



Instituto Politécnico
de Castelo Branco
Escola Superior
de Educação

Avaliação da Qualidade de Vida em Indivíduos com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental praticantes de Desporto Adaptado em Instituições

Filipa Alexandra Venâncio de Jesus

Orientadores

Professora Doutor Pedro Alexandre Duarte Mendes

Professora Doutora Maria Helena Ferreira de Pedro Mesquita

Dissertação apresentado à Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Atividade Física na especialidade de Desporto Adaptado, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Pedro Mendes e da Professora Doutora Maria Helena Mesquita, Professores Adjuntos do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Maio, 2024

Composição do Júri

Presidente do Júri

Professor Doutor, João Júlio de Matos Serrano

Professor Coordenador com Agregação da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Vogais

Professor Doutor, Raul de Sousa Nogueira Antunes (Arguente)

Professor Adjunto da Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Leiria

Professor Doutor, Marco Alexandre da Silva Batista (Arguente)

Professor Adjunto da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Professor Doutor, Pedro Alexandre Duarte Mendes (Orientador)

Professor Adjunto da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Professora Doutora, Maria Helena Ferreira de Pedro Mesquita (Orientadora)

Professora Adjunta da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Dedicatória

Quero dedicar este trabalho à minha mãe que sempre me apoiou durante todo este percurso e porque sem ela nunca teria tido a oportunidade de chegar onde cheguei, és um exemplo de vida pela determinação e força que sempre me transmitiste e por me ensinares a nunca desistir.

Dedicar a ti Pai, com muito amor e saudade, sei que estás sempre a olhar por mim e a encorajar-me todos os dias para ser melhor.

“O céu pode até estar nublado, mas as estrelas não morreram”

Agradecimentos

Uma dissertação de mestrado só é possível com a preciosa ajuda de muitas pessoas. Certamente, teria sido impossível chegar a esta fase sem o contributo e a cooperação de todas elas. Assim, gostaria de expressar a minha profunda gratidão àqueles que contribuíram de alguma forma para isso:

- Aos meus orientadores, Professor Doutor Pedro Mendes e Professora Doutora Maria Helena Mesquita, pela extraordinária supervisão, orientação, pelas recomendações e por todo o apoio manifestado. Agradeço também pela excepcional partilha de conhecimento, pelo profissionalismo, e pela paciência durante todo este percurso;

- Ao nível institucional agradeço às entidades que permitiram concretizar a recolha de dados junto dos seus utentes, que por motivos de anonimato não estão aqui identificadas, e a contribuir para um desenvolvimento desportivo que vise a normalização da pessoa com deficiência;

- Quero também agradecer a todos os profissionais que permitiram a concretização da recolha de informação nas instituições, com um bem-haja especial aos utentes com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental, pela disponibilidade e amabilidade com que partilharam comigo as suas experiências, sentimentos, opiniões e vivências.

- Aos meus amigos pela amizade, cumplicidade, e ainda, pelos bons momentos passados durante este percurso;

- À minha colega de casa Sofia Pombinho, por toda a ajuda que me prestou e por toda a paciência que teve comigo;

- À minha colega de trabalho Rita Martins, por todo o conhecimento que me deu durante este percurso académico, por todo o apoio, porque sem dúvida que foi um pilar para me ajudar a manter no percurso de estudante e por toda a paciência e preocupação que demonstrou e continua a demonstrar;

- Ao meu namorado Alexandre Coelho, por ser o meu maior confidente, amigo e por ter estado presente em todos os momentos deste trabalho, sendo um porto seguro nos momentos mais difíceis no desenrolar deste percurso;

- E por fim e não menos importante à minha família, que me apoiaram sempre nas minhas decisões e sempre me incentivaram a continuar este percurso. Um enorme obrigado à minha Mãe por tudo o que tem feito por mim.

Resumo

Este documento tem como objetivo caracterizar a Qualidade de Vida de indivíduos com Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental praticantes de Desporto Adaptado em instituições, com base na sua perceção. Pretende-se ainda que esta investigação seja uma ferramenta útil para os técnicos de atividade física, para avaliação da Qualidade de Vida de indivíduos com Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental.

Neste estudo participaram 60 sujeitos (34 são do sexo masculino e 26 do sexo feminino) com Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental (DID), sendo praticantes de desporto adaptado em diferentes instituições.

Para se alcançar os objetivos propostos utilizou-se como instrumentos para a recolha de dados, a Escala Pessoal de Resultados (EPR), adaptada a partir da versão original *Personal Outcomes Scale*. Os dados obtidos foram analisados com incidência nas variáveis independentes: o sexo, a residência (casa própria, casa de familiares e lar residencial na instituição), a situação profissional (empregado, desempregado e reformado), as habilitações académicas (1º ciclo, 2º ciclo e 3º ciclo) e o tipo de escola (escola regular e escola especial) e nas variáveis dependentes: Fator de Independência, Fator de Participação Social, Fator de Bem-Estar e o Índice Global de Qualidade de Vida.

Os resultados obtidos apontam que os indivíduos com DID, praticantes de desporto adaptado, apresentam um bom índice de QdV. Os resultados mostram ainda diferenças significativas entre o sexo masculino e o sexo feminino no Fator de Bem-Estar e no grupo da residência apresentam-se diferenças significativas entre os indivíduos que residem com os familiares e os que residem no lar residencial no Fator de Participação Social, no domínio Direitos, no Fator Bem-Estar e no índice de QdV.

Os nossos resultados permitem-nos concluir que a influência de determinadas variáveis (como por exemplo no domínio de Bem-Estar Material) prejudicam no índice de QdV dos indivíduos com DID. Como forma de contornar esta influência é necessário que este tipo de população consiga viver de forma mais independente e promovendo estilos de vida mais ativos e saudáveis, através da prática de exercício físico estruturado. Este trabalho constitui uma ferramenta útil e de referência para todos os profissionais do exercício físico que pretendam avaliar e prescrever exercício para indivíduos com Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental.

Palavras-chave

Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental; Exercício físico; Qualidade de vida; Desporto Adaptado.

Abstract

This document aims to characterize the Quality of Life of individuals with Intellectual and Developmental Difficulties who practice Adapted Sports in institutions, based on their perception. It is also intended that this research will be a useful tool for physical activity technicians to assess the Quality of Life of individuals with intellectual and developmental disabilities.

This study involved 60 subjects (34 males and 26 females) with Intellectual and Developmental Difficulties (IDD) who practiced adapted sports in different institutions.

In order to achieve the proposed objectives, the Personal Outcomes Scale (EPR) was used as a data collection tool, adapted from the original Personal Outcomes Scale. The data obtained was analyzed with a focus on the independent variables: gender, residence (own home, family home and residential home in the institution), professional situation (employed, unemployed and retired), academic qualifications (1st cycle, 2nd cycle and 3rd cycle) and type of school (regular school and special school) and the dependent variables: Independence Factor, Social Participation Factor, Well-Being Factor and the Quality of Life Index.

The results show that individuals with IDD who practice adapted sports have a good QoL index. The results also show significant differences between males and females in the Well-being Factor and in the residence group there are significant differences between individuals who live with family members and those who live in the residential home in the Social Participation Factor, in the Rights domain, in the Well-being Factor and Global Quality of Life Index.

Our results allow us to conclude that the influence of certain variables (such as the Material Well-Being domain) is detrimental to the QoL index of individuals with IDD. In order to overcome this influence, this type of population needs to be able to live more independently and promote more active and healthy lifestyles through structured physical exercise. This work is a useful reference tool for all exercise professionals who wish to assess and prescribe exercise for individuals with intellectual and developmental disabilities.

Keywords

Intellectual and Developmental Difficulty; Physical exercise; Quality of life; Adapted Sports.

Índice Geral

Introdução.....	1
Parte 1 - Enquadramento Teórico.....	5
1. O Conceito de Deficiência.....	7
1.2 Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental.....	8
1.2.1 Definição e Terminologia.....	8
1.2.2 O quociente de Inteligência (QI) e o comportamento adaptativo (CA).....	10
2. Qualidade de Vida.....	11
2.1 A Qualidade de Vida das pessoas com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental.....	14
2.2 Avaliação da Qualidade de Vida.....	16
3. Desporto Adaptado.....	19
3.1 Origem do Desporto Adaptado.....	19
3.2 Organização do Desporto Adaptado em Portugal.....	20
Parte 2 - Enquadramento Metodológico.....	25
1. Procedimentos Metodológicos.....	27
1.1 Questão de Investigação e Objetivos.....	27
1.2 Formulação das Hipóteses.....	28
1.3 Fundamentação das Hipóteses.....	29
1.4 Variáveis.....	29
1.5 Participantes.....	30
1.6 Instrumentos.....	30
2. Apresentação e Análise dos Dados.....	32
2.1 Análise Estatística.....	32
2.2 Resultados.....	32
2.3 Discussão dos Resultados.....	42
3. Conclusão.....	47
3.1 Conclusões.....	47
3.2 Limitações e Recomendações.....	48
Referências Bibliográficas.....	49
Anexos.....	57

Anexo A - Consentimento Informado para a Participação do Estudo.....	59
Anexo B - Escala para Avaliar a Qualidade de Vida (Autorrelato).....	61

Índice de figuras

Figura 1 - Desenvolvimento Conceptual sobre as pessoas com condição de deficiência.....	21
Figura 2 - Organização dos Movimentos Paralímpicos e Surdolímpicos.....	22
Figura 3 - Organização do Movimento Special Olympics.....	22
Figura 4 - Organização do Desporto Adaptado em Portugal.	23

Índice de tabelas

Tabela 1- Domínios centrais da QdV e respectivos indicadores (Schalock & Alonso, 2002).....	13
Tabela 2 - Análise da Estatística Descritiva	33
Tabela 3 - Correlação r _s de Spearman entre os Fatores e o Índice de Qualidade de Vida.....	34
Tabela 4 - Estatística descritiva do Sexo.....	36
Tabela 5 - Estatística descritiva da Residência	37
Tabela 6 - Estatística Descritiva da Situação Profissional.....	38
Tabela 7 - Estatística Descritiva do Tipo de Escola.....	39
Tabela 8 - Estatística Descritiva das Habilitações Académicas.....	40

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Índice da Qualidade Vida dos indivíduos com Dificuldade Intelectual e desenvolvimental	33
Gráfico 2 - Correlação entre o Fator de Participação Social e o Índice de Qualidade de Vida.....	34
Gráfico 3 - Correlação entre o Fator de Independência e o Índice de Qualidade de Vida.....	35
Gráfico 4 - Correlação entre o Fator Bem-Estar e o Índice de Qualidade de Vida	35
Gráfico 5 - Fator de Independência.....	41
Gráfico 6 - Domínio Desenvolvimento Pessoal	41
Gráfico 7 - Domínio Bem-Estar Material.....	42

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

AAIDD- Association on Intellectual and Developmental Disabilities

ANDD – Associações Nacionais de Desporto

ANDDEMOT – Associação Nacional de Desporto para deficientes motores

ANDDI – Associação Nacional de Desporto para o Desenvolvimento Intelectual

ANDDVIS – Associação Nacional de Desporto para Pessoas com Deficiência Visual

CIDID - Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens

CPE – Comité Paralímpico Europeu

CPI – Comité Paralímpico Internacional

CP-ISRA - Associação Internacional de Desporto e Recreação para Paralisia Cerebral

DID – Deficiência Intelectual e Desenvolvimental

DM- Deficiência Mental

EPR – Escala Pessoal de Resultado

FPDD – Federação Portuguesa de Desporto para Pessoas com Deficiência

IBSA - Associação Internacional para Cegos

ICC – Comité de Coordenação Internacional

INAS-FID - Federação Internacional de Desporto para Deficientes Intelectuais

IPC – International Paralympic Committee

ISMWSF - International Stoke Mandeville Wheelchair Sport Federation

ISOD - Organização Internacional de Desporto para Pessoas com Deficiência

IWAS – Federação Internacional de Desporto para a Deficiência Motora

Ji – Jogos Internacionais

JP – Jogos Paralímpicos

LBAFD - Lei de Bases da Atividade Física e do Desporto

LPDS – Liga Portuguesa de Surdos

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCAND – Paralisia Cerebral – Associação Nacional de Desporto

QdV – Qualidade de Vida

QI – Quociente de Inteligência

Introdução

O termo Deficiência Intelectual e Desenvolvidamental (DID) proposto pela *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* – AAIDD (2010) anteriormente *American Association on Mental Retardation*, passou a ser utilizado para substituir o termo deficiência intelectual ou deficiência mental. Este termo enquadra-se melhor com as práticas profissionais atuais centradas nos comportamentos funcionais e fatores contextuais; fornece uma justificação para o apoio individualizado devido à sua base; é um termo menos ofensivo para as pessoas com deficiência; e é mais coerente com a terminologia internacional - AIDD (2010).

A Associação Americana de Psiquiatria também atualizou a terminologia, mudando o termo atraso mental para DID, para se referir a défices na capacidade cognitiva que começam no período de desenvolvimento, adoptando a terminologia já utilizada pela OMS e pela AAIDD. Como resultado das recomendações de instituições de relevo nesta área, o termo deficiência é também adotado pela Nações Unidas, no texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Nações Unidas, 2006).

A definição de “deficiência” tem sido alvo de críticas e reflexões por parte da comunidade científica a nível internacional (Schalock et al. 2007a), observando-se a evolução na área da DID desde a reflexão sobre uma nova terminologia (Santos e Morato, 2012), à melhor compreensão da sua definição (Schalock et al., 2021), interpretação e contextualização dos critérios de diagnóstico (Tassé et al., 2012) em abordagens ecológicas, multidimensionais e dignificantes (Buntinx & Schalock, 2010; Luckasson & Schalock, 2013) que pretendem melhorar o desempenho funcional diário, maior participação social e, conseqüentemente, maiores índices de Qualidade de Vida (QdV) (Santos, 2020).

A população com DID é caracterizada por um défice de funcionamento intelectual e adaptativo nos domínios concetual, social e prático e baseia-se em três critérios: 1) défice nas funções intelectuais (raciocínio, resolução de problemas, planeamento, síntese, pensamento, julgamento, aprendizagem escolar e aprendizagem com a experiência), apoiado por avaliação clínica e testes de inteligência padronizados e individualizados; 2) défice em um ou mais comportamentos adaptativos, que afetam as atividades da vida diária (comunicação, participação social, vida independente em diversos ambientes, como casa, escola, trabalho ou comunidade); 3) identificada como ligeira, moderada, grave ou profunda que se desenvolve antes dos 22 anos (Schalock et al. 2021). O funcionamento intelectual diz respeito à capacidade mental de cada indivíduo, nomeadamente a capacidade de aprender, resolver problemas, pensar, entre outras, normalmente avaliada pela Escala de Inteligência para Adultos de Wechsler (2008) – WAIS-IV, validada para a população portuguesa, sendo um dos métodos mais conhecidos para avaliar a capacidade intelectual.

O comportamento adaptativo diz respeito às aquisições efetuadas pelo indivíduo no seu dia-a-dia, tais como as competências conceptuais, sociais e práticas. A capacidade concetual diz respeito à capacidade de comunicação, orientação e domínio de alguns conceitos como os números ou tempo. As competências sociais referem-se à capacidade de resolver problemas sociais, respeitar e seguir regras, a responsabilidade social, bem como a autoestima. As competências práticas dizem respeito às atividades diárias quotidianas, como rotinas, cuidados pessoais, cuidados de saúde, gestão de dinheiro, uso de telemóvel, entre outras (Schalock et al. 2010). É necessário implementar estratégias alternativas e inovadoras para manter/ aumentar a qualidade de vida (QdV) destes indivíduos e variáveis relacionadas. O conceito e a investigação da QdV em indivíduos com DID tem sido do interesse de vários intervenientes e tem implicações práticas nas intervenções para e com esta população (Schalock & Verdugo, 2002). De acordo com Minayo et al. (2000) a QdV é um conceito pessoal, relacionado ao grau de satisfação no âmbito familiar, amoroso, social, ambiental e estética existencial. Para este autor o conceito de QdV exprime conhecimentos, valores e experiências individuais, como as culturas referentes a determinados momentos, espaços, tempos e histórias.

O conceito de QdV tem sido objeto de interesse crescente por parte da comunidade científica (Santos, 2020), sobretudo nas últimas duas décadas, tendo evoluído de uma noção meramente sensibilizadora para se tornar num agente de mudança que orienta as políticas e práticas de profissionais e serviços preocupados com o bem-estar das pessoas com DID ou em risco de desvantagem social (Schalock & Verdugo, 2002). A QdV é um constructo multidimensional, centrado na interação da pessoa nos contextos sociológicos onde se desenvolve, considerando a influência de fatores ambientais e pessoais, a sua aplicabilidade a todas as pessoas, e a contemplação de aspetos objetivos e subjetivos (Schalock & Verdugo, 2002). Nesta perspetiva, sendo determinante a reciprocidade entre a pessoa e o seu envolvimento, as atitudes dos outros que diretamente contactam e interagem com ela nos diferentes contextos ecológicos, podem favorecer ou constituir-se como barreiras à sua independência pessoal e social, decisiva para o seu percurso de vida (Santos & Franco, 2017).

O presente trabalho tem como objetivo caracterizar a QdV de indivíduos com DID praticantes de Desporto Adaptado em instituições, com base na sua perceção. O estudo encontra-se dividido em duas partes, em que na primeira é apresentado o Enquadramento Teórico relacionado com o tema desta investigação, baseado numa revisão de literatura sobre QdV, DID e Desporto Adaptado. Desta forma, parte-se de uma breve contextualização do construto de Deficiência ao longo dos tempos, para uma melhor compreensão ao nível da atual definição e terminologia de DID, assim como abordar a relação entre os critérios de inteligência e comportamento adaptativo e o seu papel no funcionamento humano na interação com o envolvimento. Na segunda parte será dedicada ao Enquadramento Metodológico, onde se identifica a justificação da metodologia de investigação adotada para este estudo, os participantes e as técnicas de recolha de dados, assim como a análise e discussão dos resultados obtidos com a

aplicação da Escala Pessoal de Resultados (EPR) a uma população com DID, praticantes de desporto adaptado, as considerações finais, limitações e recomendações deste estudo.

