.307$). Contudo, pode observar-se, através das médias e desvios-padrão apresentados, que a frequência das atividades de participação na comunidade no meio urbano é maior do que a do meio rural e do meio moderadamente urbano, apesar de não existirem diferenças

significativas.

Tabela 16. Frequência das atividades por 4 subcategorias em função da zona de residência

	APR (n=21)	AMU (n=12)	APU (n=56)	F	p
	M (DP)	M (DP)	M (DP)		
OTL	2.57 (1.43)	3.42 (1.56)	3.38 (1.97)	1.616	.205
AS	10.43 (2.90)	8.92 (3.09)	11.07 (4.79)	1.314	.274
AD	1.19 (1.37)	1.33 (1.16)	1.45 (1.29)	.305	.738
AVD	1.95 (1.20)	1.92 (.99)	2.34 (1.29)	1.081	.344

Nota: OTL= Ocupação de Tempos Livres; AS= Atividades Sociais; AD= Atividades Desportivas; AVD= Atividades de Vida Diária

Observando a Tabela 16 verifica-se que também não existem diferenças estatisticamente significativas entre as categorias em função das zonas de residência (APR, AMU e APU). Contudo, nas atividades sociais, desportivas e nas AVD verifica-se uma maior frequência em meios urbanos em detrimento dos meios rurais e moderadamente urbanos. Quanto às OTL verifica-se uma maior frequência nos meios moderadamente urbanos.

5. Relações das atividades de participação na comunidade com a satisfação com a vida e com o sentimento de pertença à comunidade

O quinto objetivo deste estudo pretende verificar se o sentimento de pertença à comunidade e o grau de satisfação com a vida está ligado ao número de atividades sociais realizadas na comunidade. Quanto à satisfação com a vida, relativa à segunda parte do questionário, esta foi avaliada através de 7 itens (item 1 “*Aquilo que tens (...)?*”, item 2 “*A tua saúde?*”, item 3 “*O teu trabalho ou ocupação?*”, item 4 “*Os teus amigos?*”, item 5 “*A tua família?*”, item 6 “*As coisa que fazes (...) no sítio onde vives?*” e por último, o item 7 “*A tua vida?*”), cotados em função de escala referenciada, em que “Nada Satisfeito” corresponde a zero, “Um Pouco Satisfeito” corresponde a 1 e “Muito Satisfeito” corresponde a 2.

Relativamente ao sentimento de pertença à comunidade, que integra a quarta parte do questionário (página 6 do questionário), foi avaliado por um único item (“*Costumas sentir-te a mais na terra onde vives?*”) também de escala referenciada, em que “Muito poucas vezes ou nunca” corresponde ao valor zero, “Algumas vezes” ao valor 1 e “Muitas vezes ou sempre” ao valor 2.

Tabela 17. Correlações da satisfação com a vida com a participação na comunidade

	SV	TF28	SV1	SV2	SV3	SV4	SV5	SV6	SV7
SV	1								
TF28	.151	1							
SV1	.759**	.184	1						
SV2	.632**	-.043	.360**	1					
SV3	.554**	.058	.341**	.262*	1				
SV4	.496**	.246*	.366**	.068	.180	1			
SV5	.345**	-.112	.171	.073	.074	-.044	1		
SV6	.533**	.104	.163	.268*	.135	.104	.288**	1	
SV7	.757**	.157	.636**	.392**	.315**	.327**	.093	.285**	1

*p<0.05; **p<0.01

Nota: SV = Resultado total de Satisfação com a Vida; TF28 = Resultado total frequência 28 itens; SV1 = item 1: Aquilo que tens? (...); SV2 = item 2: A tua saúde?; SV3 = item 3: O teu trabalho ou ocupação (...)?; SV4 = item 4: Os teus amigos?; SV5 = item 5: A tua família?; SV6 = item 6: As coisas que fazes (...) no sítio onde vives?; SV7 = item 7: A tua vida?

Uma correlação de Pearson permitiu verificar que o resultado total relativo à frequência das atividades de participação na comunidade não está significativamente correlacionado com o resultado total dos sete itens referentes à satisfação com a vida ($r = .151$), ou seja, o número de atividades desenvolvidas não está associado ao grau de satisfação com a vida.

Atendendo aos itens que compõem a escala da satisfação com a vida utilizada neste questionário, é possível verificar que todos eles estão correlacionados de forma positiva com o total dos 7 itens da satisfação com a vida. As correlações apresentam-se na sua maioria moderadas a fortes², indicando que todos eles estão associados à satisfação com a vida.

Relativamente ao resultado total dos 28 itens relativos à frequência das atividades destaca-se uma correlação fraca com o item respeitante à satisfação com os amigos (item 4), sendo esta significativa ao nível de 5% ($r = .246$; $p < .05$). Tal indica que o grau de satisfação com os amigos está associado à frequência com que se realizam as atividades disponíveis na comunidade.

Quanto sentimento de pertença à comunidade (“*Costumas sentir-te a mais na terra onde vives*”), através da correlação de Spearman, verificou-se que não está significativamente correlacionada com o resultado total de frequência das atividades de participação na comunidade ($r = .03$; $p = .78$). Tal indica que o sentimento de pertença à comunidade, tal como avaliado na presente investigação, não está associado à frequência com que os sujeitos realizam atividades de participação na comunidade.

² Para interpretar os valores das correlações obtidas foi considerada a classificação de Cohen (2008), com valor de 0 a indicar correlações nulas, valores entre 0.01 e 0.09 correlações muito fracas, valores entre 0.10 e 0.29 correlações fracas, valores entre 0.30 e 0.49 correlações moderadas, valores entre 0.50 e 0.89 correlações fortes, valores entre 0.90 e 0.99 correlações muito fortes e valores iguais a 1.00 correlações perfeitas.

6. Barreiras que dificultam o acesso a atividades de participação na comunidade

Atendendo ao último objetivo deste projeto de investigação relativo às barreiras que dificultam ou impedem o acesso às atividades de participação na comunidade, optamos por referir apenas as atividades que apresentam um nível mais baixo de participação, ou seja, todas as atividades cuja frequência da resposta “*Nunca*” foi igual ou superior a 50%. Assim, destacaram-se 15 atividades das 28 possíveis.