Parte 1 - Enquadramento Teórico

1. O Conceito de Deficiência

O conceito de deficiência vem sofrendo mutações ao longo dos tempos. Ao mesmo tempo que a sociedade altera a sua atitude face à diversidade, promovendo a igualdade de oportunidades para todos, assim permite que cada um encontre o seu próprio espaço e identidade.

Face à diversidade de situações de carácter físico, psíquico, sensorial, comportamental que caracterizam o grupo das pessoas com deficiência, estas refletem-se no respetivo viver quotidiano denotando necessidades específicas deste tipo de população (Silva, 2005).

Segundo Dias (2007), apoiando-nos na definição da OMS, adotando a Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), definem-se os seguintes conceitos:

Deficiência - descrita como as anormalidades nos órgãos e sistemas e nas estruturas do corpo. A deficiência representa qualquer perda ou alteração de uma estrutura ou de uma função psicológica, fisiológica ou anatómica, de carácter temporário ou permanente. Foram adotados cinco grandes agrupamentos: deficiências psíquicas, sensoriais, físicas mistas e nenhuma deficiência em especial.

Incapacidade – caracterizada como as consequências da deficiência do ponto de vista do rendimento funcional, ou seja, no desempenho das atividades. A incapacidade consiste na restrição ou falta de capacidade para realizar atividades dentro dos limites considerados normais para um ser humano. As incapacidades podem ser temporárias, ou permanentes, reversíveis ou irreversíveis, progressivas ou regressivas e são sempre resultantes de uma doença.

Desvantagem – reflete a adaptação do indivíduo ao meio ambiente resultante da deficiência e incapacidade. A desvantagem é a condição social de prejuízo sofrido por um indivíduo, resultado de uma deficiência ou de uma incapacidade que limita ou impede o desempenho de uma atividade considerada normal para um ser humano, tendo em atenção a idade, o sexo e os fatores socioculturais. A desvantagem representa a expressão social de uma deficiência ou incapacidade, logo reflete as consequências culturais, sociais, económicas e ambientais que, para o indivíduo, derivam da existência da deficiência e da incapacidade.

A OMS tem um papel decisivo na consolidação e operacionalização de um novo quadro conceptual da funcionalidade e da incapacidade humana.

Um dos principais objetivos da OMS com este novo sistema de classificação (Classificação Internacional de Funcionalidade), foi a definição de uma linguagem comum e de um quadro conceptual que uniformizasse conceitos, metodologias e critérios, coerentes e adequados com os progressos científicos, tecnológicos e sociais mais relevantes neste domínio. Este desígnio veio colmatar as dificuldades a nível internacional e por vezes nacional, de forma a responder com maior rapidez a eficácia

segundo os padrões conceptuais unificados, capazes de serem utilizados adequadamente num universo maior.

1.2 Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental

1.2.1 Definição e Terminologia

Tanto a definição como a terminologia da DID têm sofrido grandes alterações ao longo dos tempos, com especial evolução nas últimas décadas (Santos & Santos, 2007). Inicialmente traduzida apenas por um baixo quociente de inteligência (QI) associado à dificuldade em aprender (Carrilho, 2009), a DID é atualmente definida pela *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (Schalock et al. 2010, pp. 6) como uma dificuldade que se caracteriza por “limitações significativas ao nível do funcionamento intelectual e do comportamento adaptativo, que se expressam nas capacidades conceptuais, sociais e práticas e que se manifestam antes dos 18 anos de idade.” Em Portugal, as instituições têm assumido este enquadramento, com a certificação da qualidade pela avaliação da QdV das pessoas a quem se presta apoio (Moniz, 2007).

No momento atual parece ser consensual a existência de três critérios para o diagnóstico de DID (APA, 2013; Schalock et al. 2021): coexistência de limitações intelectuais (critério A) e adaptativas (critério B), situadas dois desvio-padrão abaixo da média e avaliados por instrumentos de avaliação válidos e fiáveis (Schalock et al. 2021) expressas ao nível das competências concetuais (i.e.: resolução de problemas complexos, pensamento abstrato, aprendizagem académica e /ou profissional e linguagem), sociais (i.e.: compreensão das expetativas e regras sociais, empatia, responsabilidade emocional e social, e comunicação interpessoal) e práticas (i.e.: atividades de vida diária), diagnosticada até aos 22 anos (critério C - Schalock et al. 2021) ou ao longo do período desenvolvimental (APA, 2013).

No entendimento da relação direta entre limitações intelectuais e adaptativas surgem alguns tópicos aos quais se deve dedicar alguma atenção: (a) refletem dificuldades no funcionamento pessoal, no desempenho de funções e tarefas socialmente esperadas; (b) são influenciadas por fatores contextuais; e (c) podem ser atenuadas através de intervenções e suportes, que possibilitam oportunidades, equidade e inclusão social (Schalock et al. 2010). A interpretação das medidas do Quociente de Inteligência (QI) e do comportamento adaptativo (CA) devem ser consideradas à luz de cinco assunções (Schalock et al. 2021): 1) as características no funcionamento atual, devem ser contextualizadas no background sociocultural da pessoa, 2) e considerar a diversidade cultural e linguística bem como as características da comunicação, fatores sensoriais, motores e comportamentais e de saúde; 3) baseada na identificação e descrição das características (capacidades e limitações) para a participação e o assumir papéis sociais; 4) para a construção e implementação de um

plano de apoios necessários; 5) que se forem personalizados e adequados, deterão um impacto significativo e positivo ao nível da funcionalidade da pessoa.

No que respeita à terminologia, um dos pontos de mudança passou pela reflexão e insatisfação internacional sobre o pouco rigor da, então, deficiência mental, observando-se uma reflexão para a mudança (e.g.: Greenspan, et al., 2015; Tassé, 2013; Walsh, 2002), e um esforço para uma definição que reflita as tendências contemporâneas. Em 2007, Schalock et al. propõem a mudança de *mental retardation* para *intellectual disability*. É neste sentido que, em Portugal, Santos e Morato (2012) apresentam a sua proposta de mudança de terminologia para DID, que apesar de parecer ter sido fácil em outros países (Bertelli, 2013; Verdugo, 2003) parece ainda não ter encontrado um consenso a nível nacional, constatando-se a diversidade de terminologias assumidas: deficiência intelectual (Sasaki, 2005), incapacidade intelectual (Sanches-Ferreira et al., 2012), e perturbação intelectual e do desenvolvimento na perspetiva clínica (APA, 2013).

A nova terminologia de DID, assenta numa visão socioecológica que dá ênfase ao aumento da participação social da pessoa com DID e ao “impacto que as atitudes, papéis e políticas sociais têm na vida e na multidimensionalidade do seu funcionamento, em plena interação com as exigências do envolvimento, não a reduzindo apenas ao seu diagnóstico” (Santos, 2019, p. 7). A ligação negativa e estigmatizante do termo deficiência conduziu a atitudes e práticas tendencialmente desvalorizadoras e discriminatórias, estipuladas num requerido psicométrico e estático, e vinculado pelos valores exclusivos do funcionamento intelectual (Santos & Morato, 2012; Santos, 2020). Além disso, há que destacar a tradução de dificuldades de aprendizagem para “*learning disabilities*”, e a introdução do termo “dificuldade” associado à possibilidade de aprendizagem e evolução, se com os apoios adequados de carácter dinâmico, contrariando a ideia prévia de “irrecuperabilidade subjacente ao termo anterior (Morato & Santos, 2007; Santos & Morato, 2012).

O termo intelectual parece ter sido mais consensual (Santos, 2020), na medida que os testes de avaliação da inteligência não avaliam a mente, mas sim os fatores intelectuais, consoante o tipo de instrumento utilizado (Santos & Morato, 2012). Finalmente, o termo desenvolvimental envolve a relação entre o processo de desenvolvimento no envolvimento (Santos & Morato, 2012; Santos, 2020). Os autores rematam com a ideia de maior especificação, uniformização e consistência de utilização nos diferentes campos de atuação e ramos profissionais

Por outras palavras, pode-se dizer que tanto a definição como a terminologia utilizada permanecem problemas complexos, apesar de ser consensual a noção de que a DID implica limitações ao nível intelectual e do comportamento adaptativo, encontrando-se o enfoque da sua definição nas áreas fortes, contextos e necessidade de apoios individual, de forma a melhorar a sua qualidade de vida e a promover a sua plena participação na sociedade (Belo et al. 2008; Schalock et al. 2010).

1.2.2 O quociente de Inteligência (QI) e o comportamento adaptativo (CA)

Em 1905, em França, verificou-se o aparecimento do primeiro teste de inteligência (avaliando o quociente de inteligência – QI), com o objetivo de distinguir as crianças que se afastam do processo de aprendizagem expectável (Santos, 2020) e que por isso eram isoladas do ensino regular (Campos & Martins, 2008). Foi necessário reter “os resultados dos testes de Quociente de Inteligência são aproximações do funcionamento conceitual, mas (...) insuficientes para avaliar o raciocínio em situações da vida real e o domínio de tarefas práticas” (APA, 2013, p. 37). A noção de idade mental (Galinha, 2006), parece ter contribuído, ao longo do tempo, para a justificação de percursos alternativos especiais e segregadores, para eternizar as pessoas com DID em crianças, levando à não-exigência, como consequências ao nível da sua desresponsabilização e diminuição da produtividade (Santos, 2020).

Segundo Schalock et al., (2010), o comportamento adaptativo diz respeito a três grandes áreas: capacidades conceptuais (onde se incluem, entre outras, as capacidades numéricas, verbais e espaciais...), as capacidades sociais (relações interpessoais, resolução de problemas, responsabilização social e capacidade de seguir regras...), e, finalmente, as capacidades práticas (onde estão inseridas as atividades do dia-a-dia no que diz respeito à higiene, deslocação, saúde, lazer, etc.), sendo que se considera a existência de limitações significativas ao nível do comportamento adaptativo quando a avaliação deste revela, também, resultados dois desvio-padrão abaixo da média.

O comportamento adaptativo envolve competências de funcionamento independente e responsabilidade pessoal e social, de acordo com as expectativas socioculturais e escalão etário da pessoa (Lambert et al. 1993), passa não só pelas habilidades para a adaptação do indivíduo ao meio social, mas também pela minimização de comportamentos divergentes (Santos & Morato, 2016). Face às exigências envolvimentoais é necessária uma nova abordagem à intervenção com este subgrupo populacional, devendo investir-se na sua capacitação e produtividades certificadas (Santos, 2019).

Santos e Morato (2012) definem a nível nacional o comportamento adaptativo como:

O conjunto de habilidades aprendidas ou adquiridas para desempenhar com sucesso aspetos e tarefas, no âmbito da independência, responsabilidade pessoal e social, que através de ajustamentos vários procura a adaptação às expectativas socioculturais e etárias vigentes, e que implicam o assumir do papel de membro ativo na comunidade onde o indivíduo se insere (p. 28).

2. Qualidade de Vida

O termo qualidade de Vida (QdV) apresenta uma diversidade de significados que complica a sua definição, sendo utilizado como sinónimo de felicidade, satisfação para com a vida ou bem-estar (Rapley, 2003; Canavarró et al. 2005). Segundo Schallock et al. (2010), existem na literatura mais de 100 definições associadas ao conceito de QdV.

O conceito varia muito de acordo com a área científica em que surge, sendo que quando remete o Homem como objeto de estudo, surge uma forma de avaliação das necessidades básicas de cada sujeito. Desta forma, consideram as perceções individuais do sujeito como a única forma e/ou principal critério para avaliação da QdV (Piteira, 2000).

Os domínios ou dimensões deste conceito contribuem para uma maior ou menor QdV de um determinado sujeito, uma vez que diferem consoante os desejos e aspirações do mesmo. Segundo Rapley (2003), o “problema da subjetividade” (de acordo com as variações de relevância dependentes de cada um) e o “problema da objetividade”, reconhece a QdV como um construto hipotético que permite a sua quantificação. Por exemplo, o facto de um indivíduo conter um QI de 145 não significa que tenha uma QdV bastante elevada, dado que não contabiliza as características da pessoa, as suas experiências e capacidades. A avaliação da QdV, surge como um reflexo da concretização dos desejos e das aspirações do sujeito que se avalia e de toda a sua família, e não apenas como uma satisfação das necessidades básicas individuais (Piteira, 2000; Schallock et al. 2010).

Segundo Schallock et al. (2010), tem que se ter em conta três conceitos básicos: i) sentimentos de bem-estar; ii) oportunidades para revelar potencialidades; iii) sentimentos de envolvimento social positivo, definindo a QdV como sendo as condições de vida desejadas pela pessoa. Piteira (2000), refere também que se encontram dependentes das experiências de vida de cada indivíduo, das características pessoais, das condições de vida objetivas e das perceções do que eles significam para os outros.

A Organização Mundial de Saúde (2010), entende a QdV como a perceção que o indivíduo tem no que respeita à sua posição na vida, no contexto cultural e no sistema de valores em que vive inserido, tendo em conta os seus objetivos, expectativas, padrões e interesses.

A definição de QdV para Philips (2006), remete para a satisfação das necessidades básicas e sociais, da mesma maneira que engloba a possibilidade de autonomia para tomar as suas próprias decisões sobre a sua própria vida, assumindo assim o seu papel de cidadão ativo e participante usufruindo das mesmas condições e princípios que os seus pares.

Ao longo do tempo, os estudos relacionados com a QdV permitiram definir alguns princípios essenciais da conceptualização, medição e aplicação deste conceito (Schallock et al. 2010), estruturados da seguinte forma:

No que respeita à conceptualização, considera-se que:

1. A QdV é multidimensional, sendo influenciada pelo contexto onde a pessoa se insere e pela relação que esta estabelece com o meio;
2. As componentes da QdV são as mesmas para todas as pessoas, sendo composta pelos mesmos fatores e relações;
3. A QdV apresenta componentes objetivas e subjetivas; e
4. A autodeterminação, os recursos, os objetivos de vida e a sensação de pertença reforçam a QdV;

Os mesmos autores referem, também, que a medição/avaliação da QdV:

1. Considera as experiências de vida significativas a que as pessoas têm acesso;
2. Reflete os domínios que contribuem para uma vida plena (relação entre a QdV de um indivíduo com a dos que o rodeiam);
3. Considera os contextos físicos, sociais e culturais importantes para as pessoas;
4. Inclui a medição dos fatores que são comuns a todas as pessoas e daqueles que são únicos de cada indivíduo (QdV definida pelos próprios sujeitos);

Por fim, no que se refere à aplicação do conceito de QdV, os autores acrescentam ainda que:

1. A aplicação deste conceito promove o bem-estar na sociedade;
2. Os princípios da QdV devem estar na base dos planos de intervenção/reabilitação;
3. A aplicação do conceito de QdV deve ter bases comprovadas; e
4. Os princípios associados a este conceito devem ter um lugar de grande importância nos planos educacionais e de treino de competências (Schalock et al., 2010).

Nas últimas décadas, os estudos realizados com base nestes 12 princípios permitiram definir 4 diretrizes relacionadas com a QdV (Schalock & Alonso, 2002; Schalock et al. 2010):

1. A QdV é multidimensional, ou seja, é constituída por uma série de domínios que se podem agrupar em oito categorias: relações interpessoais, inclusão social, desenvolvimento pessoal, bem-estar físico, autodeterminação, bem-estar material, bem-estar emocional, e direitos;
2. Devem desenvolver-se indicadores para cada um dos domínios da QdV, tendo em consideração que estes indicadores são definidos como a relação entre a perceção, comportamentos e condições que revelam o bem-estar do sujeito. De acordo com Schalock e Alonso (2002), associados a cada um dos domínios da QdV encontram-se as dimensões e os indicadores apresentados na Tabela 1;

3. Devem estabelecer-se os aspetos objetivos e subjetivos da QdV, sendo, no entanto, comum que exista pouca relação entre estes; e

4. Deve focar-se na previsão dos resultados da qualidade.

Tabela 1- Domínios centrais da QdV e respetivos indicadores (Schalock & Alonso, 2002)

Domínios	Dimensões	Indicadores
Inclusão Social	Integração e participação na comunidade, papel na comunidade e apoio social	<ul style="list-style-type: none"> - Integração/participação comunidade - Inclusão social - Envolvimento habitacional - Papel na comunidade - Apoios - Aceitação e Status
Bem-estar Físico	Cuidados de saúde, estado de saúde, atividades de vida diária e recreação ou lazer	<p>Saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> -Lazer -Bem-estar físico - Atividades de vida diária - Recreação - Nutrição - Mobilidade - Cuidados de Saúde
Relações Interpessoais	Interação, relações e apoios	<ul style="list-style-type: none"> - Interação - Família - Relações interpessoais - Amizades - Apoios - Intimidade - Afetos
Bem-estar material	Situação financeira, emprego e habitação	<ul style="list-style-type: none"> - Emprego - Situação financeira - Bem-estar material - Habitação - Estatuto socioeconómico - Posses -Segurança - Transportes
Bem-estar emocional	Contentamento, autoconceito e ausência de stress	<ul style="list-style-type: none"> - Contentamento - Bem-estar emocional - Autoconceito - Segurança -Espiritualidade -Alegria -Ausência de stress
Auto-determinação	Autonomia ou controlo pessoal, objetivos e valores pessoais, e escolhas	<ul style="list-style-type: none"> - Autonomia - Escolhas - Controlo pessoal - Decisões - Auto-direção - Auto-determinação -Auto-representação - Influência no seu contexto

Desenvolvimento pessoal	Educação, competências pessoais e performance	<ul style="list-style-type: none"> - Educação - Capacidades/habilidades - Desenvolvimento pessoal - Competências pessoais - Realização/satisfação - Atividades significativas
Direitos	Direitos legais e humanos (dignidade e respeito)	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabilidade cívica - Direitos - Proteção - Atividades (relacionadas com o governo local e nacional)

A QdV é resultado de uma relação dinâmica que se estabelece entre as capacidades do indivíduo e as condições económicas, sociais e culturais que afetam o erro dos objetivos do indivíduo (Dias e Santos, 2006).

A investigação da QdV revela-se importante na vida das pessoas com DID, visto ser uma população pouco credível, não “confiando” nos seus julgamentos ou mesmo subestimando a sua liberdade de escolha (Santos, 2002). Assim sendo, é necessário compreender primeiramente de que forma este conceito é aplicável às pessoas diagnosticadas com esta problemática.

2.1 A Qualidade de Vida das pessoas com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental

A necessidade de existir igualdade entre as pessoas e de considerar as tomadas de decisões e escolhas por parte das pessoas com DID conduziu a um aumento crescente do interesse pela QdV desta população (Piteira, 2000). A implementação dos direitos representa uma melhoria qualitativa na vida das pessoas com DID, uma vez que a inclusão da pessoa nos serviços da comunidade, permite-lhe fazer uso do direito à vida autónoma (sempre que possível) e habitação própria, com possibilidades de escolher, onde, como e com quem querem viver, com os suportes individualmente necessários (Santos, 2020).

A mudança do paradigma em relação à DID promoveu um aumento do interesse pela QdV desta população. Assim, a QdV surge na vida das pessoas com DID como uma linha orientadora das áreas em que estas necessitam de mais apoios e de melhores serviços (Schalock & Alonso, 2002). O exercício da escolha e autonomia pessoal aumenta a motivação e a satisfação das necessidades psicológicas, relacionamentos e competências, contribuindo para a diminuição de comportamentos desacostumados num planeamento centrado na pessoa que é, assim, envolvida na tomada de decisões que lhes dizem respeito (Verdugo, 2012).

Os autores Lucas-Carrasco e Salvador-Carulla (2012) avaliaram a satisfação de vida de 99 indivíduos com DID, entre os 18 e os 65 anos institucionalizados, com a

Satisfaction with Life Scale e a *WHOQOL-BREF*. Entre os participantes, 32 pessoas viviam em casa, 33 em casas de abrigo para cuidados comunitários e 34 em casas de repouso. A satisfação com a vida parece ser menor em indivíduos institucionalizados, comparativamente com aqueles que vivem em instalações comunitárias ou em casas de repouso, verificando-se as maiores diferenças nas pontuações dos relacionamentos interpessoais e emprego. Os autores realçam a necessidade de: intervenções direcionadas à participação das pessoas com DID institucionalizadas, em atividades de lazer; expansão das redes sociais; melhoria das condições de trabalho e de vida baseadas na comunidade, para que possam aumentar a satisfação com a sua QdV. A identificação das diferenças fornece pistas para a otimização e empoderamento das pessoas com DID institucionalizadas, orientando a mudança de modelos de cuidados institucionais para um planeamento centrado na pessoa, considerando as suas necessidades e desejos individuais (Lucas-Carrasco & Salvador-Carulla, 2012), com o foco nos recursos de apoio social existentes, redes de apoio e o papel dos prestadores de serviços para uma vida com mais qualidade das pessoas com DID (Vedugo et al. 2009).

Em Portugal, Simões e Santos (2016) avaliaram a QdV de 1929 adultos, entre os 18 e os 88 anos com (n=1264) e sem DID (n=665) com a Escala Pessoal de Resultados (EPR) na sua dupla versão: autorrelato e observação direta (N cuidadores=69), com o objetivo de: (1) comparar a QdV entre pessoas com e sem DID; e (2) identificar preditores pessoais e ambientais da QdV em ambos os grupos de participantes. A comparação dos dados aponta diferenças significativas nos índices de QdV entre pessoas com e sem DID, exceto nos domínios do bem-estar físico e emocional. A maior discrepância verificou-se nos domínios do desenvolvimento pessoal, autodeterminação, relações interpessoais, direitos, bem-estar material, e participação social, com os indivíduos com DID a apresentarem pontuações mais baixas, o que pode ser explicado pela desvalorização, baixas expectativas e menores oportunidades sociais (Simões e Santos, 2016). No bem-estar físico, as pessoas com DID apresentam classificações mais baixas no estado de saúde e atividade física, apesar de se ter observado pontuações mais elevadas em três indicadores: recreação, estado nutricional e sono (Simões & Santos, 2016).

De acordo com as pessoas com DID e os seus cuidadores, alcançou-se um grau elevado, exceto na satisfação com a vida onde os cuidadores têm uma opinião mais positiva, visto que não têm a percepção da restrição das escolhas essenciais diárias, uma vez que, os técnicos têm um papel importante na avaliação positiva da sua própria intervenção e de avaliarem os serviços prestados (Simões e Santos, 2016).

Algumas razões podem explicar as diferenças entre as avaliações das pessoas com DID e os seus cuidadores: i) cada pessoa tem diferentes perspetivas e interpretações individuais que podem influenciar a avaliação da QdV (Brown & Brown, 2003, como citados por Simões & Santos, 2016); ii) as pessoas com DID desconhecem as suas fragilidades e necessidades de apoio; iii) os cuidadores eram excessivamente protetores e visualizavam as pessoas com menores competências do que realmente

eram (Simões et al. 2016a). Estas diferenças verificam a importância da participação ativa dos indivíduos com DID no processo de avaliação para a obtenção de uma maior precisão das necessidades e resultados pessoais (Simões et al. 2016).

Simões e Santos (2017), referem como preditores da QdV a idade, o diagnóstico, as circunstâncias da vida, o emprego e o estado de saúde, sendo que o diagnóstico das pessoas com DID é uma barreira para a QdV. As circunstâncias da vida foram os principais preditores do domínio dos direitos e os indivíduos com DID que vivem em instituições apresentaram pontuações mais baixas, comparativamente com os indivíduos que vivem em casa própria/familiares e têm um emprego remunerado. A QdV é determinada por fatores individuais e ambientais (Simões e Santos, 2017), desta maneira as instituições devem respeitar os direitos humanos e legais das pessoas com DID, proporcionando apoios necessários para participarem com sucesso em ambientes de comunidade (Thompson et al. 2009).

A QdV das pessoas com DID deve ser melhorada, devendo ser prioridade das políticas nacionais, instituições e profissionais na área (Santos, 2020), colocando como foco os interesses individuais das pessoas com DID, e sobretudo, no que as mesmas sentem sobre a sua situação na vida (Alonso et al. 2012). Desta forma, é necessário mudar atitudes político-sociais e práticas, através de planeamentos focados na pessoa em questão, fundamentando em evidências científicas obtidas por instrumentos validados (Santos, 2020; Simões et al., 2016).

Consideramos que a planificação para a prática profissional ligada a este tipo de população, tem de ser baseada numa reflexão sobre a identificação dos indicadores da QdV e da perceção subjetiva sobre a sua própria vida.

2.2 Avaliação da Qualidade de Vida

Após várias décadas, Souza (1999), refere que o conceito de QdV surgiu como medida crítica em atendimento de saúde. A importância foi crescendo como um indicador válido que atingiu venerabilidade como tema de preocupação clínica, como centro de pesquisa e avaliação.

Vários instrumentos foram surgindo, grande parte deles de enorme especificidade, o que refletiu a falta de homogeneidade no conceito. Foi comprovado na revisão de literatura realizada por Gill e Feinsten (1994), na análise de 75 estudos num total de 159 instrumentos de medida de QdV, nos quais encontraram apenas 15% dos artigos que continham a definição de QdV.

Foram destacados os instrumentos mais usuais, construídos na 2ª metade da década de 90: o *WHOQOL 100* e o *WHOQOL-BREF*, ambos do *WHOQOL GROUP – World Health Organization Quality of Life*. O instrumento *WHOQOL 100* avalia a QdV numa perspetiva transcultural e epidemiológica através de 6 domínios: físico, psicológico, independência, relações sociais, ambiente, espiritualidade. Porém, pela sua extensão

houve a necessidade de criar um instrumento mais compacto, que despendesse de pouco tempo para o preenchimento, mas que mantivesse características psicométricas satisfatórias. Surgiu então o WHOQOL-BREF, constituído por 26 questões que permitem avaliar os mesmos domínios do instrumento anterior, mas que possui duas questões gerais e 24 questões representativas dos 24 temas que compõem o primeiro instrumento. Os itens que compõem o WHOQOL-BREF foram selecionados atendendo à capacidade de explicar uma proporção considerável da variância dentro de cada faceta e domínio, a relação com o modelo geral de QdV e a capacidade de discriminação (WHOQOL Group, 1998).

Vaz Serra e alguns colaboradores (2006) realizaram um estudo com 604 sujeitos, dos quais 315 da população normal e 289 doentes dos Hospitais da Universidade de Coimbra, do Instituto Português de Oncologia e de vários Centros de Saúde de Coimbra, com o objetivo de adaptar o instrumento WHOQOL-BREF à população portuguesa. Concluíram que o WHOQOL-BREF apresenta bom resultado de consistência interna, validade discriminante, validade de constructo e estabilidade teste-reteste, sendo um bom instrumento para avaliar a QdV em Portugal (Vaz Serra et al, 2006). Contudo, segundo Bullinger (1997), estudos cada vez mais complexos sobre a QdV, levaram a que os instrumentos se tornassem mais específicos quanto aos aspetos que pretendem avaliar quer quanto à população avaliada.

O WHOQOL Group criou um instrumento para avaliar a QdV nos doentes infetados com VIH - *WHOQOL-HIV* (WHO, 2002 citado em Canavarró, et al., 2008) - este instrumento baseia-se no WHOQOL-100 e devido à sua extensão foi desenvolvida uma versão mais curta, o *WHOQOL-HIV-BREF*. O instrumento é constituído por 31 questões, em que duas são de âmbito geral e 29 representam cada uma das 29 facetas que constituem a 7 versão original. Este instrumento já se encontra aferido para a população portuguesa (Canavarró et al, 2008).

Para medir a QdV das pessoas com deficiência visual, existem também vários questionários, como o *Activities of Daily Vision Scale* (ADVS), o *Vision Function Questionnaire* (VFQ), ou o *Low Vision Quality-of-Life Questionnaire* (LVQOL) (Wolffsohn & Cochrane, 2000), concebidos para avaliação de doenças oculares (Ferraz, et al., 2002).

Em junho de 2008, o WHOQOL Group terminou um projeto intitulado *Quality of Care and Quality of Life for People with Intellectual and Physical Disabilities* - DIS-QOL, que permite avaliar a QdV em pessoas com incapacidade física e mental. Outras pesquisas utilizaram questionários específicos para algumas doenças crónicas, como o Alzheimer (Novelli, et al., 2005), insuficiência renal crónica (Duarte, et al., 2003), HIV (Galvão, et al., 2004), epilepsia (Souza, 2001) e artrite reumatoide (Brandão, et al., 1998).

3. Desporto Adaptado

3.1 Origem do Desporto Adaptado

O desporto surgiu na história da atividade física e do movimento humano. Começando a manifestar-se ao longo dos avanços na história, a imagem das pessoas com deficiência, conquistando apoios a nível de reabilitação, educação e desporto (Scholz & Chen, 2017, citado por Pires, 2023).

Segundo Louro (2001), o desporto para deficientes surgiu no começo do século XX, com atividades desportivas para jovens com deficiências auditivas. Mais tarde, em 1920 iniciaram-se atividades como a natação e atletismo para deficientes visuais. O resultado da catástrofe que foi a II Guerra Mundial, verificou-se um número elevado de feridos, dessa maneira o desporto foi utilizado para tratamento e reabilitação.

Em 1944, o desporto para pessoas com deficiência nasceu através do médico neurologista Ludwin Guttmann, no hospital de Stoke Mandeville, com o intuito da reinserção social e de suavizar problemas de ordem psicológica (Varela, 1991; Cunha et al., 2000.). Foi nesse hospital que se registaram os primeiros jogos nacionais, adotando-se, assim, uma vertente competitiva, de rendimento. Organizou-se em 1952 os Jogos internacionais de Mandeville e fruto de um maior crescimento ainda do desporto adaptado foi criada a Organização Internacional de Desporto para Pessoas com Deficiência.

Em 1952, surge o aparecimento dos Primeiros Jogos Paralímpicos de Roma, criado pelo neurologista alemão (Carvalho, 2017). Ao longo do desenvolvimento identitário do desporto adaptado foram criadas várias entidades internacionais tais como: (Carvalho, 2017; Tweedy & Vanlandewijck, 2009; Thomas & Smith, 2008, citado por Pires, 2023):

- 1924, Comité Internacional de Desportos para Surdos (depois mais tarde em 2001 passou-se a chamar os Jogos de Verão por Surdolímpicos);
- 1968, Movimento Special Olympics Internacional (SOI);
- 1978, Associação Internacional de Desporto para a Paralisia Cerebral (CP-ISRA);
- 1981, Federação Internacional de Desporto para Cegos (IBSA);
- 1986, Federação Internacional de Desporto para a Deficiência Intelectual (INAS-FID);
- 1989, Comité Paralímpico Internacional (COI);
- 1999, Comité Paralímpico Europeu (CPE) - European Paralympic Committee.
- 2004, ISMWSF uniu-se à ISOD e, juntas, criaram a Federação Internacional de Desporto para a Deficiência Motora (IWAS).

Através da Carta Europeia do Desporto para Todos, adotada em 4 de dezembro de 1986, que o Conselho da Europa, declara a urgência de proporcionar ao cidadão com deficiência, o direito a participar em todas as atividades físicas e de lazer, como declara que estes cidadãos podem aspirar ao “desporto de elite” e têm o direito a nele participar de acordo com as suas capacidades.

Em Portugal, o contexto de desporto para pessoas com deficiência desenvolveu-se entre 1972 e 2014, compreendendo 5 fases (Carvalho, 2017, citado por Pires, 2023):

Fase 1 – o desporto adaptado iniciou a sua atividade no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão e no Hospital Ortopédico de Sant’Ana. Em 1972, Portugal participou pela primeira vez nos parálímpicos com uma equipa de basquetebol em cadeira de rodas;

Fase 2 – Posteriormente ao 25 de abril, o desporto adaptado em Portugal enquadrou-se na Direção Geral dos Desportos;

Fase 3 – Em 1984 a Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral, organiza o primeiro campeonato competitivo e recreativo a nível nacional. Em 1984, Portugal participa nos Jogos Paralímpicos de Nova Iorque.

Fase 4 – Em 1988 é fundada a Federação Portuguesa de Desporto para as Pessoas com Deficiência, constituída pelas Associações Nacionais de Desporto por Área da Deficiência (Intelectual; Surdos; Cegos; Paralisia Cerebral e Deficiência Motora).

Fase 5 – Em 2008, foi criado o Comité Paralímpico de Portugal (CPP).

Desta forma, é de salientar, que os Special Olympics Portugal (SOP) é também um movimento para atletas com deficiência intelectual e insere-se como membro extraordinário do Comité Olímpico Português (COP). O desporto adaptado, em 2010, ficou consagrado formalmente nas atividades do Desporto Escolar, funcionando nas escolas públicas portuguesas através da criação de equipas de desportos adaptados na modalidade de boccia (Carvalho, 2017, citado por Pires, 2022).

3.2 Organização do Desporto Adaptado em Portugal

O Desporto Adaptado engloba todas as modalidades desportivas que se adaptam a um grupo de pessoas com algum tipo de incapacidade ou condição especial, consistindo em experiências desportivas (Dias, 2007) que foram modificadas ou criadas para irem ao encontro das necessidades de cada indivíduo com deficiência (Cardoso et al. 2010). A prática desportiva é encarada pela sociedade como um estilo de vida saudável orientada para a prevenção de inúmeras doenças, da saúde e do aumento da quantidade e QdV.

As organizações focadas na designação ou desenvolvimento do desporto, permitem estabelecer objetivos (Bravo & Silva, 2014; Houlihan & White, 2002, citado por Pires, 2023). Dessa maneira, a política desportiva integra-se como elemento fundamental,

como forma de estimular e desenvolver a prática desportiva (Nagel et al., 2015; Houlihan, 2005; Viollet et al., 2016, citados por Pires, 2023) implicando o estabelecimento de uma visão a médio prazo, incluindo objetivos, um plano de ação e o envolvimento de recursos para alcançar todos os desejos (Bayle, 2010, citado por Pires, 2023).

A organização do desporto para pessoas com condição de deficiência progrediu conforme o desenvolvimento social e conceptual desta população (DePauw & Gavron, 2005; Smith et al., 2005, citado por Pires, 2023). Na figura 1 está representada o desenvolvimento conceptual, ao longo dos tempos, de como a sociedade encara as pessoas com condição de deficiência: exclusão, segregação, integração e inclusão (Silva, 2009, citado por Pires, 2023).

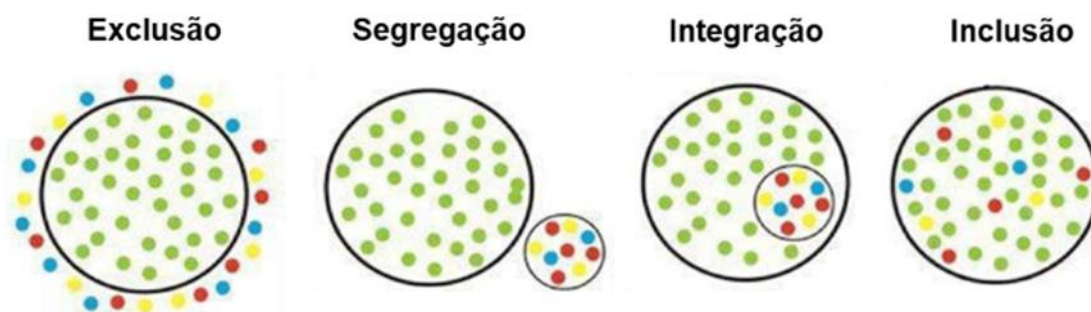


Figura 1 - Desenvolvimento Conceptual sobre as pessoas com condição de deficiência.

Fonte: Pires (2023 p.32)

Segundo Legg (2018, citado por Pires, 2023), no desporto com deficiência, devido às tipologias da deficiência, existem 3 tipos de movimento desportivos: Paralímpico, *Special Olympics* e Surdolímpicos. O movimento Paralímpico e Surdolímpicos fazem parte da mesma estrutura orgânica, enquanto que, os *Special Olympics* apresentam uma estrutura diferente. Os Paralímpicos reúnem todas as tipologias da deficiência, já os Surdolímpicos são apenas destinados a pessoas com deficiência auditiva e os *Special Olympics* permitem a participação de pessoas com qualquer tipo de patologia com défice cognitivo associado.