A descrição das barreiras será elaborada em função das 4 subcategorias de atividades (atividades de OTL, AVD, Desportivas e Sociais).

Nas AVD destacou-se o item 5 (“*Fazer uma refeição fora de casa*”) com menor participação. Nas atividades desportivas registaram menor frequência o item 9 (“*Assistir ao vivo a um acontecimento desportivo (...)*”), o item 27 (“*Praticar desporto (...)*”) e o item 28 (“*Andar de bicicleta*”). Nas OTL destacam-se o item 2 (“*Ir a uma feira*”), o item 6 (“*Visitar um museu*”) o item 10 (“*Ir ao cinema*”), e por último, o item 24 (“*Ir à missa*”) com menor frequência. Por último, nas atividades sociais o item 3 (“*Assistir a um espetáculo ao vivo (...)*”), o item 7 (“*Frequentar uma associação (...)*”), o item 8 (“*Realizar uma atividade agrícola ou de jardinagem (...)*”), o item 11 (“*Ir à discoteca*”), o item 14 (“*Ir a uma festa (...)*”), o item 17 (“*Atuar num espetáculo (...)*”) e o item 18 (“*Conversar nas redes sociais (...)*”), apresentaram uma menor frequência.

Na análise das barreiras conferir-se-á destaque, porque escrito, àquelas que se apresentam uma maior frequência, contudo todas as barreiras encontradas estão descritas nas tabelas seguintes.

Tabela 18. Barreiras relativas às AVD e Atividades Desportivas

Itens	Barreiras	Contagem	
AVD - Fazer uma refeição fora de casa	Custa muito dinheiro	27	
	Outras razões (especificar quais):	11	
	Falta de iniciativa	9	
	Falta de tempo	2	
	Não tenho com quem ir	6	
	Não tenho transporte	2	
Ativ. Desportiva – Assistir a um acontecimento desportivo (...)	Outras razões (especificar quais):	32	
	Falta de interesse	20	
	Falta de iniciativa	6	
	Falta de tempo	5	
	Tenho medo	1	
	Não tenho com quem ir	15	
	Não tenho transporte	9	
	Custa muito dinheiro	4	
	Ativ. Desportiva - Praticar desporto (...)	Outras razões (especificar quais):	35
		Falta de interesse	16
		Falta de tempo	10
Falta de iniciativa		9	
Não sou capaz		6	
Não tenho amigos/ vizinhos /familiares próximos		3	
Não tenho com quem ir		5	
Não tenho transporte		1	
Ativ. Desportiva - Andar de bicicleta	Outras razões (especificar quais):	34	
	Não tenho bicicleta	18	
	Falta de interesse	8	
	Está avariada	5	
	Falta de tempo	3	
	Não sou capaz	18	
	Custa muito dinheiro	1	

Quanto às AVD, como é possível observar na Tabela 18, apenas o item 5 (“*Fazer uma refeição fora de casa*”) foi destacado como uma atividade praticada com menor frequência. Atendendo à listagem das possíveis barreiras disponíveis no questionário, a maioria dos sujeitos fez referência ao custo da atividade ($n= 27$) e a falta de companhia ($n= 6$). Relativamente à hipótese/motivo de resposta aberta, os sujeitos indicaram a falta de iniciativa (“*não me apeteceu*”; “*prefiro estar em casa*”) ($n= 9$) como uma das principais barreiras.

Nos itens relativos às atividades desportivas, para o item “*Ir ver um acontecimento desportivo (...)*” as barreiras que mais se destacam remetem para a falta de interesse pela atividade (“*não gosto*”) ($n= 20$), a falta de companhia ($n= 15$) e de transporte ($n= 9$). Quanto ao item “*Praticar*

desporto com amigos” destacou-se a falta de interesse ($n= 16$), a falta de tempo ($n= 10$), a falta de iniciativa ($n= 9$) e a falta de companhia (“*Não tenho amigos/vizinhos/familiares próximos*”; “*Não tenho com quem ir*”) ($n= 8$). Por último, no item “*Andar de bicicleta*” as barreiras que mais se destacam remetem para o facto de não ter bicicleta ($n= 18$) e para a incapacidade em realizar a atividade devido a dificuldades motoras ou por não saber andar ($n= 18$).

Tabela 19. Barreiras relativas às atividades de OTL

Itens	Barreiras	Contagem
OTL – Ir a uma feira	Outras razões (especificar quais)	26
	Falta de iniciativa	10
	Falta de tempo	9
	É muita confusão	3
	Falta de oportunidade (não houve nenhuma feira)	2
	Não foi necessário	2
	Não tenho com quem ir	10
	Custa muito dinheiro	7
	Não tenho transporte	3
	Tenho receio do que os outros vão dizer	1
	OTL – Visitar um museu	Outras razões (especificar quais)
Falta de iniciativa		16
Falta de interesse		10
Falta de tempo		9
Não conheço nenhum		2
Não tenho com quem ir		19
Não tenho transporte		8
Custa muito dinheiro		8
OTL – Ir ao cinema	Outras razões (especificar quais)	33
	Falta de interesse	13
	Falta de tempo	9
	Falta de iniciativa	8
	Falta de oportunidade (não houve filme)	2
	Só vou com a instituição	1
	Custa muito dinheiro	15
	Não tenho com quem ir	15
	Não tenho transporte	5
Não sou capaz	1	
OTL – Ir à missa	Outras razões (especificar quais)	56
	Falta de interesse	30
	Falta de iniciativa	17
	Falta de tempo	6
	Não sou católico	3

Relativamente às atividades de OTL, para o item “*Ir a uma feira*”, as

barreiras que mais foram mencionadas pelos sujeitos englobam a falta de iniciativa ($n= 10$), a falta de companhia ($n= 10$), a falta de tempo ($n= 9$), e por último a questão monetária (“*custa muito dinheiro*”) ($n= 7$). Atendendo ao item “*Visitar um museu*”, as barreiras maioritariamente mencionadas reportam à falta de companhia ($n= 19$) e de iniciativa ($n= 16$), seguindo-se a falta de tempo ($n= 9$). Para a atividade “*Ir ao cinema*”, os resultados indicam que a baixa participação remete para a falta de companhia para a realização da atividade ($n= 15$), para a questão monetária ($n= 15$), para falta de interesse ($n= 13$) e por último para a falta de tempo ($n= 9$). Por último, quanto ao item “*Ir à missa*”, as barreiras mencionadas indicam a falta de interesse pela atividade (“*não gosto da atividade*”) ($n= 30$) e a falta de iniciativa (“*não me apeteceu*”; “*prefiro ficar em casa*”) ($n= 17$).

Tabela 20. Barreiras relativas às Atividades Sociais

Itens	Barreiras	Contagem
Ativ. Sociais – Assistir a um espetáculo (...)	Não houve festa/atuação ao vivo	24
	Outras razões (especificar quais):	13
	Falta de iniciativa	7
	Falta de tempo	3
	Falta de interesse	3
	Custa muito dinheiro	11
	Não tenho com quem ir	7
	Não tenho transporte	4
	Não sou capaz	1
Ativ. Sociais – Frequentar uma associação	Outras razões (especificar quais):	47
	Falta de iniciativa	22
	Falta de interesse	12
	Falta de tempo	12
	Nunca me convidaram	1
	Não tenho transporte	5
	Não tenho com quem ir	6
	Custa muito dinheiro	3
	Os outros é que decidem o que faço	2
Ativ. Sociais – Realizar uma atividade agrícola ou de jardinagem (...)	Outras razões (especificar quais):	43
	Falta de interesse	12
	Falta de tempo	10
	Falta de oportunidade	18
	Falta de iniciativa	3
	Não tenho com quem ir	6
	Tenho receio do que os outros vão dizer	1
	Não sou capaz	3

Tabela 21. Barreiras relativas às Atividades Sociais (cont.)

Itens	Barreiras	Contagem	
Ativ. Sociais – Ir à discoteca	Outras razões (especificar quais):	35	
	Falta de interesse	29	
	Falta de iniciativa	3	
	Falta de tempo	3	
	Não tenho com quem ir	18	
	Custa muito dinheiro	9	
	Não tenho transporte	2	
	Os outros é que decidem o que faço	2	
	Não sou capaz	1	
	Ativ. Sociais – Ir a uma festa (...)	Não houve festa/atuação ao vivo	44
Não tenho transporte		2	
Outras razões (especificar quais)		1	
Falta de iniciativa		1	
Ativ. Sociais – Atuar num espetáculo ao vivo (...)	Outras razões (especificar quais)	55	
	Falta de interesse	23	
	Não pertença a nenhum grupo	13	
	Falta de tempo	10	
	Nunca me convidaram	6	
	Falta de iniciativa	2	
	Só participo na instituição	1	
	Não tenho com quem ir	6	
	Não sou capaz	4	
	Não houve festa/atuação ao vivo	1	
	Não tenho transporte	1	
	Os outros é que decidem o que faço	1	
	Ativ. Sociais – Conversar nas redes sociais	Não tenho computador/acesso à Internet	47
		Outras razões (especificar quais)	8
		Falta de interesse	6
Não tive tempo		2	
Não sou capaz		3	
Tenho receio do que os outros vão dizer		1	
Custa muito dinheiro		1	

Atendendo às atividades sociais, para o item “*Assistir a um espetáculo ao vivo (...)*” os resultados indicam como principais barreiras a questão monetária (“*custa muito dinheiro*”) ($n= 11$), a falta de iniciativa ($n= 7$) e a falta de companhia (“*Não tenho com quem ir*”) ($n= 7$). Quanto ao item “*Frequentar uma associação (...)*” destacaram-se a falta de iniciativa (“*não me apeteceu*”; *prefiro estar em casa*”) ($n= 22$), a falta de interesse ($n= 12$) e

a falta de tempo ($n=12$). Para o item “*Realizar uma atividade agrícola ou de jardinagem (...)*” os sujeitos indicaram como principal barreira a falta de oportunidade (“*o tempo não permitiu*”; “*não havia nada para plantar*”) ($n=18$), a falta de interesse (“*não gosto*”) ($n=12$) e falta de tempo ($n=10$).

Relativamente ao item “*Ir à discoteca*”, a baixa participação, segundo os resultados, é devida à falta de interesse na atividade devido ao local ser associado a uma grande confusão/barulho ($n=29$), à falta de companhia ($n=18$) e, por último à questão monetária ($n=9$). Quanto ao item “*Ir a uma festa (...)*” a barreira que mais se destaca remete-se à alternativa “*Não houve festa/atuacão ao vivo*” ($n=44$). Para a atividade “*Atuar num espetáculo (...)*” os resultados apontam para a falta de interesse ($n=23$), para o facto de não estar integrado em nenhum grupo ($n=13$) e para a falta de tempo ($n=10$). Por último, para a atividade “*Conversar nas redes sociais (...)*” a barreira que mais se destaca remete-se à alternativa “*Não tenho computador/acesso à Internet*” ($n=47$).

V - Discussão

O questionário utilizado neste projeto de investigação foi construído com o intuito de contribuir para a investigação da participação na comunidade de sujeitos com DI, e principalmente, para divulgar a realidade portuguesa em torno desta temática, uma vez que até à data não se encontram estudos realizados neste âmbito em Portugal. Assim, os resultados obtidos serão confrontados com a literatura internacional sobre esta temática.

De acordo com a revisão da literatura efetuada, apesar da importância do lazer na qualidade de vida dos sujeitos com DI, a sua participação em atividades no seio da comunidade é ainda reduzida (Abells, Burdbidge & Minnes, 2008; Ager, Myers & Kerr, 2001; Badia & Melo, 2009a; Emerson & McVilly, 2004; Orsmond, Krauss & Seltzer, 2004). De uma forma geral, verificou-se através dos resultados obtidos na presente investigação que a participação na comunidade de adultos com DI, no nosso país, é ainda reduzida, tendo em conta os baixos valores obtidos na análise das frequências das atividades.