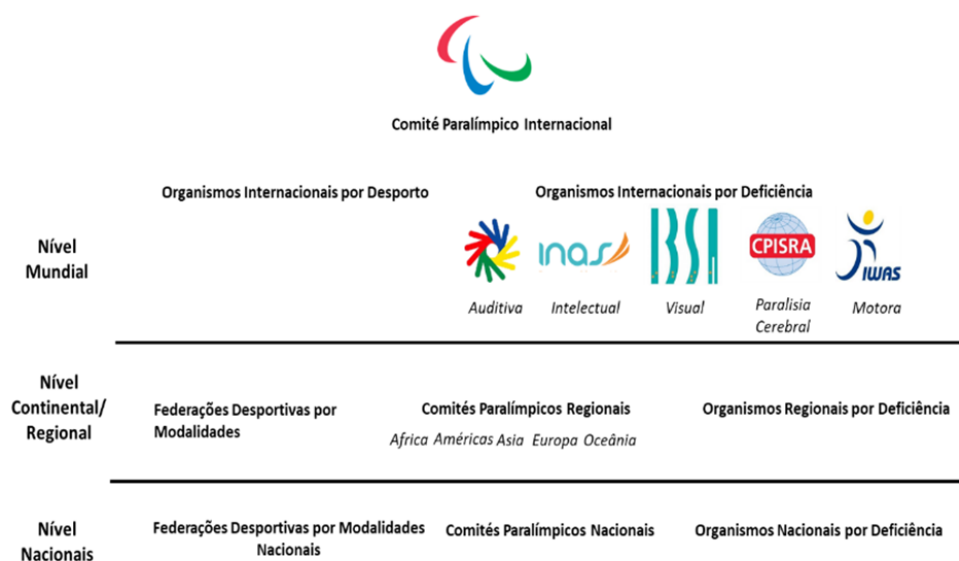


Figura 2 - Organização dos Movimentos Paralímpicos e Surdolímpicos.

Fonte: Pires (2023, p. 33)



Figura 3 - Organização do Movimento Special Olympics.

Fonte: Pires (2023, p. 33).

A organização responsável pela participação nos Jogos Paralímpicos, é o Comité Paralímpico Português (figura 2) tendo uma ligação com as federações de modalidades, bem como as Associações Nacionais de Desporto (ANDD) na área de Deficiência (Pires, 2023).

A Federação Portuguesa de Desporto para Pessoas com Deficiência (FPDD), apresentava na sua origem as diferentes Associação Nacionais de Desporto ANDD, como sejam (figura 4): Liga Portuguesa de Surdo (LPDS); Associação Nacional de Desporto para o Desenvolvimento Intelectual (ANDDI); Associação Nacional de Desporto para Pessoas com Deficiência Visual (ANDDVIS); Paralisia Cerebral – Associação Nacional de Desporto (PCAND); e a Associação Nacional de Desporto para Deficientes Motores (ANDDEMOT) já extinta (Pires, 2023).



Figura 4 - Organização do Desporto Adaptado em Portugal.

Fonte: Pires (2023, p. 34)

Parte 2 - Enquadramento Metodológico

Neste segundo capítulo, apresenta-se a componente empírica deste estudo, onde é exposta toda a metodologia de investigação usada, os procedimentos metodológicos, o problema de investigação, os objetivos, as hipóteses do estudo, as variáveis e o instrumento de avaliação.

1. Procedimentos Metodológicos

A QdV individual é uma construção multidimensional que reflete as condições de vida desejadas por todas as pessoas em vários domínios representativos das diferentes faces da vida de cada ser humano, cuja valorização é subjetiva pelo que varia em valor e importância, influenciados por características pessoais e fatores ambientais.

A avaliação da QdV é baseada em indicadores culturalmente sensíveis e deve ser avaliada por instrumentos validados. As perspetivas atuais colocam o foco na relevância da participação da própria pessoa (com DID) pelo que se torna fundamental uma medida de autorrelato. Por outro lado, os pontos de vista de pessoas que conhecem bem a pessoa que vai ser avaliada também são importantes pelo que a sua perspetiva também deve ser considerada.

Neste estudo, considera-se fundamental avaliar a QdV das pessoas com DID. Assim sendo foi selecionada a Escala Pessoal de Resultados, a versão portuguesa da *Personal Outcomes Scale*, validada em Portugal (Simões et al. 2016; Simões et al., 2017).

1.1 Questão de Investigação e Objetivos

Tendo em conta a revisão da literatura efetuada e a escassez de evidências sobre a QdV de indivíduos com DID praticantes de Desporto Adaptado surgiu a necessidade de se refletir como é que estas pessoas sentem a sua QdV, tentando identificar os domínios que os próprios valorizam. Neste sentido estabeleceu-se como Questão de Investigação: *Qual a perceção que os indivíduos com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental praticantes de Desporto Adaptado em instituições, têm sobre a sua própria qualidade de vida?*

Segundo Serrano (2008) a definição dos objetivos é de importância decisiva visto que permite delimitar as ações e atividades a desenvolver, potenciando uma intervenção mais direcionada e assertiva. Posto isto, tendo em conta a problemática apresentada delinearam-se os seguintes objetivos:

O objetivo do nosso estudo centra-se em caracterizar a QdV de indivíduos com DID praticantes de desporto adaptado em instituições, com base na sua perceção. Pretende-se ainda que esta investigação seja uma ferramenta útil para os técnicos de atividade física, para avaliação da QdV de indivíduos com DID. Assim a nossa questão de partida será o fio condutor da investigação, tendo sido definidos os seguintes objetivos específicos:

- Analisar os diferentes fatores da QdV (Fator de Independência, Fator de Participação Social e Fator de Bem-Estar) e o índice de QdV em Indivíduos com DID praticantes de Desporto Adaptado em instituições.

- Analisar diferenças no índice de QdV entre o sexo masculino e o sexo feminino em Indivíduos com DID praticantes de Desporto Adaptado em instituições.

- Analisar diferenças no índice de QdV entre os indivíduos que residem com os familiares e os que residem nas instituições em Indivíduos com DID praticantes de Desporto Adaptado em instituições.

- Analisar diferenças no índice de QdV entre os indivíduos empregados, os desempregados e os reformados em Indivíduos com DID praticantes de Desporto Adaptado em instituições.

- Analisar diferenças no índice de QdV entre os indivíduos que frequentaram o 1º ciclo, os que frequentaram o 2º ciclo e os que frequentaram o 3º ciclo em Indivíduos com DID praticantes de Desporto Adaptado em instituições.

- Analisar diferenças no índice de QdV entre os indivíduos que estudaram na escola regular e os que estudaram em instituições (escola especial) Indivíduos com DID praticantes de Desporto Adaptado em instituições.

1.2 Formulação das Hipóteses

Lakatos e Marconi (1990) referem que se as hipóteses são colocações presumíveis da relação entre duas ou mais variáveis, então devem conduzir a implicações claras para o teste da relação estabelecida, ou seja, as variáveis devem ser passíveis de mensuração ou potencialmente mensuráveis, especificando, a hipótese, como as variáveis estão relacionadas.

Hipótese Geral: Indivíduos com DID, praticantes de Desporto Adaptado em instituições, apresentam bons índices na QdV.

Tendo em conta o nosso problema, formulámos as seguintes hipóteses específicas:

Hipótese Específica 1: Existe correlação positiva entre os fatores da QdV e o índice de QdV em Indivíduos com DID praticantes de Desporto Adaptado em instituições.

Hipótese Específica 2: Existem diferenças estatisticamente significativas no índice de QdV entre o sexo masculino e o sexo feminino em Indivíduos com DID praticantes de Desporto Adaptado em instituições.

Hipótese Específica 3: Existem diferenças estatisticamente significativas no índice de QdV entre os indivíduos que residem com os familiares e os que residem nas instituições em Indivíduos com DID praticantes de Desporto Adaptado em instituições.

Hipótese Específica 4: Existem diferenças estatisticamente significativas no índice de QdV entre os indivíduos empregados, os desempregados e os reformados em Indivíduos com DID praticantes de Desporto Adaptado em instituições.

Hipótese Específica 5: Existem diferenças estatisticamente significativas no índice de QdV entre os indivíduos que frequentaram o 1º ciclo, os que frequentaram o 2º ciclo e os que frequentaram o 3º ciclo em Indivíduos com DID praticantes de Desporto Adaptado em instituições.

Hipótese Específica 6: Existem diferenças estatisticamente significativas no índice de QdV entre os indivíduos que estudaram na escola regular e os que estudaram em instituições (escola especial) Indivíduos com DID praticantes de Desporto Adaptado em instituições.

1.3 Fundamentação das Hipóteses

Em todas as nossas hipóteses formuladas, indicamos que existem diferenças na QdV dos indivíduos com DID que praticam desporto adaptado em instituições, quando consideramos o sexo, o local de residência, a situação profissional, as habilitações académicas e o tipo de escola como variáveis independentes para avaliar o índice de QdV.

1.4 Variáveis

Para Tuckman (2002) as variáveis devem ser operacionalizadas de forma a poderem ser estudadas e também devem ser conceptualizadas, para a partir delas se poder generalizar. O fator que escolhemos para determinar a sua relação com o fenómeno observado, a condição antecedente, é a variável independente. É a variável independente porque é aquela que estamos interessados em conhecer o seu efeito, ou seja, o resultado da sua ação sobre outras variáveis, as variáveis dependentes (Petrica, 2003).

Na presente investigação identificamos as seguintes variáveis independentes: o sexo, a residência (casa própria, casa de familiares e lar residencial na instituição), a situação profissional (empregado, desempregado e reformado), as habilitações académicas (1º ciclo, 2º ciclo e 3º ciclo) e o tipo de escola (escola regular e escola especial).

Também podemos encontrar as seguintes variáveis dependentes: Fator de Independência, Fator de Participação Social, Fator de Bem-Estar e o Índice de QdV.

1.5 Participantes

Participaram neste estudo 60 sujeitos com médias de idades (40 ± 13.80), 34 do sexo masculino (40 ± 13.94) e 26 do sexo feminino (40 ± 13.9) com DID. As cinco instituições colaboradoras no estudo são do Distrito de Castelo Branco e do Distrito da Guarda e em todas há indivíduos com DID que praticam Desporto Adaptado. As idades dos indivíduos variam entre os 19 e os 68 anos. Todos os participantes frequentam as instituições, apesar de 36 viverem com familiares (39 ± 12.96) e 24 no lar (residencial) das instituições (41 ± 15). Relativamente às habilitações, 24 possuem o 1.º Ciclo do Ensino Básico (47 ± 13.28), 17 o 2.º Ciclo (39 ± 11.56) e 19 o 3.º Ciclo (34 ± 13.46). A maioria frequentou o apoio da educação especial (42 participantes) (34 ± 9.71) e 18 frequentaram a escola regular (56.06 ± 9.12). Em relação à situação profissional 42 participantes encontram-se desempregados (35 ± 10.19), os restantes 18 participantes são pensionistas (53.44 ± 13.06).

1.6 Instrumentos

O instrumento utilizado para a avaliação da QdV foi a Escala Pessoal de Resultados (EPR), com DID “ligeira e moderada” (Simões et al. 2017), adaptada a partir da versão original *Personal Outcomes Scale* (Loon et al. 2008). A EPR enquadra-se no modelo concetual de Schalock e Verdugo (2002) e os seus 8 domínios (desenvolvimento pessoal, autodeterminação, relações interpessoais, inclusão social, direitos, bem-estar emocional, bem-estar físico, bem-estar material), organizam-se em três fatores: independência, participação pessoal e bem-estar (Simões et al., 2016). A EPR encontra-se dividida em duas partes, cada uma com 48 questões idênticas e distribuídas pelos oito domínios: o autorrelato, com um conjunto de perguntas a serem respondidas pelo próprio indivíduo com DID, e a segunda parte para ser respondida por um cuidador (formal ou informal) que conheça bem a pessoa (Simões & Santos, 2016; Simões et al. 2017). Todos os itens são cotados com três opções de resposta num formato likert de três pontos (3=sempre, 2=às vezes, 1=raramente ou nunca), sendo que uma pontuação mais alta indica uma melhor QdV (Simões & Santos, 2016). Em ambas as secções, as pontuações podem ser calculadas para os domínios, para os fatores e para a pontuação total do EPR (Claes et al. 2010).

A adaptação transcultural iniciou-se pela tradução e retro-tradução cuja versão pré-final foi sujeita à análise de 10 especialistas que cotaram cada item quanto à sua relevância, clareza, simplicidade e ambiguidade (Simões & Santos, 2014). Os índices de validade de conteúdo (IVC > .79), bem como os elevados acordos entre peritos, variando entre .83 e 1, e o kappa de Cohen (.41 > k < .78) confirmaram a representatividade de todos os itens que sujeitos a ligeiras reformulações permitiram chegar à versão final. A fiabilidade foi analisada pela consistência interna com valores de alfa Cronback a variar entre .45 e .88 no autorrelato, .43 e .91 na resposta dos cuidadores formais e .63 e .94

pelos cuidadores informais (Simões & Santos, 2014), no domínio bem-estar físico e no índice global de QdV, respetivamente; e pela estabilidade temporal como coeficientes de Pearson a variar entre .67 e .89 (autorrelato) e entre .83 e .93 na resposta de terceiros (Simões et al., 2015). Na validade de critério as correlações com a WHOQOL-Bref apontaram valores moderados (.41 e .48) e na validade de construto as correlações entre os domínios das duas versões (autorrelato e observação por terceiros) variaram entre fracas (.05 e .10) a fortes (.75 > r < .78), respetivamente (Simões et al., 2015). As correlações entre as respostas autorrelatadas e as dos cuidadores (formais e informais) foram moderadas a fortes, variando entre .39 e .88 (Simões & Santos, 2016). A análise fatorial exploratória indicou oito domínios que explicavam 51.33% da variância (Simões et al., 2015) que veio posteriormente a confirmar-se na análise fatorial confirmatória com valores de fiabilidade compósita a variar entre .75 e .91 e com todos os índices de ajustamento a demonstrar a adequabilidade do modelo de 2ª ordem (Simões & Santos, 2016).

Para uma avaliação correta dos resultados pessoais, é necessário dispor de medidas com propriedades psicométricas satisfatórias, baseadas num modelo empiricamente validado. Tal como referido no princípio da medição da QdV, a avaliação envolve a combinação da medida subjetiva de bem-estar (incluindo as preferências individuais) com as circunstâncias objetivas e as experiências de vida: *A Personal Outcomes Scale* (Claes et al. 2010; Schalock et al. 2011; van Loon, 2014; van Loon et al. 2009) é uma medida desenvolvida de acordo com vários estudos que englobam a conceitualização e validação dos diferentes domínios de QdV. Esta medida permite; i) compreender o seu grau de satisfação individual; ii) compreender as perceções pessoais; iii) apoiar a tomada de decisão; iv) avaliar a intervenção; v) avaliar modelos teóricos. Esta medida permite-nos direcionar o indivíduo para a vida que gosta e valoriza e foi concebida para avaliar, em primeiro lugar, pessoas com DID (autorrelato) e, em segundo lugar, as perspetivas das pessoas próximas (familiares ou cuidadores – relato de terceiros) (Schalock et al. 2002).

2. Apresentação e Análise dos Dados

Seguidamente, apresentar-se-á a análise e tratamento dos dados e informações obtidas através dos instrumentos aplicados. Irá recorrer-se à apresentação de gráficos e tabelas de forma a potenciar uma compreensão dos dados mais clara, objetiva e facilitadora, complementados com a respetiva análise descritiva.

2.1 Análise Estatística

A análise dos dados foi efetuada no programa SPSS versão 29.0 (IBM, Chicago, Illinois, USA). A estatística descritiva (média \pm desvio padrão) foi efetuada para todas as variáveis em estudo. A normalidade foi verificada utilizando o teste Kolmogorov-Smirnov ($n > 30$) e Shapiro-wilk ($n < 30$). Para as correlações bivariadas utilizámos o coeficiente de correlação de Spearman, sendo ainda calculado o coeficiente de determinação (r^2). Os testes de Mann-Whitney e o teste T foram utilizados para verificar as diferenças entre sexo, residência, situação profissional e tipo de escola. Os testes Kruskal-Wallis e Anova Multifatorial com comparações Post-Hoc duas a duas para verificar diferenças nas habilitações académicas. Para verificar a força da correlação foram utilizados os intervalos de confiança sugeridos por Hinkle, Wiersma e Jurs (2003): 0.90 a 1.00 “Muito alta”; 0.70 a 0.90 “Alta”; 0.50 a 0.70 “Moderada”; 0.30 a 0.50 “Baixa”; 0.10 a 0.30 “Pequena”. Foi também realizado o método de inferências baseadas na magnitude dos efeitos (d-Cohen), sendo utilizados os seguintes intervalos de variação: 0-0.2, trivial; 0.21-0.6, pequeno; 0.61-1.2, moderado, 1.21-2.0, grande; > 2.0 , muito grande (Hopkins, Marshall, Batterham, & Hanin, 2009). A interpretação dos testes estatísticos foi realizada com base no nível de significância de $p \leq 0.05$.

2.2 Resultados

A estatística descritiva e a normalidade dos dados estão apresentadas na Tabela 2. Como podemos observar, os indivíduos apresentaram, no geral, uma QdV (97.27 ± 10.29) elevada. No Fator de Participação Social, o Domínio de Autodeterminação apresenta maior estabilidade (12.33 ± 1.84), já no Fator de Independência (23.53 ± 3.16) o Domínio de Relação Interpessoal destaca-se (12.52 ± 1.61). O domínio Bem-Estar Emocional (13.90 ± 1.31) apresenta valores médios superiores ao do domínio Bem-Estar Material (9.42 ± 2.56).