O primeiro objetivo do estudo prendia-se com a identificação e caracterização das atividades de participação na comunidade realizadas. Assim, atendendo às 28 atividades avaliadas no questionário, os resultados indicaram que apenas 5 atividades são realizadas com maior frequência, reportando-se às atividades de ocupação de tempos livres (“*Ir ao café*”), às atividades sociais (“*Conversar com os amigos ao telemóvel*”; “*Conversar com os vizinhos*”; “*Passear a pé com outras pessoas*”) e às atividades de vida diária (“*Fazer compras para a casa*”).

Quanto às atividades realizadas com menor frequência, verificou-se através de uma primeira análise que apenas 5 atividades eram referidas como menos frequentes. Contudo, a quando da análise das barreiras à participação, atendendo ao critério utilizado (todas as atividades cuja frequência da resposta “*Nunca*” foi igual ou superior a 50%), destacaram-se 15 atividades realizadas com menor frequência. Evidenciam-se três atividades desportivas

(“Assistir a um acontecimento desportivo (...)”; “Praticar desporto”; “Andar de bicicleta”), quatro atividades relativas à ocupação de tempos livres (“Ir a uma feira”; “Visitar um museu”; “Ir ao cinema”; “Ir à missa”), sete atividades sociais (“Assistir a um espetáculo ao vivo (...)”; “Frequentar um associação”; “Realizar uma atividade agrícola ou de jardinagem (...)”; “Ir à discoteca”; “Ir a uma festa”; “Atuar num espetáculo (...)”; “Conversar nas redes sociais”;) e por último apenas uma atividade de vida diária (“Fazer uma refeição fora de casa”).

Relativamente às atividades realizadas com maior frequência nos sujeitos com DI, tal como mencionado por Pretty, Repley e Bramston (2002) e por Ager, Myers e Kerr (2001), destacam-se as atividades de vida diária, nomeadamente, as conversas com os amigos ao telemóvel, as compras para a casa (atividade de manutenção). A frequência com que os sujeitos vão ao café, tal como mencionado por Ager, Myers e Kerr (2001), é também elevada.

Contrariamente ao verificado por Ager, Myers e Kerr, (2001), os resultados indicaram uma frequência elevada em atividades que implicam o contacto com os vizinhos (“Conversar com os vizinhos”). À luz dos estudos anteriormente desenvolvidos (Cummins & Lau, 2003; Emerson & McVilly, 2004; Lippold & Burns, 2009; Orsmond, Krauss & Seltzer, 2004), sugere-se que os resultados obtidos remetem para importância dada ao desenvolvimento e à manutenção de relações de proximidade com os outros, como sendo essencial para o bem-estar pessoal dos sujeitos com DI.

De uma forma geral, e tendo por base estudos anteriores, os resultados obtidos, demonstram que na sua maioria os sujeitos, vivendo em meios comunitários, apresentam níveis mais elevados de presença física na comunidade, em detrimento da real participação na comunidade (Clement & Bigby, 2009; Cummins & Lau, 2003; Verdonschot et al., 2009a). O que segundo Ager, Myers e Kerr (2001), indica que os sujeitos tomam parte maioritária em atividades sociais de proximidade (por exemplo, “Fazer compras para a casa (...)”; “Ir ao café”; “Conversar com os vizinhos”), e não em atividades que requerem uma maior autonomia e exposição social (por exemplo, “Ir à discoteca”; “Assistir a um espetáculo ao vivo (...)”; “Ir a uma festa”; “Frequentar uma associação (...)”; “Ir ao cinema”), sugerindo que as atividades de presença física na comunidade são mais fáceis de alcançar para os sujeitos com DI (Clement & Bigby, 2009; Verdonschot et al., 2009a).

Atendendo à dificuldade em desenvolver atividades que impliquem uma exposição social e uma maior autonomia, segundo Abells, Burdbidge e Minnes (2008) é fundamental compreender quais os aspetos da dificuldade apresentada pelos sujeitos que têm influência sobre a participação, isto é, é necessário clarificar o significado das dificuldades existentes (por exemplo, comportamento maladaptativo, baixa autodeterminação, aparência ou problemas de comunicação), que poderão ter influência sobre a autoestima do sujeito, que por sua vez poderá remeter para o receio perante o que os outros poderão pensar. Contudo, pelos resultados obtidos neste estudo, verifica-se que as barreiras à participação na comunidade, que se destacaram, não se apresentam unicamente intrínsecas ao sujeito (por

exemplo, “*Não tenho com quem ir*”; “*Custa muito dinheiro*”; “*Não tenho computador*”).

Ainda tendo em conta as atividades de menor frequência, destacam-se os resultados obtidos para as atividades desportivas (“*Assistir ao vivo a um acontecimento desportivo (...)*”; “*Praticar desporto (...)*”; “*Andar de bicicleta*”), que de acordo com outros estudos (Abells, Burdbidge & Minnes, 2008; Orsmond, Krauss & Seltzer, 2004), são atividades mencionadas como tendo maior adesão por parte dos sujeitos com DI. Interpretando estes resultados à luz da realidade portuguesa, em relação às atividades desportivas, é possível verificar que estas são maioritariamente desenvolvidas nas instituições em que os sujeitos estão inseridos, adquirindo assim um carácter mais estruturado (Jogos Paralímpicos, aulas de expressão físico-motora, atividade motora adaptada, desportos adaptados em alta competição (Boccia e a Tricicleta). Donde a menor realização de atividades desportivas na comunidade por parte dos sujeitos da nossa amostra.

Ainda relativo às atividades com menor frequência, foi possível observar a baixa participação em atividades de carácter cultural (“*Assistir a um espetáculo (...)*”; “*Ir a um museu*”; “*Ir ao cinema*”; “*Frequentar uma associação(...)*”).

Atendendo ao segundo objetivo do estudo em que se pretendia averiguar se a disponibilidade das atividades está ou não relacionada com a zona de residência (APU; AMU e APR), os resultados obtidos indicaram que os sujeitos que vivem em meios rurais têm menores oportunidades de desenvolver atividades de participação na comunidade do que os seus pares que vivem em zonas urbanas ou moderadamente urbanas, isto é, a zona de residência dos sujeitos tem influência no tipo e número de atividades disponíveis. Estes resultados vão de encontro aos obtidos nos estudos desenvolvidos por Badia e Melo (2009a), Beart et al. (2001), e Orsmond, Krauss e Seltzer (2004), os quais referem que os serviços direcionados para o lazer estão, na sua maioria, localizados em meios urbanos.

Uma vez que a zona de residência interfere no número e tipo de atividades disponíveis na comunidade, através de um terceiro objetivo, analisou-se a influência desta variável na frequência das atividades.

Através da análise dos resultados obtidos verificou-se que a zona de residência não tem qualquer impacto na realização das atividades na comunidade, corroborando assim os resultados obtidos por Badia et al. (2011) em que não foram encontradas diferenças significativas entre a frequência de atividades em meio rural e urbano e moderadamente urbano. Contudo, apesar de as diferenças não se terem revelado significativas, é importante salientar que os sujeitos que vivem em meio urbano apresentam maiores níveis de frequência em atividades de participação na comunidade. Assim, segundo as investigações desenvolvidas por Hammal, Jarvis e Colver (2004) e Pretty, Rapley e Bramston (2002), sugere-se que os sujeitos que vivem em meios urbanos têm à sua disponibilidade um maior leque de atividades e facilidade de acesso.

No presente estudo, procurou-se também conhecer o impacto das variáveis individuais relativas ao grau de dificuldade, género e idade na frequência de realização das atividades.

Em relação ao género, tal como referido por Badia et al. (2011), os resultados alcançados revelam que os sujeitos do sexo masculino apresentam uma maior participação em atividades na comunidade do que os sujeitos do sexo feminino, nomeadamente, no que às atividades sociais e desportivas diz respeito. Estes resultados contrariam o estudo desenvolvido por Zijlstra e Vlaskamp (2005), onde não foram encontradas diferenças entre o sexo masculino e feminino.

Quanto ao fator da idade, estudos anteriores (Abraham et al., 2002; Badia & Melo, 2009a; Badia et al., 2011; Zijlstra & Vlaskamp, 2005) sugerem que a idade afeta o nível de participação nas atividades de lazer, ou seja, à medida que a idade vai avançando os níveis de participação vão diminuindo, isto é, a população mais jovem é quem apresenta, tanto em variedade como em quantidade, um maior número de atividades. Tendo em conta as subcategorias da idade definidas para o tratamento de dados (18-20 anos; 21-30 anos; 31-40 anos; 41-53 anos), os resultados demonstraram que os sujeitos mais novos (18-20 anos) desenvolvem mais atividades. Contrariamente aos estudos anteriores (Abraham et al., 2002; Badia & Melo, 2009a; Badia et al., 2011; Zijlstra & Vlaskamp, 2005), os sujeitos mais velhos (41-53 anos) destacaram-se também como desempenhando um maior número de atividades a par dos sujeitos mais novos. Contudo, alertamos para a necessidade de clarificação futura dos resultados obtidos, uma vez que vão contra o esperado.

Relativamente ao grau de dificuldade intelectual verificamos que este não apresenta qualquer influência na maior ou menor participação em atividades na comunidade. Estes resultados vão de encontro aos estudos desenvolvidos por Badia et al. (2011) e por Van Naarden Braun, Yeargin-Allsopp e Lollar (2006), em que sugerem que a participação em atividades na comunidade está maioritariamente relacionada com os fatores de ordem individual em detrimento dos fatores relacionados com a incapacidade. Já Zijlstra e Vlaskamp (2005) referem o grau de dificuldade como um fator que pode impedir o acesso a atividades de participação na comunidade.

Relembra-se que um outro objetivo do estudo passa pela análise da relação da satisfação com a vida e do sentimento de pertença à comunidade com a frequência com que os sujeitos desenvolvem atividades na comunidade. Os resultados indicaram que um maior ou menor nível de participação em atividades na comunidade não está significativamente associado à satisfação com a vida. Quanto ao sentimento de pertença à comunidade também não foi encontrada uma associação significativa com a participação em atividades na comunidade.

À luz da investigação desenvolvida por Cummins e Lau (2011), os resultados obtidos remetem-nos para a importância do bem-estar subjetivo, ou seja, no ponto de vista dos sujeitos o mais relevante é a participação em atividades que respeitem os seus interesses e necessidades. Isto significa que é fundamental entender que a participação na comunidade não é valorizada por todos os sujeitos da mesma forma, ou seja, nem todas as pessoas desejam realizar um número elevado de atividades. Assim, o foco deverá estar direcionado para a qualidade e não a quantidade de atividades que os sujeitos desenvolvem, ou seja, não é o número de vezes que o sujeito vai ao

centro comercial ou a um bar que vai ter influência na satisfação com a vida e no sentimento de pertença à comunidade, mas sim o grau de satisfação e interesse que o sujeito tem pela atividade (Clement & Bigby, 2008).

Não existem dúvidas de que as relações sociais são bastante benéficas para a qualidade de vida, estando associadas a níveis elevados de bem-estar subjetivo, de auto-estima, de bem-estar físico e longevidade (Cummins & Lau, 2011). Quanto à frequência das atividades, a partir dos resultados obtidos verificámos que esta se relaciona mais com o item referente à satisfação com os amigos. Por conseguinte quanto maior for a satisfação com os amigos, maior será a participação em atividades realizadas na comunidade. Torna-se assim fundamental compreender que para muitos sujeitos com DI as relações de amizade são mais importantes do que o sentimento de pertença e integração na comunidade, tal como referido no estudo desenvolvido Cummins e Lau (2011), em que quando foi pedida aos sujeitos com DI uma listagem com as suas aspirações, no topo da lista constava o desejo de ter um amigo em detrimento da integração na comunidade.