Tabela 2 - Análise da Estatística Descritiva

Domínio da QLV	N	Média + SD	Min-Max	Normalidade	Alfa-Cronbach
Fator de Independência	60	23.53 ± 3.16	16-28	<.001	0.556
Desenvolvimento Pessoal	60	11.30 ± 1.95	6-15	0.003	
Autodeterminação	60	12.23 ± 1.84	8-15	<.001	
Fator Participação Social	60	36.88 ± 4.82	24-45	0.002	0.687
Relação Interpessoal	60	12.52 ± 1.61	7-15	0.004	
Inclusão Social	60	12.38 ± 1.91	8-15	<.001	
Direitos	60	11.97 ± 2.50	5-15	0.021	
Fator Bem-Estar	60	36.85 ± 3.78	27-43	<.001	0.467
Bem-Estar Emocional	60	13.90 ± 1.31	11-15	<.001	
Bem Estar-Físico	60	13.53 ± 1.26	10-15	<.001	
Bem-Estar Material	60	9.42 ± 2.56	5-13	0.044	
Índice QV	60	97.27 ± 10.29	68-114	0.003	0.822

Como podemos observar no Gráfico 1, verificamos que a maioria dos indivíduos com DID que se encontram a praticar desporto adaptado em instituições apresentam um bom Índice de QdV.

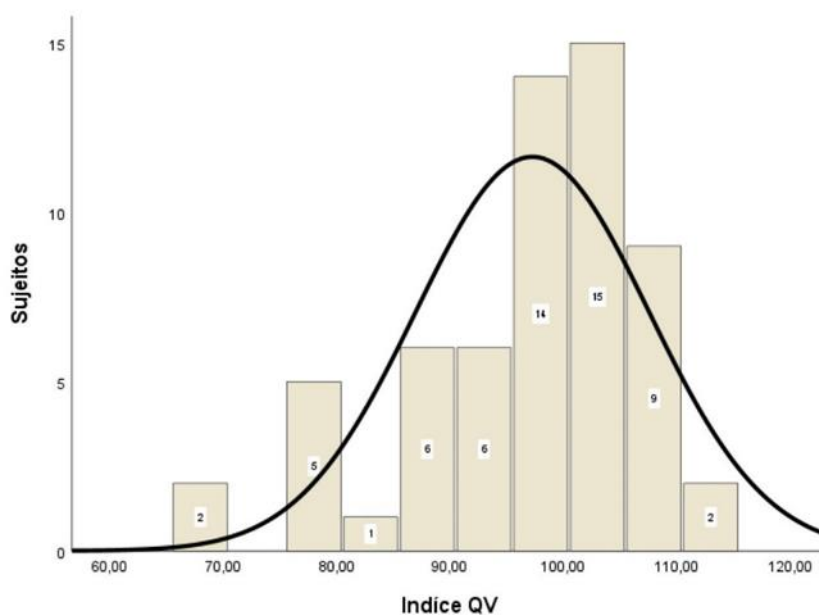


Gráfico 1 - Índice da Qualidade Vida dos indivíduos com Dificuldade Intelectual e desenvolvimental

O coeficiente de correlação foi calculado para avaliar relação entre os Fatores do Índice de QdV e o Total do Índice de QdV. Como podemos observar na Tabela 3, verificam-se correlações significativas, ao nível de significância de “ p ”<.001, entre os três Fatores (Independência, Participação Social e Bem-Estar) e o total do índice de QdV. Podemos verificar que entre o Fator de Independência e o Índice de QdV existe uma correlação alta positiva (“ r_s ” =.810; “ p ” <.001; “ r^2 ”= 76.2%) (Gráfico 3), entre o Fator de Participação Social e o Índice de QdV existe uma correlação alta positiva (“ r_s ”=.861, “ p ”<.001 “ r^2 ”= 81.6%) (Gráfico 2) e ainda entre o Fator de Bem-Estar e o Índice de QdV existe uma correlação alta positiva (“ r_s ”=.786, “ p ”<.001, “ r^2 ”= 70.4%) (Gráfico 4).

Tabela 3 - Correlação r de Spearman entre os Fatores e o Índice de Qualidade de Vida

		Índice QV
Fator de Independência	Coeficiente de Correlação	.810**
	Sig. (2 extremidades)	<.001
Fator Participação Social	Coeficiente de Correlação	.861**
	Sig. (2 extremidades)	<.001
Fator Bem-Estar	Coeficiente de Correlação	.786**
	Sig. (2 extremidades)	<.001

** . A correlação é significativa no nível 0.01 (2 extremidades).

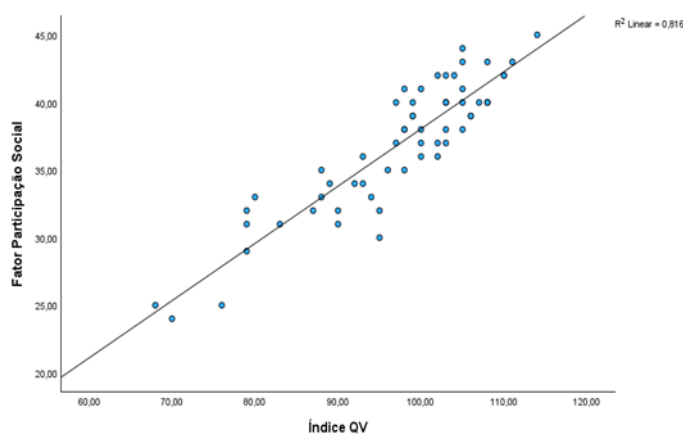


Gráfico 2 - Correlação entre o Fator de Participação Social e o Índice de Qualidade de Vida

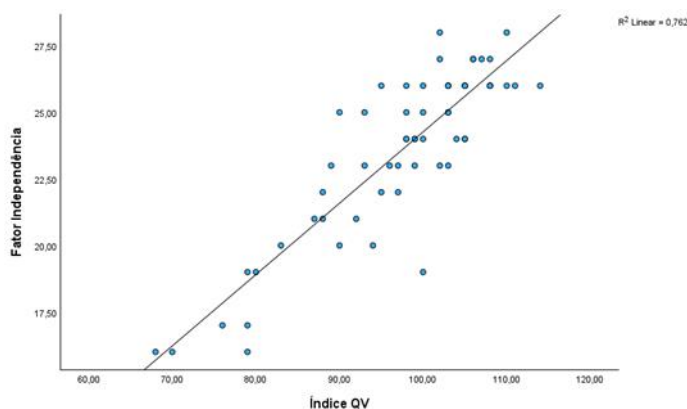


Gráfico 3 - Correlação entre o Fator de Independência e o Índice de Qualidade de Vida

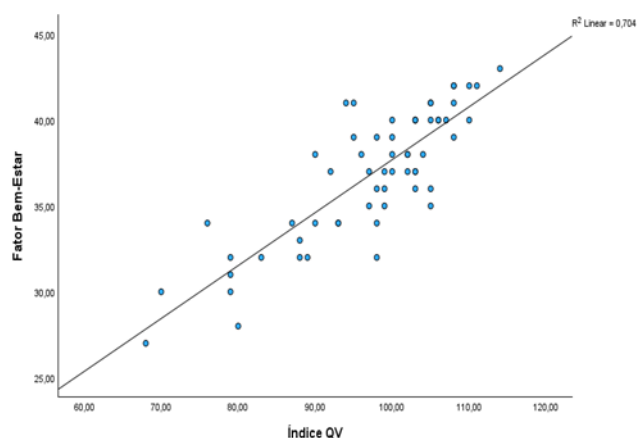


Gráfico 4 - Correlação entre o Fator Bem-Estar e o Índice de Qualidade de Vida

Resultados da análise relativamente ao Sexo

Na tabela 4, podemos observar as diferenças significativas no Fator de Bem-Estar entre os dois grupos (sexo masculino e sexo feminino). Quanto ao total do Índice de QdV podemos observar diferença entre o sexo masculino e o sexo feminino. De acordo com os intervalos de variação para classificar a magnitude dos efeitos (*d* Cohen), verifica-se no nosso estudo, um efeito pequeno, no Fator de Independência, no Domínio de Desenvolvimento Pessoal e no Domínio de Autodeterminação. No Fator de Participação Social, no domínio de Relação Interpessoal e no domínio Direitos existe um efeito pequeno, porém no domínio Inclusão Social houve um efeito de trivial. No fator de Bem-Estar e no domínio Bem-Estar Emocional verificou-se um efeito pequeno, no entanto no domínio de Bem-Estar Físico e no domínio Bem-Estar Material existe um efeito trivial. Por fim o Índice de QdV obteve um efeito moderado.

Tabela 4 - Estatística descritiva do Sexo

Variáveis	Grupos	N	M	SD	<i>p</i>	η^2	<i>d</i> Cohen	IC95%
Fator de Independência	Masculino	34	23.97	2.844	.268 ^a	.020	.286	---
	Feminino	26	22.96	3.504				
Desenvolvimento Pessoal	Masculino	34	11.53	1.973	.282 ^a	.018	.274	---
	Feminino	26	11.00	1.918				
Autodeterminação	Masculino	34	12.44	1.727	.357 ^a	.014	.237	---
	Feminino	26	11.96	1.990				
Fator Participação Social	Masculino	34	37.47	4.165	.414 ^a	.011	.211	---
	Feminino	26	36.12	5.559				
Relação Interpessoal	Masculino	34	12.59	1.305	.810 ^a	.001	.058	---
	Feminino	26	12.42	1.963				
Inclusão Social	Masculino	34	12.38	1.907	.988 ^a	<.001	.004	---
	Feminino	26	12.38	1.961				
Direitos	Masculino	34	12.47	2.428	.064 ^a	.056	.488	---
	Feminino	26	11.31	2.494				
Fator Bem-Estar	Masculino	34	36.94	3.162	.045 ^{b*}	---	.516	-0.566 - 0.456
	Feminino	26	36.73	4.530				
Bem-Estar Emocional	Masculino	34	13.88	1.365	.931 ^a	<.001	.023	---
	Feminino	26	13.92	1.262				
Bem-Estar-Físico	Masculino	34	13.62	1.206	.595 ^a	.004	.133	---
	Feminino	26	13.42	1.332				
Bem-Estar Material	Masculino	34	9.44	2.312	.994 ^a	<.001	.002	---
	Feminino	26	9.38	2.899				
Índice QV	Masculino	34	98.38	8.109	.714 ^a	.002	.094	---
	Feminino	26	95.81	2.611				

* $p < 0.05$; ^a Teste de Mann-Whitney; ^b Teste para amostras independentes; M – Média; SD – Desvio Padrão; η^2 – Eta ao quadrado; *d* – Dimensão do efeito; CI – Intervalo de Confiança

Resultados da análise relativamente à Residência

Na tabela 5, podemos observar as diferenças significativas no Fator de Participação Social, no domínio Direitos, no Fator Bem-Estar e no índice de QdV entre os dois grupos (os indivíduos que residem com os familiares e os indivíduos que residem no lar residencial na instituição). De acordo com os intervalos de variação para classificar a magnitude dos efeitos (*d* Cohen), verifica-se no nosso estudo, um efeito pequeno, no Fator de Independência, no Domínio de Desenvolvimento Pessoal e no Domínio de Autodeterminação. No Fator de Participação Social houve um efeito moderado, porém no domínio de Relação Interpessoal e no domínio de Inclusão Social obteve-se um efeito pequeno, ainda no domínio dos Direitos houve um efeito moderado. No fator de Bem-Estar, no domínio Bem-Estar Emocional, no domínio de Bem-Estar Físico e no domínio Bem-Estar Material verificou-se um efeito pequeno. Por fim o Índice de QdV obteve um efeito moderado.

Tabela 5 - Estatística descritiva da Residência

Variáveis	Grupos	N	M	SD	p	η^2	d Cohen	IC95%
Fator de Independência	Familiares	34	23.91	± 2.895	.420 ^a	.011	.211	---
	Lar residencial	24	23.08	± 3.537				
Desenvolvimento Pessoal	Familiares	34	11.68	± 1.718	.057 ^a	.06	.505	---
	Lar residencial	24	10.96	± 2.095				
Autodeterminação	Familiares	34	12.23	± 1.652	.886 ^a	<.001	.037	---
	Lar residencial	24	12.12	± 2.153				
Fator Participação Social	Familiares	34	38.02	± 4.802	.015 ^{a*}	.101	.671	---
	Lar residencial	24	35.25	± 4.522				
Relação Interpessoal	Familiares	34	12.67	± 1.664	.966 ^b	---	.565	-0.756 – 0.292
	Lar residencial	24	12.29	± 1.601				
Inclusão Social	Familiares	34	12.52	± 1.957	.342 ^b	---	.529	-0.625 – 0.421
	Lar residencial	24	12.33	± 1.736				
Direitos	Familiares	34	12.79	± 2.345	<.001 ^{a*}	.197	.990	---
	Lar residencial	24	10.62	± 2.203				
Fator Bem-Estar	Familiares	34	37.73	± 3.536	.035 ^{a*}	.076	.574	---
	Lar residencial	24	35.62	± 3.774				
Bem-Estar Emocional	Familiares	34	14.14	± 1.158	.139 ^a	.033	.371	---
	Lar residencial	24	13.58	± 1.501				
Bem-Estar-Físico	Familiares	34	13.73	± 1.081	.215 ^a	.025	.319	---
	Lar residencial	24	13.20	± 1.444				
Bem-Estar Material	Familiares	34	9.85	± 2.548	.071 ^a	.055	.482	---
	Lar residencial	24	8.83	± 2.461				
Índice QV	Familiares	34	99.67	± 9.867	.023 ^{a*}	.089	.626	---
	Lar residencial	24	93.95	± 10.547				

* $p < 0.05$; ^a Teste Mann-Whitney; ^b Teste para amostras independentes; M – Média; SD – Desvio Padrão; η^2 – Eta ao quadrado; d – Dimensão do efeito; CI – Intervalo de Confiança

Resultados da análise relativamente à Situação Profissional

Na tabela 6, podemos observar as diferenças significativas no Fator de Independência, no domínio de Desenvolvimento Pessoal, no Fator de Bem-Estar, no domínio Bem-Estar Físico e no Índice de QdV entre os participantes de acordo com a sua situação profissional. De acordo com os intervalos de variação para classificar a magnitude dos efeitos (dCohen), verifica-se no nosso estudo, um efeito pequeno, no Fator de Independência e no Domínio de Autodeterminação, já no domínio de Desenvolvimento Pessoal existe um efeito moderado. No Fator de Participação Social, no domínio de Relação Interpessoal e no domínio de Inclusão Social houve efeito pequeno, porém no domínio dos Direitos verificou-se um efeito trivial. O Fator de Bem-Estar apresenta um efeito moderado, o domínio Bem-Estar Emocional e o domínio Bem-Estar Material obteve um efeito pequeno, já o domínio de Bem-Estar Físico apresenta um efeito moderado. Por fim o Índice de QdV obteve um efeito pequeno.