Finalmente, as análises que permitiram verificar quais as barreiras que se colocam ao desempenho das atividades na comunidade, no total dos resultados destacaram-se, como transversais às 4 categorias de atividades, as barreiras relativas à falta de iniciativa (*“Não me apeteceu ir”*; *“Prefiro ficar em casa”*) (por exemplo, *“Fazer uma refeição fora de casa”*; *“Praticar desporto (...)”*); *“Ir a uma feira”*; *“Visitar um museu”*; *“Frequentar uma associação (...)”*; *“Ir à missa”*), mencionada por Abraham et al. (2002), Badia et al. (2011) e Badia e Melo (2009a), como resultante da baixa autodeterminação dos sujeitos, ou seja, em muitos casos a responsabilidade de escolher o tipo de atividades que os sujeitos desenvolvem é assumida pelos técnicos ou por familiares, limitando as oportunidades de escolha dos sujeitos com DI. Assim, segundo Badia et al. (2011), o nível da autodeterminação depende do quão restritivo é o ambiente em que o sujeito está inserido, e das oportunidades dadas aos sujeitos com DI para tomar decisões e demonstrar preferências por algum tipo de atividades.

Como barreira transversal nas quatro subcategorias de atividades, destaca-se ainda a falta de uma pessoa que assuma funções de suporte (*“Não tenho com quem ir”*) (por exemplo, *“Fazer uma refeição fora de casa”*; *“Assistir ao vivo a um acontecimento desportivo (...)”*; *“Visitar um museu”*; *“Frequentar uma associação (...)”*), que segundo Beart et al. (2011) e Abraham et al. (2002) sugerem redes sociais limitadas e um baixo apoio social. Estes autores (Beart et al., 2011; Abraham et al., 2002) indicam ainda que o facto de ter alguém que assuma funções de suporte está associado a uma maior independência e participação em atividades na comunidade.

Os resultados, tal como nos estudos desenvolvidos por Badia et al. (2011) e Badia e Melo (2009a), indicam como barreira o nível socioeconómico dos sujeitos, em que as atividades são classificadas como muito dispendiosas (por exemplo, *“Fazer uma refeição fora de casa”*; *“Ir ao cinema”*; *“Assistir ao vivo a um acontecimento desportivo (...)”*; *“Assistir a um espetáculo ao vivo (...)”*; *“Não tenho computador/acesso à internet”*). Atendendo à realidade portuguesa verifica-

se que as pessoas com incapacidade apresentam rendimentos inferiores aos seus pares sem incapacidade, enfrentando em muitos casos despesas de saúde mais elevadas, refletindo a desvantagem face ao acesso ao emprego e ao nível de escolaridade (CES, 2012).

Através do último item relativo à terceira parte do questionário (questão de resposta aberta), foi permitido verificar um maior número de barreiras, do que aquelas mencionadas pelos vários autores referenciados nos enquadramento teórico. Assim, destacaram-se com maior frequência a falta de interesse pelas atividades, por motivos de preferência pessoal (*Não gosto dessa atividade*) (por exemplo, “*Ir à missa*”; “*Atuar num espetáculo (...)*”; “*Realizar uma atividade agrícola ou de jardinagem (...)*”), ou devido ao barulho e confusão excessiva do local (por exemplo, “*Ir à discoteca*”).

Salientam-se ainda as barreiras relativas à falta de transporte, em atividades que impliquem a deslocação dos sujeitos para algum local (por exemplo, “*Assistir a um espetáculo ao vivo (...)*”; “*Atuar num espetáculo (...)*”; “*Visitar um museu*”; “*Ir ao cinema*”), mencionada também nos estudos desenvolvidos por Beart et al. (2001) e Badia e Melo (2009a), em que se encontra associada à zona de residência dos sujeitos.

Outra das barreiras referenciadas diz respeito à incapacidade para realizar as atividades (“*Não sou capaz*”), seja por motivos de dificuldades neuromusculoesqueléticas em atividades desportivas (por exemplo, “*Praticar desporto (...)*”), referenciadas por Lippold e Burns (2009), ou por não saber como realizar a atividade (por exemplo, “*Andar de bicicleta*”; “*Realizar uma atividade agrícola ou de jardinagem (...)*”).

Por último, e atendendo que o questionário pretende verificar quais as atividades que os sujeitos realizam fora do contexto da instituição, ou seja, as atividades desenvolvidas após o horário de permanência na instituição e ao fim de semana, os sujeitos destacaram a falta de tempo para realizar as atividades como uma das principais barreiras (por exemplo, “*Frequentar uma associação (...)*”; “*Realizar uma atividade agrícola ou de jardinagem (...)*”; “*Praticar desporto (...)*”; “*Atuar num espetáculo (...)*”).

Em suma, é de salientar que, apesar da grande atenção dada nos últimos anos à participação na comunidade no que aos sujeitos com DI diz respeito, os resultados ainda se apresentam modestos, sugerindo que apenas alcançam atividades de presença física na comunidade, em detrimento da real participação na comunidade.

De um modo geral, os resultados obtidos apelam à continuidade dos estudos no sentido de explorar as perspetivas que os sujeitos com DI têm acerca da participação na comunidade, ou seja, torna-se fundamental entender qual o significado dado pelos sujeitos com DI à integração plena na comunidade, para assim conseguir melhorar as respostas disponíveis nos meios em que se inserem.

Salienta-se ainda a importância da continuidade do estudo desta temática, tendo em conta as diferenças encontradas, nomeadamente, no que aos fatores idade e género diz respeito, com o objetivo de melhorar as respostas sociais e comunitárias para este tipo de população.

VI - Conclusões

A investigação que culminou nesta dissertação teve como objetivo primordial verificar qual o nível de participação na comunidade dos sujeitos com dificuldades intelectuais (DI).