Tabela 6 - Estatística Descritiva da Situação Profissional

Variáveis	Grupos	N	M	SD	p	η^2	d Cohen	IC95%																																																																																																																																										
Fator de Independência	Desempregados	42	24.11	± 2.847	.024 ^{a*}	.083	.600	---																																																																																																																																										
	Reformados	18	22.16	± 3.502					Desenvolvimento Pessoal	Desempregados	42	11.69	± 1.854	.010 ^{a*}	.105	.685	---	Reformados	18	10.39	± 1.914	Autodeterminação	Desempregados	42	12.42	± 1.727	.236 ^a	.023	.305	---	Reformados	18	11.77	± 2.073	Fator Participação Social	Desempregados	42	37.33	± 4.620	.462 ^b	---	.587	-0.867 – 0.243	Reformados	18	35.83	± 5.249	Relação Interpessoal	Desempregados	42	12.71	± 1.550	.128 ^a	.037	.393	---	Reformados	18	12.05	± 1.696	Inclusão Social	Desempregados	42	12.47	± 1.978	.402 ^b	---	.545	-0.714 – 0.392	Reformados	18	12.16	± 1.790	Direitos	Desempregados	42	12.11	± 2.411	.558 ^a	.006	.150	---	Reformados	18	11.61	± 2.746	Fator Bem-Estar	Desempregados	42	37.64	± 3.483	.016 ^{a*}	.096	.653	---	Reformados	18	35.00	± 3.895	Bem-Estar Emocional	Desempregados	42	13.95	± 1.360	.387 ^a	.011	.212	---	Reformados	18	13.77	± 1.215	Bem-Estar-Físico	Desempregados	42	13.85	± 1.094	.003 ^{a*}	.139	.803	---	Reformados	18	12.77	± 1.308	Bem-Estar Material	Desempregados	42	9.83	± 2.336	.081 ^a	.049	.455	---	Reformados	18	8.44	± 2.853	Índice QV	Desempregados	42	99.09	± 9.238	.019 ^{a*}	.071	.553
Desenvolvimento Pessoal	Desempregados	42	11.69	± 1.854	.010 ^{a*}	.105	.685	---																																																																																																																																										
	Reformados	18	10.39	± 1.914					Autodeterminação	Desempregados	42	12.42	± 1.727	.236 ^a	.023	.305	---	Reformados	18	11.77	± 2.073	Fator Participação Social	Desempregados	42	37.33	± 4.620	.462 ^b	---	.587	-0.867 – 0.243	Reformados	18	35.83	± 5.249	Relação Interpessoal	Desempregados	42	12.71	± 1.550	.128 ^a	.037	.393	---	Reformados	18	12.05	± 1.696	Inclusão Social	Desempregados	42	12.47	± 1.978	.402 ^b	---	.545	-0.714 – 0.392	Reformados	18	12.16	± 1.790	Direitos	Desempregados	42	12.11	± 2.411	.558 ^a	.006	.150	---	Reformados	18	11.61	± 2.746	Fator Bem-Estar	Desempregados	42	37.64	± 3.483	.016 ^{a*}	.096	.653	---	Reformados	18	35.00	± 3.895	Bem-Estar Emocional	Desempregados	42	13.95	± 1.360	.387 ^a	.011	.212	---	Reformados	18	13.77	± 1.215	Bem-Estar-Físico	Desempregados	42	13.85	± 1.094	.003 ^{a*}	.139	.803	---	Reformados	18	12.77	± 1.308	Bem-Estar Material	Desempregados	42	9.83	± 2.336	.081 ^a	.049	.455	---	Reformados	18	8.44	± 2.853	Índice QV	Desempregados	42	99.09	± 9.238	.019 ^{a*}	.071	.553	---	Reformados	18	93.00	± 11.57								
Autodeterminação	Desempregados	42	12.42	± 1.727	.236 ^a	.023	.305	---																																																																																																																																										
	Reformados	18	11.77	± 2.073					Fator Participação Social	Desempregados	42	37.33	± 4.620	.462 ^b	---	.587	-0.867 – 0.243	Reformados	18	35.83	± 5.249	Relação Interpessoal	Desempregados	42	12.71	± 1.550	.128 ^a	.037	.393	---	Reformados	18	12.05	± 1.696	Inclusão Social	Desempregados	42	12.47	± 1.978	.402 ^b	---	.545	-0.714 – 0.392	Reformados	18	12.16	± 1.790	Direitos	Desempregados	42	12.11	± 2.411	.558 ^a	.006	.150	---	Reformados	18	11.61	± 2.746	Fator Bem-Estar	Desempregados	42	37.64	± 3.483	.016 ^{a*}	.096	.653	---	Reformados	18	35.00	± 3.895	Bem-Estar Emocional	Desempregados	42	13.95	± 1.360	.387 ^a	.011	.212	---	Reformados	18	13.77	± 1.215	Bem-Estar-Físico	Desempregados	42	13.85	± 1.094	.003 ^{a*}	.139	.803	---	Reformados	18	12.77	± 1.308	Bem-Estar Material	Desempregados	42	9.83	± 2.336	.081 ^a	.049	.455	---	Reformados	18	8.44	± 2.853	Índice QV	Desempregados	42	99.09	± 9.238	.019 ^{a*}	.071	.553	---	Reformados	18	93.00	± 11.57																					
Fator Participação Social	Desempregados	42	37.33	± 4.620	.462 ^b	---	.587	-0.867 – 0.243																																																																																																																																										
	Reformados	18	35.83	± 5.249					Relação Interpessoal	Desempregados	42	12.71	± 1.550	.128 ^a	.037	.393	---	Reformados	18	12.05	± 1.696	Inclusão Social	Desempregados	42	12.47	± 1.978	.402 ^b	---	.545	-0.714 – 0.392	Reformados	18	12.16	± 1.790	Direitos	Desempregados	42	12.11	± 2.411	.558 ^a	.006	.150	---	Reformados	18	11.61	± 2.746	Fator Bem-Estar	Desempregados	42	37.64	± 3.483	.016 ^{a*}	.096	.653	---	Reformados	18	35.00	± 3.895	Bem-Estar Emocional	Desempregados	42	13.95	± 1.360	.387 ^a	.011	.212	---	Reformados	18	13.77	± 1.215	Bem-Estar-Físico	Desempregados	42	13.85	± 1.094	.003 ^{a*}	.139	.803	---	Reformados	18	12.77	± 1.308	Bem-Estar Material	Desempregados	42	9.83	± 2.336	.081 ^a	.049	.455	---	Reformados	18	8.44	± 2.853	Índice QV	Desempregados	42	99.09	± 9.238	.019 ^{a*}	.071	.553	---	Reformados	18	93.00	± 11.57																																		
Relação Interpessoal	Desempregados	42	12.71	± 1.550	.128 ^a	.037	.393	---																																																																																																																																										
	Reformados	18	12.05	± 1.696					Inclusão Social	Desempregados	42	12.47	± 1.978	.402 ^b	---	.545	-0.714 – 0.392	Reformados	18	12.16	± 1.790	Direitos	Desempregados	42	12.11	± 2.411	.558 ^a	.006	.150	---	Reformados	18	11.61	± 2.746	Fator Bem-Estar	Desempregados	42	37.64	± 3.483	.016 ^{a*}	.096	.653	---	Reformados	18	35.00	± 3.895	Bem-Estar Emocional	Desempregados	42	13.95	± 1.360	.387 ^a	.011	.212	---	Reformados	18	13.77	± 1.215	Bem-Estar-Físico	Desempregados	42	13.85	± 1.094	.003 ^{a*}	.139	.803	---	Reformados	18	12.77	± 1.308	Bem-Estar Material	Desempregados	42	9.83	± 2.336	.081 ^a	.049	.455	---	Reformados	18	8.44	± 2.853	Índice QV	Desempregados	42	99.09	± 9.238	.019 ^{a*}	.071	.553	---	Reformados	18	93.00	± 11.57																																															
Inclusão Social	Desempregados	42	12.47	± 1.978	.402 ^b	---	.545	-0.714 – 0.392																																																																																																																																										
	Reformados	18	12.16	± 1.790					Direitos	Desempregados	42	12.11	± 2.411	.558 ^a	.006	.150	---	Reformados	18	11.61	± 2.746	Fator Bem-Estar	Desempregados	42	37.64	± 3.483	.016 ^{a*}	.096	.653	---	Reformados	18	35.00	± 3.895	Bem-Estar Emocional	Desempregados	42	13.95	± 1.360	.387 ^a	.011	.212	---	Reformados	18	13.77	± 1.215	Bem-Estar-Físico	Desempregados	42	13.85	± 1.094	.003 ^{a*}	.139	.803	---	Reformados	18	12.77	± 1.308	Bem-Estar Material	Desempregados	42	9.83	± 2.336	.081 ^a	.049	.455	---	Reformados	18	8.44	± 2.853	Índice QV	Desempregados	42	99.09	± 9.238	.019 ^{a*}	.071	.553	---	Reformados	18	93.00	± 11.57																																																												
Direitos	Desempregados	42	12.11	± 2.411	.558 ^a	.006	.150	---																																																																																																																																										
	Reformados	18	11.61	± 2.746					Fator Bem-Estar	Desempregados	42	37.64	± 3.483	.016 ^{a*}	.096	.653	---	Reformados	18	35.00	± 3.895	Bem-Estar Emocional	Desempregados	42	13.95	± 1.360	.387 ^a	.011	.212	---	Reformados	18	13.77	± 1.215	Bem-Estar-Físico	Desempregados	42	13.85	± 1.094	.003 ^{a*}	.139	.803	---	Reformados	18	12.77	± 1.308	Bem-Estar Material	Desempregados	42	9.83	± 2.336	.081 ^a	.049	.455	---	Reformados	18	8.44	± 2.853	Índice QV	Desempregados	42	99.09	± 9.238	.019 ^{a*}	.071	.553	---	Reformados	18	93.00	± 11.57																																																																									
Fator Bem-Estar	Desempregados	42	37.64	± 3.483	.016 ^{a*}	.096	.653	---																																																																																																																																										
	Reformados	18	35.00	± 3.895					Bem-Estar Emocional	Desempregados	42	13.95	± 1.360	.387 ^a	.011	.212	---	Reformados	18	13.77	± 1.215	Bem-Estar-Físico	Desempregados	42	13.85	± 1.094	.003 ^{a*}	.139	.803	---	Reformados	18	12.77	± 1.308	Bem-Estar Material	Desempregados	42	9.83	± 2.336	.081 ^a	.049	.455	---	Reformados	18	8.44	± 2.853	Índice QV	Desempregados	42	99.09	± 9.238	.019 ^{a*}	.071	.553	---	Reformados	18	93.00	± 11.57																																																																																						
Bem-Estar Emocional	Desempregados	42	13.95	± 1.360	.387 ^a	.011	.212	---																																																																																																																																										
	Reformados	18	13.77	± 1.215					Bem-Estar-Físico	Desempregados	42	13.85	± 1.094	.003 ^{a*}	.139	.803	---	Reformados	18	12.77	± 1.308	Bem-Estar Material	Desempregados	42	9.83	± 2.336	.081 ^a	.049	.455	---	Reformados	18	8.44	± 2.853	Índice QV	Desempregados	42	99.09	± 9.238	.019 ^{a*}	.071	.553	---	Reformados	18	93.00	± 11.57																																																																																																			
Bem-Estar-Físico	Desempregados	42	13.85	± 1.094	.003 ^{a*}	.139	.803	---																																																																																																																																										
	Reformados	18	12.77	± 1.308					Bem-Estar Material	Desempregados	42	9.83	± 2.336	.081 ^a	.049	.455	---	Reformados	18	8.44	± 2.853	Índice QV	Desempregados	42	99.09	± 9.238	.019 ^{a*}	.071	.553	---	Reformados	18	93.00	± 11.57																																																																																																																
Bem-Estar Material	Desempregados	42	9.83	± 2.336	.081 ^a	.049	.455	---																																																																																																																																										
	Reformados	18	8.44	± 2.853					Índice QV	Desempregados	42	99.09	± 9.238	.019 ^{a*}	.071	.553	---	Reformados	18	93.00	± 11.57																																																																																																																													
Índice QV	Desempregados	42	99.09	± 9.238	.019 ^{a*}	.071	.553	---																																																																																																																																										
	Reformados	18	93.00	± 11.57																																																																																																																																														

* $p < 0.05$; ^a Teste Mann-Whitney; ^b Teste para amostras independentes; M – Média; SD – Desvio Padrão; η^2 – Eta ao quadrado; d – Dimensão do efeito; CI – Intervalo de Confiança

Resultados da análise relativamente ao Tipo de Escola

Na tabela 7, podemos observar as diferenças significativas entre os grupos de acordo com o tipo de ensino, no Fator de Independência, no domínio do Desenvolvimento Pessoal, no Fator de Participação Social, no domínio de Relação Interpessoal, no domínio de Inclusão Social, no Fator de Bem-Estar, no domínio de Bem-Estar Emocional, no domínio de Bem-Estar Físico e no Índice de QdV. De acordo com os intervalos de variação para classificar a magnitude dos efeitos (*d* Cohen), verifica-se no nosso estudo, um efeito moderado, no Fator de Independência e no Domínio de Desenvolvimento Pessoal, já o domínio de Autodeterminação apresenta um efeito pequeno. O Fator de Participação Social, o domínio de Relação Interpessoal e o domínio de Inclusão Social obtiveram um efeito moderado, já o domínio dos Direitos apresenta um efeito pequeno. No fator de Bem-Estar, no domínio Bem-Estar Emocional e no domínio Bem-Estar Físico houve um efeito moderado, o domínio de Bem-Estar Material apresenta um efeito pequeno. Por fim o Índice de QdV obteve efeito moderado.

Tabela 7 - Estatística Descritiva do Tipo de Escola

Variáveis	Grupos	N	M	SD	p	η^2	d Cohen	IC95%
Fator de Independência	Escola Regular	18	21.94	± 3.403	.004 ^{a*}	.143	.817	---
	Escola Especial	42	24.21	± 2.824				
Desenvolvimento Pessoal	Escola Regular	18	10.33	± 1.847	.002 ^{a*}	.154	.854	---
	Escola Especial	42	11.71	± 1.865				
Autodeterminação	Escola Regular	18	11.61	± 2.118	.081 ^a	.056	.487	---
	Escola Especial	42	12.50	± 1.671				
Fator Participação Social	Escola Regular	18	34.61	± 4.828	.009 ^{a*}	.121	.742	---
	Escola Especial	42	37.85	± 4.534				
Relação Interpessoal	Escola Regular	18	11.77	± 1.477	.006 ^{a*}	.128	.767	---
	Escola Especial	42	12.83	± 1.575				
Inclusão Social	Escola Regular	18	11.55	± 1.688	.014 ^{a*}	.105	.685	---
	Escola Especial	42	12.73	± 1.913				
Direitos	Escola Regular	18	11.27	± 2.803	.170 ^a	.036	.388	---
	Escola Especial	42	12.26	± 2.338				
Fator Bem-Estar	Escola Regular	18	34.55	± 3.791	.001 ^{a*}	.175	.922	---
	Escola Especial	42	37.83	± 3.363				
Bem-Estar Emocional	Escola Regular	18	13.16	± 1.382	.001 ^{a*}	.157	.864	---
	Escola Especial	42	14.21	± 1.158				
Bem-Estar Físico	Escola Regular	18	12.83	± 1.248	.003 ^{a*}	.144	.822	---
	Escola Especial	42	13.83	± 1.145				
Bem-Estar Material	Escola Regular	18	8.55	± 2.874	.116 ^a	.046	.439	---
	Escola Especial	42	9.78	± 2.353				
Índice QV	Escola Regular	18	91.11	± 10.921	<.001 ^{a*}	.191	.973	---
	Escola Especial	42	99.90	± 8.891				

* $p < 0.05$; ^a Teste Mann-Whitney; ^b Teste para amostras independentes; M – Média; SD – Desvio Padrão; η^2 – Eta ao quadrado; d – Dimensão do efeito; CI – Intervalo de Confiança

Resultados da análise relativamente às Habilitações Académicas

Na tabela 8, podemos observar as diferenças significativas entre grupos, considerando o nível de escolaridade, no Fator de Independência, no domínio do Desenvolvimento Pessoal e no domínio de Bem-Estar Material. De acordo com os intervalos de variação para classificar a magnitude dos efeitos (*d* Cohen), verifica-se no nosso estudo, um efeito pequeno no Fator de Independência, um efeito moderado no domínio do Desenvolvimento Pessoal e um efeito trivial no domínio Autodeterminação. No Fator de Participação Social, no domínio Relação Interpessoal e no domínio Direitos verificou-se um efeito trivial, já no domínio Inclusão Social averiguou-se um efeito pequeno. O Fator Bem-Estar, o domínio Bem-Estar Emocional e o domínio Bem-Estar Físico apresentam um efeito pequeno, já o domínio Bem-Estar Material mostra um efeito moderado. Por fim o Índice de QdV obteve um efeito pequeno.

Tabela 8 - Estatística Descritiva das Habilitações Académicas

Variáveis	Grupos	N	M	SD	p	η^2	d Cohen	σ^{pool}
Fator de Independência	1º Ciclo	24	22.20	± 3.587	.039 ^{a*}	.079	.586	---
	2º Ciclo	17	24.82	± 2.555				
	3º Ciclo	19	24.82	± 2.555				
Desenvolvimento Pessoal	1º Ciclo	24	10.33	± 2.297	.011 ^{a*}	.124	.753	---
	2º Ciclo	17	12.12	± 1.616				
	3º Ciclo	19	11.79	± 1.134				
Autodeterminação	1º Ciclo	24	11.87	± 1.918	.393 ^a	.002	.096	---
	2º Ciclo	17	12.70	± 1.829				
	3º Ciclo	19	12.26	± 1.758				
Fator Participação Social	1º Ciclo	24	35.70	± 4.938	.350 ^a	.002	.083	---
	2º Ciclo	17	38.11	± 4.662				
	3º Ciclo	19	37.26	± 4.723				
Relação Interpessoal	1º Ciclo	24	12.20	± 1.667	.507 ^a	.011	.213	---
	2º Ciclo	17	12.47	± 1.699				
	3º Ciclo	19	12.94	± 1.432				
Inclusão Social	1º Ciclo	24	11.87	± 1.872	.141 ^a	.034	.373	---
	2º Ciclo	17	13.05	± 1.599				
	3º Ciclo	19	12.42	± 2.116				
Direitos	1º Ciclo	24	11.62	± 2.779	.723 ^a	---	.036 ^c	± 2.504
	2º Ciclo	17	12.52	± 2.154				
	3º Ciclo	19	11.89	± 2.469				
Fator Bem-Estar	1º Ciclo	24	36.04	± 3.983	.637 ^b	.012	.216	---
	2º Ciclo	17	37.05	± 3.815				
	3º Ciclo	19	37.68	± 3.464				
Bem-Estar Emocional	1º Ciclo	24	13.75	± 1.293	.142 ^a	.033	.372	---
	2º Ciclo	17	14.41	± 1.003				
	3º Ciclo	19	13.63	± 1.498				
Bem-Estar-Físico	1º Ciclo	24	13.62	± 1.279	.788 ^a	.027	.331	---
	2º Ciclo	17	13.47	± 1.280				
	3º Ciclo	19	13.47	± 1.263				
Bem-Estar Material	1º Ciclo	24	8.66	± 2.461	.031 ^{a*}	.087	.617	---
	2º Ciclo	17	9.17	± 2.603				
	3º Ciclo	19	10.57	± 2.340				
Índice QV	1º Ciclo	24	93.95	± 10.884	.146 ^a	.032	.366	---
	2º Ciclo	17	100.00	± 9.643				
	3º Ciclo	19	99.00	± 9.380				

* $p < 0.05$; ^a Kruskal-Wallis; ^b Anova Multifatorial; M – Média; SD – Desvio Padrão; η^2 – Eta ao quadrado; d – Dimensão do efeito; σ^{pool} – Desvio Padrão Combinado

Como podemos verificar nas figuras, ao compararmos os grupos dois a dois, verificamos que existem diferenças significativas entre o 1º ciclo e o 2º ciclo no Fator de Independência (Gráfico 5) e no domínio Desenvolvimento Pessoal (Gráfico 6). No gráfico 7, ao compararmos os grupos dois a dois, verificamos que existem diferenças significativas entre o 1º ciclo e o 3º ciclo, no domínio do Bem-Estar Material.

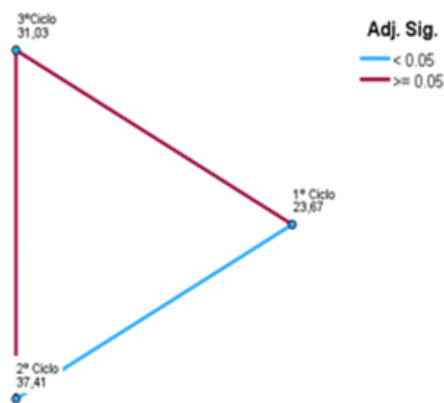


Gráfico 5 - Fator de Independência

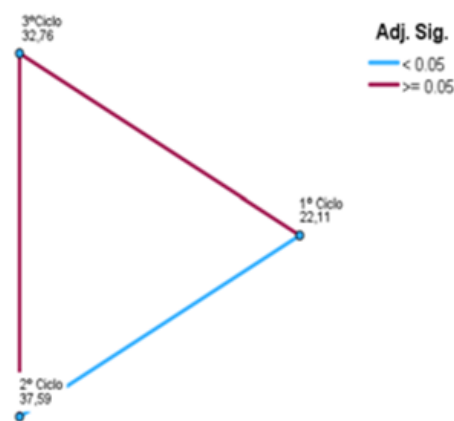


Gráfico 6 - Domínio Desenvolvimento Pessoal

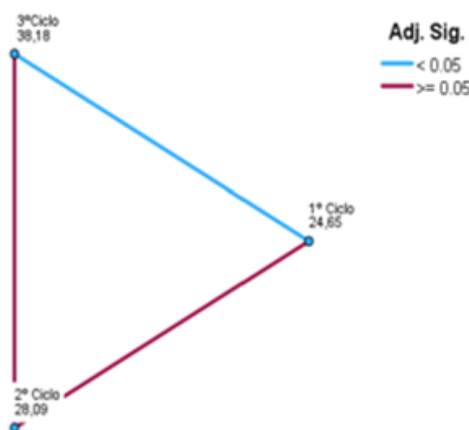


Gráfico 7 - Domínio Bem-Estar Material

2.3 Discussão dos Resultados

O objetivo desta investigação centrou-se em avaliar a QdV dos indivíduos com DID praticantes de Desporto Adaptado em instituições. Pretendeu-se verificar os efeitos e as diferenças entre grupos, considerando o sexo, residência, situação profissional, tipo de escolaridade e habilitações académicas na QdV dos indivíduos com DID praticantes de desporto adaptado em instituições.