Após uma breve pesquisa acerca desta temática, verificou-se a inexistência de recursos nacionais que permitissem avaliar a participação dos sujeitos com DI na comunidade. Por conseguinte, como instrumento de investigação utilizámos um questionário elaborado pela orientadora desta tese. Tratando-se de um novo instrumento, destacam-se os indicadores favoráveis relativos à consistência interna, bem como a necessidade de prosseguir e aprofundar a análise das respetivas propriedades psicométricas.

Análises feitas, os resultados obtidos pelo presente estudo demonstraram que: (1) os níveis de participação na comunidade dos sujeitos com DI apresentam-se baixos; (2) na sua maioria os sujeitos alcançam com maior facilidade atividades de presença física na comunidade em detrimento da real participação na comunidade; (3) a ruralidade e urbanidade da zona de residência interfere na disponibilidade das atividades, mas não na frequência com que os sujeitos desenvolvem atividades na comunidade; (4) a frequência com que os sujeitos participam em atividades na comunidade é influenciada pelo sexo e pela idade, mas não pelo grau da dificuldade (ligeiro ou moderado); (5) a satisfação com a vida e o sentimento de pertença à comunidade não se encontram associados à frequência com que os sujeitos desenvolvem atividades de participação na comunidade, mas o contrário acontece com a satisfação com os amigos; (6) as barreiras à participação na comunidade que mais se destacaram dizem respeito à baixa autodeterminação, à falta de uma pessoa que assuma funções de suporte, ao nível socioeconómico e à falta de interesse pelas atividades.

Torna-se fundamental destacar o número de sujeitos que integram a amostra deste projeto de investigação (N=89), apresentando uma dimensão considerável e que nos permitiu obter uma ampla gama de respostas. Contudo, destaca-se a importância do aprofundamento desta temática, ou seja, seria importante ampliar a amostra, de modo, a confirmar ou não os resultados obtidos nesta investigação.

Por último, alerta-se para a importância, de no futuro, dar continuidade ao estudo, atendendo aos resultados obtidos, nomeadamente, no que às diferenças encontradas nos fatores idade e género diz respeito. Os resultados remetem ainda para a continuidade do estudo no sentido de entender qual o significado dado pelos sujeitos com DI à integração na comunidade, para melhorar as respostas disponíveis nos meios em que se inserem.

Este trabalho torna evidente a necessidade de identificar os interesses dos sujeitos, assim como as capacidades necessárias para desempenhar determinada tarefa, para que estas se adequem às necessidades de cada um. Assim, Badia e Melo (2009), defendem que os serviços responsáveis pelas atividades de lazer devem garantir alguns princípios básicos, nomeadamente: o direito a atividades de lazer de qualidade e realizadas na comunidade; a identificação das necessidades específicas de cada pessoa; a planificação de

programas de apoio que levem a uma melhor qualidade de vida; o desenvolvimento de programas educativos através de atividades de lazer e, por fim, o fomento da sensibilidade da comunidade para com estes sujeitos para uma melhor e plena integração.

Referências Bibliográficas

Abells, D., Burdbidge, J. & Minnes, P. (2008). Involvement of adolescents with intellectual disabilities in social and recreational activities. *Journal of Development Disabilities, 14*(2), 88-94.

Abraham, C., Gregory, N., Wolf, L. & Pemberton, R. (2002). Self-esteem, stigma and community participation amongst people with learning difficulties living in the community. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 12*, 430-443.

Albuquerque, M. C. P. (1996). *A criança com deficiência mental ligeira*. Dissertação de Doutoramento. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Albuquerque, M. C. P. (2012). Psychometric properties of the Portuguese version of the Quality of Life Questionnaire (QOL-Q). *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 25*, 445-454.

Ager, A., Myers, F. & Kerr, P. (2001). Moving home: Social integration for adults with intellectual disabilities resettling into community provision. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 14*, 392-400.

Alonso, M. A. V. & Bermejo, B. G. (2001). *Atraso Mental*. Amadora: Edições McGraw-Hill.

Alonso, M. A. V., Martínez, B. A., Sánchez, L. E. G. & Schalock, R. L. (2009). *Escala Gencat – Manual de aplicación de la Escala Gencat de calidad de vida*. Catalunya: Departamento de Acción Social y Ciudadanía.

American Psychiatric Association (APA) (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM-IV-TR, 4ª Edição – Texto Revisto, Tradução de José Nunes de Almeida)*. Lisboa: Climepsi Editores.

Badia, C. M. & Melo, E. L. A. (2009a). El ocio en las personas con discapacidad intelectual: participación y calidad de vida a través de las actividades de ocio. *Siglocero-Revista Española sobre Discapacidad Intelectual, 40*(3), 30-44.

Badia, C. M. & Melo, E. L. A. (2009b). La participación en las

actividades de ocio de los niños y adolescentes con parálisis cerebral. *Siglocero-Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 40(4), 79-93.

Badia, M., Orgaz, B. M., Verdugo, M. A., Ullán, A. M. & Martínez, M. M. (2011). Personal factors and perceived barriers to participation in leisure activities for young and adults with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 2055-2063.

Beart, S., Hawkins, D., Kroese, B. S., Smithson, P. & Tolosa, I. (2001). Barriers to accessing leisure opportunities for people with learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*, 29, 133-138.

Belo, C., Caridade, H., Cabral, L. & Sousa, R. (2008). Deficiência intelectual: terminologia e conceptualização. *Revista Diversidades*, 22 (Out.-Dez.), 4-9. Recuperado em 02 de maio de 2011, de http://www.madeiraedu.pt/Portals/7/pdf/revista_diversidades/revistadiversidades_22.pdf

Centro de Estudos (CES) (2012). *Estudo da avaliação do impacto dos custos financeiros e sociais da deficiência – Relatório Final*. Acedido em 17 de Janeiro de 2014 [http://www.ces.uc.pt/myces/UserFiles/livros/1097_impactocustos%20\(2\).pdf](http://www.ces.uc.pt/myces/UserFiles/livros/1097_impactocustos%20(2).pdf)

Clement, T. & Bigby, C. (2009). Breaking out of a distinct social space: reflections on supporting community participation for people with severe and profound intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22, 264-275.