A utilização e interpretação da perceção pode representar um passo importante para explorar diferentes pontos de vista sobre a QdV dos indivíduos com DID, e onde estes esclarecem o que consideram como relevante e satisfatório na sua própria vida (Saviani-Zeoti & Petean, 2008; Simões & Santos, 2016; Simões et al., 2015, 2017; Verdugo et al., 2005).

Com este estudo pretendeu-se aprofundar, na prática as evidências teóricas mais recentes, sobre o conceito de QdV, cujo resultados são aproveitados para estabelecer metas e objetivos individuais em função de interesses e motivações pessoais, servindo para controlar e avaliar a qualidade das estratégias e serviços prestados, permitindo uma avaliação da sua eficácia (Decreto-Lei n.º 54/2018; Moniz, 2007; Verdugo et al. 2012), tendo impacto na reflexão sobre novas políticas mais funcionais e capacitadoras, onde a pessoa com DID assume o papel de agente causal (Brown & Brown, 2009; Lachappelle et al., 2005; Torres et al., 2022). A aplicação e implementação da nova conceptualização da QdV exige mudanças na continuidade das abordagens mais recentes (Santos, 2020; Schalock et al., 2021), assumindo um papel relevante na avaliação de instrumentos validados a nível da investigação (Simões & Santos, 2014; Simões et al., 2016).

O modelo de QdV está dividido em oito domínios que se organizam por três fatores e que se traduzem num índice global de QdV (Schalock & Verdugo, 2002; Simões et al., 2017).

Os resultados obtidos apontam que os indivíduos com DID que praticam desporto adaptado apresentam um bom índice de QdV. Relativamente aos resultados em função do sexo, existem diferenças significativas entre o sexo masculino e o sexo feminino no Fator de Bem-Estar; relativamente à residência verificamos diferenças significativas entre os indivíduos que residem com os familiares e os que residem no lar residencial no Fator de Participação Social, no domínio Direitos, no Fator Bem-Estar e no índice de QdV; relativamente à situação profissional verifica-se diferenças significativas no Fator de Independência, domínio do Desenvolvimento Pessoal, no Fator de Bem-Estar, no domínio Bem-Estar Físico e no índice de QdV entre os participantes (desempregados e reformados); relativamente ao tipo de escola verifica-se diferenças significativas entre os grupos (escola regular e escola especial) no Fator de Independência, domínio do Desenvolvimento Pessoal, no Fator de Participação Social, no domínio de Relação Interpessoal, no domínio de Inclusão Social, no Fator de Bem-Estar, no domínio Bem-Estar Emocional, no domínio Bem-Estar Físico e no índice de QdV; relativamente às habilitações académicas verificamos diferenças significativas entre os grupos (1º ciclo, 2º ciclo e 3º ciclo) no Fator de Independência, no domínio de Desenvolvimento Pessoal e no domínio de Bem-Estar Material. Em relação à correlação verificou-se correlações altas positivas entre os 3 fatores (Fator de Independência, Fator de Participação Social e o Fator de Bem-Estar) e o índice de QdV.

Na análise dos valores médios, constatamos que o bem-estar emocional parece ser o domínio com melhores valores médios e o bem-estar material o que apresenta os valores mais baixos, resultados encontrados em outros estudos assim como a tendência elevada para a taxa de desemprego (Simões & Santos, 2016).

Fator Independência: no domínio desenvolvimento pessoal, que está relacionado com a educação e com as competências pessoais, os valores apresentados tendem para uma resposta intermédia, o que indicam que ainda é necessário desenvolver competências, mas por outro lado observou-se uma atenção para a área da funcionalidade, como o exemplo da pergunta 1 sobre a alimentação e a higiene. Os valores menores aparecem na pergunta 3, relacionada com as oportunidades de novas aprendizagens, no entanto é importante realçar que as atividades de aprendizagem ao longo da vida já tinham sido constatadas no estudo de Córdova et al. (2012). O domínio da autodeterminação, que está relacionado com as metas e objetivos pessoais, a tomada de decisões e a possibilidade de fazer as próprias escolhas, apresenta valores médios no que diz à tomada de decisão, o que já vem sendo apontado na literatura como uma das atividades em que as pessoas com DID são desresponsabilizadas (Férrandez et al., 2005; Santos, 2020; Santos & Morato, 2012). A autodeterminação e a capacidade de tomada de decisão são habilidades pouco trabalhadas a nível nacional (Torres et al., 2022) o que se reflete e, inclusive, pode declinar com o tempo.

Fator Participação Social: no domínio das relações interpessoais, que estão relacionadas com a família, amigos, rede social e apoios que recebe dos outros, apresenta uma redução dos valores no que diz respeito à comunicação e/ou visitas de amigos, que apesar de tudo não passam tanto tempo com a pessoa com DID, por motivos de emprego e outras responsabilidades por parte de outros. No domínio da inclusão social relacionada com a inclusão e participação na comunidade, os papéis desempenhados na sociedade e os apoios sociais que recebe, realça valores baixos na pergunta 2 relacionada com os locais da comunidade onde vive (ex: cafés, bares, lojas, bancos, correios, cabeleireiros, cinema, igrejas e/ou locais desportivos), são algumas questões que se deverão ter em consideração nas próximas décadas (Férrandez et al., 2005; Santos, 2020). No domínio dos direitos humanos, como o respeito, a dignidade e a igualdade, apresenta valores médios, eventualmente explicados pela vivência prolongada num contexto segregado, e sem o conhecimento sobre os seus próprios direitos e deveres, surgindo a necessidade de oportunidades relacionadas com os direitos. As pessoas com DID raramente possuem a chave de casa, uma vez que não têm a autorização para sair da instituição ou por serem sempre supervisionados pelos familiares, concluindo que existe falta de incentivo na estimulação destas competências de escolha e decisão individual, e que estão diretamente relacionadas com a autodeterminação (Santos, 2020) e com a responsabilidade (Santos et al., 2014).

No Fator Bem-Estar: no domínio bem-estar emocional, que está relacionado com a satisfação, com o autoconceito e com a ausência de stress na vida, confirmam-se os valores mais elevados. Já em 2016, Simões e Santos tinham encontrado esta mesma tendência. As pessoas com DID têm uma perceção superior quanto ao apoio que recebem dos outros, sendo menos críticos às circunstâncias ambientais (Simões & Santos, 2016). O domínio do bem-estar físico é outro domínio em que apresentam valores elevados, que estão associados à saúde no geral e aos cuidados de saúde, também está relacionado com o desporto adaptado, uma vez que ao serem praticantes de desporto adaptado estão a contribuir para um estado de saúde mais estável. No domínio do bem-estar material, relacionado com a atividade económica e financeira, emprego e remuneração (Schalock & Verdugo, 2002) foram apresentados valores menores por parte das pessoas com DID, indo ao encontro de Simões & Santos (2016), que está relacionado com a taxa de emprego muito baixa por parte desta população a nível nacional e existindo a necessidade desta questão ser refletida em Portugal, tendo pouco investimento ao nível das práticas, dada a relevância do emprego e independência financeira para uma vida com mais qualidade e mais autodeterminada (Sousa et al., 2007; Santos, 2014; Santos & Morato, 2012).

Ao nível da análise por sexo, existiu diferenciação no fator bem-estar, destacando-se o domínio de bem-estar emocional com valores ligeiramente superiores no sexo masculino e no sexo feminino.

Relativamente à variável escola, as diferenças significativas verificaram-se no fator de independência, mais propriamente no domínio do desenvolvimento pessoal, no fator de participação social, englobando relação interpessoal e o domínio de inclusão

social, no fator bem-estar incluindo o domínio bem-estar emocional e o domínio bem-estar físico por parte dos participantes que não frequentaram a escola, parece estarem associadas ao compromisso cognitivo que interfere com a aprendizagem acadêmica e prática (Harris & Greenspan, 2016; Salvador-Carulla et al., 2011; Santos & Morato, 2016) mas também a um acompanhamento acadêmico não direcionado e especificado para as características individuais (Antunes & Santos, 2015); e à falta oportunidades (Santos, 2014; Santos & Morato, 2012). As limitações cognitivas das pessoas com DID, não são necessariamente permanentes e o indivíduo pode beneficiar de intervenções para promover melhorias na eficiência cognitiva e comportamental (Kirk et al., 2015).

Na variável habilitações que envolve o processo de aprendizagem formal e ao longo da vida, englobando as competências pessoais e o seu desempenho (Ribeiro et al., 2017; Rodrigues et al., 2016; Simões & Santos, 2016). Deste modo, constatam-se diferenças no fator de independência, englobando o domínio do desenvolvimento pessoal e o domínio bem-estar material, que podem ser explicadas pelo nível de escolaridade, que parecem melhorar ao longo da trajetória acadêmica, comprovando os resultados observados por Simões e Santos (2016) a nível nacional.

O local de residência parece interferir com os resultados na QdV da população com DID, corroborando por Simões & Santos (2016, 2017) quando apontam as circunstâncias em que a pessoa vive como a principal característica do envolvimento com maior influência na sua QdV, verificando-se diferenças no fator de participação social, incluindo o domínio dos direitos e no fator bem-estar. As pessoas que vivem incluídas na comunidade passam mais tempo com os amigos e família, aumentando as oportunidades de efetuar escolhas (e.g., escolher o que comer e vestir) tomar decisões, definir metas e objetivos pessoais, desencadeando-se atitudes mais autodeterminadas no sujeito (Simões, 2016; Santos, 2020).

As diferenças significativas observadas entre os participantes empregados e pensionistas, e indo ao encontro de Buys et al. (2008), foi no fator de independência, englobando o domínio de desenvolvimento pessoal, no fator de bem-estar onde engloba também o domínio de bem-estar físico. É necessário salientar que o emprego é uma peça chave para a qualidade de vida desta população. No entanto, a maioria dos participantes não tinham um emprego remunerado, o que tem vindo a ser apontado na literatura, devido às baixas expectativas e preconceito face às pessoas com DID (Santos, 2014; Ribeiro et al., 2017), decorrentes das dificuldades cognitivas e adaptativas inerentes à dificuldade intelectual desenvolvimental (Sousa & Franco, 2012; Tomaszewski et al., 2018; Verdugo et al., 2010) e que interferem com a aquisição de hábitos de trabalho, dificuldade na compreensão de conceitos de assiduidade e pontualidade, e na discriminação e manuseamento do dinheiro, manifestando menor organização na execução de tarefas, precisão e produtividade (Santos, 2014; Santos & Morato, 2012).

Conclui-se que ao nível da satisfação e importância dos domínios, as respostas parecem indicar que os participantes com DID estão de uma forma geral satisfeitos com

a sua vida, especialmente ao nível do bem-estar emocional, bem-estar físico e nas relações interpessoais. Os domínios onde este tipo de população parece não apresentar uma boa satisfação, e tal como expectável, passam pelo bem-estar material, autodeterminação e no desenvolvimento pessoal.

3. Conclusão

3.1 Conclusões

A investigação de acordo com os objetivos delineados inicialmente, apresenta algumas conclusões que nos permitem justificar a avaliação da QdV das pessoas com DID praticantes de Desporto Adaptado em instituições. Desta forma é importante dar lugar a abordagens de capacitação, onde devem ser as próprias pessoas com DID a assumir o papel da sua vida e no estabelecimento de objetivos, em função dos próprios interesses e motivações (Simões & Santos, 2016).

Foi verificado ao longo da revisão de literatura apresentada que a QdV, tal como a DID ainda não encontraram um consenso. No entanto, os estudos já realizados permitem definir oito domínios considerados essenciais para a avaliação da QdV e que são idênticos para a população dita normal e para a população com DID. Desta maneira, o foco deve direccionar-se para as competências e indicadores ao nível dos domínios que as pessoas com DID parecem valorizar mais: Relações Interpessoais, Bem-Estar Emocional e Bem-Estar Físico. O Bem-Estar Físico está relacionado com o Desporto Adaptado, uma vez que os indivíduos praticantes de Desporto Adaptado apresentam elevados valores no domínio do Bem-Estar Físico. O Bem-Estar Material parece ser o domínio tendencialmente menos valorizado, exigem um novo reposicionamento dos planeamentos educativos e ao longo da vida para aprendizagens decisoras e diretamente relacionadas com a própria autonomia (Torres et al., 2022).

Os resultados obtidos neste estudo, permitem concluir que existe correlação positiva entre os Fatores da QdV e o índice de QdV em indivíduos com DID praticantes de Desporto Adaptado. A influência de determinadas variáveis prejudicam na aprendizagem ao longo da vida. Como forma de contornar esta influência é necessário que este tipo de população consiga viver de forma mais independente e ter um emprego em ambientes comunitários de maneira a melhorar os resultados pessoais nos domínios do desenvolvimento pessoal, autodeterminação e bem-estar material. A participação em ambientes comunitários favorece uma melhor QdV, desafiando as instituições como resposta primária para as pessoas com DID (Pinheiro et al., 2018).

Quanto às características pessoais das pessoas com DID praticantes de Desporto Adaptado em instituições, podemos verificar que quanto ao sexo, residência, situação profissional, tipo de escola e habilitações académicas apresentam menor índice no bem-estar material e maior índice no bem-estar emocional. É necessário existir a identificação dos domínios considerados como mais relevantes e contribuidores para uma vida com mais qualidade e também é necessário a reflexão sobre novos planeamentos individuais e ajustados para a autonomia, participação e vivência dos direitos (Khoury & Sá-Neves, 2014; Luckasson & Schalock, 2015; Simões, 2015).

A avaliação da QdV poderá ter um papel fundamental ao nível da reorganização das instituições e da sua articulação com a comunidade, fundamentando-se as decisões dos serviços a prestar na intervenção do acesso aos recursos comunitários: programas de educação/aquisição de competências e serviços profissionais, alojamento, experiências comunitárias e disponibilidade de transporte, proporcionando oportunidades de participação social e autodeterminação, como é o caso do desporto adaptado.

É necessário salientar ainda que é necessário que haja mais formação profissional para a atuação para este tipo de população, melhorias e concretizações em prol da inclusão, e em termos de oportunidades desportivas, devido à falta de apoios e acessibilidades (citado por MS. Vinícius Denardin Cardoso, 2011)

Todos estes dados podem contribuir, com evidências, para novas políticas mais sustentáveis e que exigem maior produtividade para todos os intervenientes, favorecendo desta forma a participação de práticas profissionais, dinâmicas e políticas públicas (Verdugo et al., 2009). Neste sentido o quadro concetual da QdV pretende: a mudança de atitudes face à população com DID, baseada em novos conceitos e valores ajustados às suas necessidades; fornecer uma linguagem comum que promova a igualdade social destas pessoas; sugerir uma mudança na organização e qualidade dos resultados a alcançar; supondo que os serviços e os apoios que estas pessoas recebem, influenciam positivamente o seu bem-estar pessoal e QdV (Schalock et al., 2007).

3.2 Limitações e Recomendações

Ao longo desta investigação, é possível apontar algumas limitações que surgiram para a concretização da mesma. De referir que o facto de o questionário ser demasiado extenso revelou-se uma limitação à aceitação das instituições em aplicar o questionário aos seus utentes com DID, considerando ter sido uma das causas para a quantidade da amostra utilizada neste estudo. Outra limitação foi o facto de os cuidadores não terem colaborado nas respostas do questionário o que não foi possível comparar as respostas dos utentes com a dos cuidadores.

Em investigações futuras recomenda-se que se investigue, também, a opinião dos cuidadores dos indivíduos com DID relativamente ao Desporto Adaptado nas instituições, para estabelecer o impacto da Qualidade de Vida nos indivíduos com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental, utilizando o Desporto Adaptado em instituições.

Recomenda-se que se investigue mais a comparação da QdV dos indivíduos com DID praticantes de Desporto Adaptado com a QdV dos indivíduos com DID não praticantes de Desporto Adaptado, com o intuito de analisar o Desporto Adaptado relativamente aos benefícios da QdV para este tipo de população.