Cohen, B. (2008). *Explaining psychology statistic*. New Jersey: Hoboken.

Cummins, R. A. & Lau, A. L. D. (2003). Community integration or community exposure? A review and discussion in relation to people with intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 16, 145-157.

Cummins, R. A. (1997). *Comprehensive Quality of Life Scale - Adult (ComQOL-A5)* (5th ed). Australia: School of Psychology Deakin University. Acedido em 19 de Outubro de 2013 em <http://www.deakin.edu.au/research/acqol/instruments/comqol-scale/comqol-a5.pdf>

DeVellis, R. F. (2003). *Scale development: theory and applications*. (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.

Duvdevany, I. (2007). Do persons with intellectual disability have a social life? The Israeli reality. *Salud Pública de México*, 50, 222-229.

Emerson, E. & McVilly, K. (2004). Friendship activities of adults with intellectual disabilities in supported accommodation in Northern England. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17, 191-197.

Fernandes, C. (2011). *Adaptação à deficiência e funcionalidade para o trabalho – implicações no comportamento de procura de emprego*. Coimbra: Dissertação de Doutoramento em Psicologia da Reabilitação não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Hall, L. & Hewson, S. (2005). The community links of a sample of people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19, 204-207.

Hammal, D., Jarvis, S. N. & Colver, A. F. (2004). Participation of children with cerebral palsy is influenced by where they live. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 46, 292-298.

Hunger, D., Squarcini, C. & Pereira, J. (2004). A pessoa portadora de deficiência física e o lazer. *Revista Brasileira de Ciências e Esporte*, 25(3), 85-100.

Instituto Nacional de Estatística (INE) (2011). *Censos: XV Recenseamento geral da população, IV Recenseamento geral da habitação: Resultados definitivos*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Instituto Nacional de Estatística (INE). *Divisão Administrativa*. Acedido em 15 de Outubro de 2013 <http://www.ine.pt/xportal/ine/portal/portlets/html/conteudos/listaContentPage.jsp?BOUI=6251013&xlang=PT>

Lippold, T. & Burns, J. (2009). Social support and intellectual disabilities: a comparison between social networks of adults with intellectual disability and those with physical disability. *Journal of Intellectual Disabilities*, 53(5), 463-473.

Luckasson, R., Schalock, R. L., Spitalnik, D. M., Spreat, S., Tasse, M., Snell, M. E., Coulter, D. L., Borthwick-Duffy, S. A., Reeve, A. A., Buntinx, W. H. E. & Craig, E. M. (2002). *American Association on Mental Retardation – Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports* (10th ed.). Washington. DC, USA: AAMR.

Morato, P. & Santos, S. (2007), Dificuldade intelectual e desenvolvimental: a mudança de paradigma na conceção da deficiência mental. *Revista de Educação Especial e Reabilitação, IV* (14), 51 – 56.

Organização Mundial de Saúde (OMS) (2004). *CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. (Tradução e revisão de Amélia Leitão). Lisboa: Direção Geral de Saúde. Retrieved from http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf

Orsmond, G. I., Krauss, M. W. & Seltzer, M. M. (2004). Peer relationship and social and recreational activities among adolescents and adults with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 34*(3), 245-256.

Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (5ª edição). Lisboa: Edições Sílabo.

Pretty, G., Rapley, M. & Bramston, P. (2002). Neighbourhood and community experience and the quality of life of rural adolescents with and without an intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 27*(2), 106-116.

Schalock, R. L. & Keith, K. D. (2004). *Quality of Life Questionnaire Manual – 1993 Manual and 2004 Revision*. IDS Publishing Company, Worthington. OH.

Schalock, R. L., Borthwick- Duffy, S. A., Bradley, V. J., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., Gomez, S. C., Lachapelle, Y., Luckasson, R. & Reeve, A. (2010). *Intellectual disability-definition, classification, and systems of supports* (11th ed.). Washington, D. C.: AAIDD.

Simões, M. M. R. (1994). *Investigações no âmbito da aferição nacional do teste das matrizes progressivas coloridas de Raven (M. P. C. R.)*. Dissertação de Doutoramento. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Van Naarden Braun, K., Yeargin-Allsopp, M. & Lollar, D. (2006). Factors associated with leisure activity among young adults with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 27*, 567-583.

Verdonschot, M. M. L., Witte, L. P., Reichrath, E., Bountinx, W. H. E. & Curfs, L. M. G. (2009a). Community participation of people with an intellectual disability: a review of empirical findings. *Journal of Intellectual Disability Research, 53*(4), 303-318

Verdonschot, M. M. L., Witte, L.P., Reichrath, E., Bountinx, W. H. E. & Curfs, L. M. G. (2009b). Impact of environmental factors on community participation of persons with an intellectual disability: a systematic review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(1), 54-64.

Verdugo, M. A., Schalock, R. L., Keith, K. D. & Stancliffe, R. J. (2005). Quality of life and its measurement: important principles and guidelines. *Journal of Intellectual Disabilities*, 49(10), 707-717.

Verdugo, M. A., Martínez, B. A., Sánchez, L. E. G. & Schalock, R. L. (2009). *Manual de aplicación de la Escala GENCAT de calidad de vida*. Barcelona: Departamento de Acción Social y Ciudadanía de la Generalitat de Catalunya.

Vicente, H. (1995). *Etiologia e caracterização das deficiências*. Lisboa: Instituto do Emprego e Formação Profissional.

World Health Organization (2004). *The global burden of disease: 2004 update*. Acedido em 9 de Agosto de 2013 em <http://www.who.int/healthinfo/>

World Health Organization & The World Bank (2011). *World report on disability*. Acedido em 9 de Agosto de 2013, em <http://whqlibdoc.who.int/publications/>

Zijlstra, H. P. & Vlaskamp, C. (2005). Leisure provision for persons with profound intellectual and multiple disabilities: Quality time or killing time?. *Journal of Intellectual Disabilities Research*, 49, 434-448.

Anexos