Referências Bibliográficas

- Alonso, M., Bedia, R., Fernández, S., Garcia, L., Martín, S., Cuadrado, J. ... Ribera (2012). Modelo de calidad de vida aplicado a la atención residencial de personas con necesidades complejas de apoyo. La toma de decisiones para el desarrollo de su proyecto de vida. Las personas con necesidades complejas de apoyo, con graves discapacidades. *Primera edición: Colección Documentos Serie Documentos Técnicos N.º 21020. Catálogo General de Publicaciones Oficiales: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)*.
- American Association on Intellectual and Development Disabilities (AAIDD) (2010). *Definition of Intellectual Disability*. Washington, D.C, 2007.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (5ªed)*. American Psychiatric Publishing.
- Antunes, A. & Santos, S. (2015). Os benefícios de um programa de Intervenção Psicomotora para indivíduos com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais ao nível do Comportamento Adaptativo e da Proficiência Motora: estudo comparativo. *A Psicomotricidade*, 18: 89-122.
- Bayle, E. (2010). La gouvernance des fédérations chargées d'une mission de service public: le cas des fédérations sportives françaises. *Politiques et Management Public*, 27 (1), 11-32
- Belo, C., Caridade, H., Cabral, L., Sousa, L. (2008). Deficiência Intelectual: Terminologia e Conceptualização – Eixos de Esperança. *Revista Diversidades, nº 22. Funchal: O Liberal*.
- Bertelli, M. (2013). *Il Ritardo Mentale nel DSM-5: Disabilità Intellettiva (Disturbo dello Sviluppo Intelletivo, Criteri Diagnostici e Posizione)*. CREA – Centro di Ricerca e Ambulatori.
- Brandão, L., Ferraz, M. B. & Zerbini, C. A. (1998). Health Status in rheumatoid arthritis: cross cultural evaluation of a Portuguese version of the Arthritis Impact Measurement Scales 2 (Brasil-AIMS2). *Journal of rheumatology*, 8(25), 1499- 1501.
- Bravo, G. & Silva, J. (2014). Sport policy in Chile. *International Journal of Sport Policy and Politics*, 6 (1), 129-142.
- Brown, I., & Brown, R. (2003). Choice as an aspect of quality of life for people with intellectual disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 6(1), 11-18.
- Brown, I., & Brown, R. (2009). Choice as an aspect of quality of life for people with intellectual disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 6(1), 11-18.
- Bullinger, M.(1997). Health related quality of life and subjective health. Overview of the status of research for new evaluation criteria in medicine. *Psychotherapy. Psychosom. Medicine Psychology*. 3-4(47), 76-91.
- Buntinx, W. & Schalock, R. (2010). Models of disability, quality of life, and individualizer supports: Implications for professional practice in intellectual disability. *Journal of Policy and Intellectual Disabilities*, 7 (4), 283-294, 10.1
- Buys, L., Boulton-Lewis, G., Tedman-Jones, J., Edwards, H., Knox, M. & Bigby, C. (2008). Issues of active ageing: Perceptions of older people with lifelong intellectual disability. *Australasian Journal of Ageing*, 27 (2), 67-71.
- Campos, S. M. & Martins, R. M., (2008). *Educação Especial: Aspectos Históricos e evolução Conceptual*. Millenium, Educação, Ciência E Tecnologia, 34, 223-231.

Canavarro, M. C., Pereira, M., Simões, M. R., Pintassilgo, A. L. & Ferreira, A. P. (2008). *Estudos psicométricos da versão portuguesa (de Portugal) do instrumento de avaliação da qualidade de vida na infeção VIH da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIV)*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(9), 15-28.

Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M. & Pintassilgo, A. L. (2005). *Desenvolvimento dos Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida na Infeção VIH da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIV; WHOQOL-HIV-BREF) para Português de Portugal: Apresentação de um projeto*.

Cardoso, V., Palma, L. & Zanella, Â. (2010). A motivação de pessoas com deficiência para a prática do esporte adaptado. *Revista Digital Efdesportes.com*, vol. 15 (146).

Carrilho, I. M. (2009). *Qualidade de vida da pessoa com deficiência: perspectivas actuais e futuras*. (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Motricidade Humana. Universidade Técnica de Lisboa.

Carvalho, J.V. (2017). Uma breve história do desporto para pessoas com deficiência. In: *Desporto com sentido, manual de Desporto Adaptado*. APCAS-Associação de Paralisia cerebral de Almada e Seixal.

Claes, C., Van Hove, G., van Loon, J., Vandeveldde, S., & Schalock, R. L. (2010). Quality of Life Measurement in the Field of Intellectual Disabilities: Eight Principles for Assessing Quality of Life-Related Personal Outcomes. *Social Indicators Research*, 98(1), Article 1.

Córdova, V., Río, C.J., Robaina, F.N., Ortiz, M. C. & Tejada, A.L. (2012). *Necessidades de apoyos en adultos com discapacidad intelectual institucionalizados: Estudio en el Contexto Chileno*. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 8(2), 213-222.

Cunha, L., Pires, G., & St'Aubyn, A. (2000). O espaço e o acesso ao desporto, constituição de um modelo de acessibilidade ao desporto na sub-região do Vale do Tejo – Portugal- 1997- 2000. *Ludens*, vol. 16 (4), 43- 64.

Decreto-Lei n.º 54/2018: para onde aponta o vivido. Disponível em: https://proandee.weebly.com/uploads/1/6/4/6/16461788/avalia%C3%A7%C3%A3o_54_versao_final.pdf

DePauw, Karen P.; Gavron, Susan J. (2005). *Disability Sport. 2nd ed.*. Champaign: Human Kinetics.

Dias, J., & Santos, S. (2006). Comportamento adaptativo e qualidade de vida: Emprego protegido na deficiência mental. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 13, 47-58.

Dias, R. (2007). *Desporto Adaptado do Futebol Clube do Porto*. [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Dias, R. (2007). *Desporto Adaptado do Futebol Clube do Porto*. R. Pereira. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Duarte, P. S., Miyazaki, M. C. O. S., Ciconelli, R.M. & Sesso, R. (2003). Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crónicos (KDQOL-SF). *Revista da Associação Médica Brasileira*, 4(49), 385-381.

Feraz, E.; Lima, C.; Cella, W. & Arieta, C. (2002). *Adaptação de questionário de avaliação da qualidade de vida para aplicação em portadores de catarata*. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, v. 65, n. 3,p. 293-298.

Fernández, S., Garcia, M., Sánchez, M., Rodríguez, T., & Rodríguez, P. (2005). *Evaluación de experiencias integradoras en el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad*. Universidade de Oviedo, Aula Abierta, 86,29-54.

Galinha, S. (2016). Para a inclusão de estudantes em idades pediátricas com nee do domínio cognitivo-motor temporárias e permanentes. *Revista Interações*, 41, 73-94.

- Galvão, M. T., Cerqueira, A. T. & Marcondes-Machado, J. (2004). *Avaliação da qualidade de vida das mulheres com HIV/AIDS através do HAT-Qol*. Cadernos de Saúde Pública, 2(20), 430-437.
- Gill, T., & Feinstein, A. (1994). A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *Journal of the American Medical Association*, v.272, n.8, p.619-26.
- Greenspan, G., Harris, J. & Woods, G. (2015). Intellectual disability is “a condition, not a number”: *Ethics of IQ cut-offs in psychiatry, human services and law*. Ethics, Medicine and Public Health, 1, 312—324.
- Harris, J.C. & Greenspan, S. (2016). *Definition and nature of intellectual disability*. *Handbook of Evidence-Based Practices in Intellectual and Developmental Disabilities*, Behavioral Health Springer International Publishing Switzerland.
- Heller, T. (2019). Bridging aging and intellectual/developmental disabilities in research, policy, and practice. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 16 (1), 53–57.
- Hinkle, D., Wiersma, W., & Jurs, S. (2003). *Applied statistics for the behavioral sciences (5. Ed.)*. Houghton Mifflin.
- Hopkins, W., Marshall, S., Batterham, A., & Hanin, J. (2009). Progressive statistics for studies in sports medicine and exercise science. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 41, 3-12.
- Houlihan, B. & White, A. (2002). *The politics of sport development: development of sport or development through sport?*. Routledge.
- Houlihan, B. (2005). Public sector sport policy: developing a framework for analysis. *International Review for the Sociology of Sport*, 40 (2), 163–185.
- Khoury, H. & Sá-Neves, A. C. (2014). Perceived control and quality of life: comparison between elderly living in nursing homes and in the community. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(3):553-565.
- Kirk, B., Gray, K., Riby, D. & Cornish, K. (2015). Cognitive training as a resolution for early executive function difficulties in children with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 38, 145-160.
- Lachappelle Y., Wehmeyer M., Haelewyck M., Courbois Y., Keith, K., Schalock R., Verdugo M. & Walsh P. (2005). The relationship between quality of life and selfdetermination: an international study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 740–744.
- Lakatos, E., & Marconi, M. (1990). *Fundamentos de Metodologia Científica (2ª ed.)*. Editora Atlas S.A.
- Lambert, N., Nihira, K. & Leland., H. (1993). *AAMR adaptive behavior scales – School, second Editions*. Austin, TX: PRO-ED.
- Legg, D. (2018). Paralympic Games: History and Legacy of a Global Movement. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 29(2), 417– 425.
- Louro, C. (2001). *Ação Social na Deficiência*. Universidade Aberta.
- Lucas-Carrasco, R. & Salvador-Carulla, L. (2012). Life satisfaction in persons with Intellectual Disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 33(4), 1103–1109.
- Luckasson, R. & Schalock, R. (2013). Defining and applying a functionality approach to intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(7), 657-668.
- Luckasson, R. & Schalock, R.L. (2015). Standards to guide the use of clinical judgment in the field of intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 53(3), 240–251.

Minayo, M. C. de S., Hartz, Z. M. de A., & Buss, P. M. (2000). *Qualidade de vida e saúde: Um debate necessário*. *Ciência Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18.

Moniz, I. (2007). *Modelo de Avaliação da Qualidade de Centro de Atividades Ocupacionais*. União Europeia Fundo Social Europeu, Governo da República Portuguesa, QCA III, Segurança Social, Instituto de Segurança Social.

Morato, P. & Santos, S. (2007). Dificuldades intelectuais e desenvolvimentais: a mudança de paradigma na concepção da deficiência mental. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. IV Série. 14, 51-55.

MS. Vinícius Denardin Cardoso (2011). A Reabilitação de Pessoas com Deficiência através do Desporto Adaptado. *Rev. Bras. Ciênc. Esporte, Florianópolis*, v. 33, n. 2, p. 529-539, abr./jun.

Nações Unidas (2006). *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*. Assembléia Geral das Nações Unidas.

Nagel, S., Schlesinger, T., Bayle, E., & Giauque, D. (2015). Professionalisation of sport federations – a multi-level framework for analysing forms, causes and consequences. *European Sport Management Quarterly*, 15(4), 407- 433.

Novelli, M. M. P. C., Rovere, H. H., Nitrini, R., & Caramelli, P. (2005). *Cross-cultural adaptation of the quality of life assessment scale on alzheimer disease*. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 2A(63), 201-206.

Organização Mundial de Saúde (2011). *Global Health and Aging*.

Petrica, J. (2003). *A formação de professores de Educação Física. Análise da dimensão visível e invisível do ensino em função de modelos distintos de preparação para a prática*. (Tese de doutoramento, não publicada). Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal.

Pinheiro, C., Morais, A., Lebre, P. & Santos, S. (2018). Psychomotor profile of elderly with Intellectual Disabilities. *European Journal of Psychomotricity*, 10 (1), 51-65.

Pires, P. (2023). *Perfil de Formação e Liderança de Treinadores na Área do Desporto Adaptado - Implicação na Autodeterminação e Bem-Estar dos Desportistas*. Tese de Doutoramento da Universidade de Extremadura.

Piteira, A. (2000). *Percepções de qualidade de vida de jovens com necessidades especiais*. (Dissertação de Mestrado, não publicada). Universidade técnica de Lisboa.

Rapley, M. (2003). *Quality of Life Research: a critical introduction*. SAGE Publicações Ltda

Ribeiro, J., Silva, T., Varela, C., Gonçalves, I., Rodrigo, A., Gomes, F. & Santos, S. (2017). A qualidade de vida de pessoas com DID e com necessidades de apoio significativas: estudo comparativo com os pares sem DID. *Research and Networks in Health*, 3, e-1- 11.

Rodrigo, A., Santos, S. & Gomes, F. (2016). A Qualidade de vida das pessoas com Dificuldade Intelectual com necessidade de apoios permanentes: a validade de conteúdo da versão Portuguesa da Escala de San Martín. *Research e Networks in Health*, 2, e-1-9.

Rodrigues, A., Rodrigues, A. R., Fernandes, M., Pinote, S., Rodrigo, A., Gomes, F. & Santos, S. (2016). A QdV em Sujeitos com DID com necessidades de apoio significativas: Análise Comparativa da WHOQOL-Bref e da San Martin. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. 23: 97-113.

Salvador-Carulla, L., Reed, G.M., Vaez-Azizi, L.M., Cooper, S., Martinez-Leal, R., Bertelli, M., ... & Saxena, S. (2011). Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and framework for “mental retardation/intellectual disability” in ICD-11. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association*, 10 (3), 175-180.

- Sanches-Ferreira, M., Lopes-dos-Santos, P. & Santos, M. (2012). A desconstrução do conceito de Deficiência Mental e a construção do conceito de Incapacidade Intelectual: de uma perspectiva estática a uma perspectiva dinâmica da funcionalidade. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 18 (4): 553-568.
- Santos, L. D., & Martins, I. (2002). *A Qualidade de Vida Urbana - O caso da cidade do Porto*. CEMPRE e Camara Municipal do Porto
- Santos, S. & Franco, V. (2017). As atitudes face à Dificuldade Intelectual. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 24, 11-25 (IV, 5-24).
- Santos, S. & Franco, V. (2017). As atitudes face à Dificuldade Intelectual. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 24, 11-25 (IV, 5-24).
- Santos, S. & Morato, P. (2012). Acertando o passo! Falar de deficiência mental é um erro: deve falar-se de dificuldade intelectual e Desenvolvidor (DID). Por quê? *Revista Brasileira de Educação Especial*, (1) 18, 3-16.
- Santos, S. & Morato, P. (2012). *Comportamento Adaptativo: dez anos depois*. Edições FMH.
- Santos, S. & Morato, P. (2016). *O comportamento adaptativo no currículo*. *Journal of Research in Special Education Needs*, 16(1), 736-740
- Santos, S. & Santos, S. (2007). Comportamento adaptativo e qualidade de vida nas crianças com dificuldade intelectual e desenvolvimental. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. vol. 14. pp. 57-67.
- Santos, S. (2014). *Adaptive Behaviour on the Portuguese Curricula: A Comparison between Children and Adolescents with and without Intellectual Disability*. *Creative Education*, 5, 501-509.
- Santos, S. (2014). *Adaptive Behaviour on the Portuguese Curricula: A Comparison between Children and Adolescents with and without Intellectual Disability*. *Creative Education*, 5, 501-509.
- Santos, S. (2019). Transição para a vida ativa: mito ou realidade? in M.T. Santos, A. Espírito Santo, J. Ramalho, J. Santo, M. Faria, C. Almeida e L. Murta (eds). *Transição para a vida adulta: percursos reais, possíveis e desejáveis* (pp. 64 - 75).
- Santos, S. (2020). *Como lidar com a Dificuldade Intelectual e Desenvolvidor*. Flora Editora.
- Santos, S., Morato, P. & Luckasson, R. (2014). *Psychometric Properties of the Portuguese Version of the Adaptive Behavior Scale*. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 52 (5): 379-387.
- Sasaki, R. (2005). Deficiência Mental ou Intelectual? Doença ou Transtorno Intelectual? *Revista Nacional de Reabilitação*, ano IX, 43: 9-10.
- Saviani-Zeoti, F. & Petean, E. (2008). *A Qualidade de Vida de Pessoas com Deficiência Mental Leve*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(3),305-311.
- Schalock, R. & Verdugo, M. (2012). A conceptual and measurement framework to guide policy development and systems change. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 9 (1), 63-73.
- Schalock, R. L. & Alonso, M. A. V. (2002). *Handbook on Quality of Life for Human Service Practitioners*. AAMR.
- Schalock, R. L., & Verdugo, M. A. (2002). *Handbook on quality of life for human service practitioners*. American Association on Mental Retardation.

- Schalock, R. L., Brown, I., Brown, R., Cummins, R. A., Felce, D., Matikka, L., Keith, K. D., & Parmenter, T. (2002). Conceptualization, measurement, and application of quality of life for persons with intellectual disabilities: *Report of an international panel of experts*. *Mental Retardation*, 40(6), 457–470.
- Schalock, R. L., Keith, K. D., Verdugo, M. Á., & Gómez, L. E. (2011). Quality of Life Model Development and Use in the Field of Intellectual Disability. In R. Kober (Ed.), *Enhancing the Quality of Life of People with Intellectual Disabilities: From Theory to Practice* (pp. 17–32). Springer Netherlands.
- Schalock, R. L., Luckasson, R., & Tassé, M. J. (2021). *An Overview of Intellectual Disability: Definition, Diagnosis, Classification, and Systems of Supports (12th ed.)*. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 126(6), Article 6.
- Schalock, R., & Verdugo, M. (2002). *Handbook on quality of life for human servisse practitioners*. American Association on Mental Retardation.
- Schalock, R., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E., Gomez, S., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Reeve, A., Shogren, K., Snell, M., Spreat, S., Tasse, M., Thompson, J., Verdugo-Alonso, M. A., Wehmeyer, M., & Yeager, M. (2010). Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports. In *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (Eleventh Edition)*. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Schalock, R., Keith, K., Verdugo, M., & Gómez, L. (2011). *Quality of Life Model Development and Use in the Field of Intellectual Disability* (pp. 17-32).
- Schalock, R., Luckasson, R., & Tassé, M. (2021). *Intellectual Disability: Definition, Diagnosis, Classification, and Systems of Supports (12th ed.)*. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Schalock, R., Luckasson, R., Shogren, K., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W. & Yeager, M. (2007). *The Renaming of Mental Retardation: Understanding the Change to the Term Intellectual Disability*. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 45 (2) 116-124.
- Schalock, R., Luckasson, R., Shogren, K., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W. & Yeager, M. (2007). *The Renaming of Mental Retardation: Understanding the Change to the Term Intellectual Disability*. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 45 (2) 116-124.
- Schalock, R.L., Gardner, J. & Bradley, V. (2007). *Calidad de vida para personas com discapacidad intelectual y otras discapacidades del desarrollo: Aplicaciones Para Personas, Organizaciones, Comunidades Y Sistemas*. Colección FEAPS.
- Scholz, J., & Chen, Y.-T. (2017). History of Adaptive and Disabled Rights within Society, *Thus Creating the Fertile Soil to Grow, Adaptive Sports*. *Medicine*, 3–19.
- Serrano, J. (2008). *Procedimentos Metodológicos*. Alpiarça: Garrido Editores,
- Silva, C. F. (2005) - *Cronotipo, Exercício Físico e Imunidade*. in Prefácio Cruz, A. G. Formasau.
- Silva, E. (2009). Da Exclusão à Inclusão: Concepções e Práticas. *Revista Lusófona de Educação*, 13, 135-153.
- Simões, C. & Santos, S. (2014). Cross-cultural adaptation, validity and reliability of the Escala Pessoal de Resultados. *Social Indicators Research*, 119(2), 1065–1077.
- Simões, C. & Santos, S. (2016). Comparing the quality of life of adults with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 60(4), 378- 388.
- Simões, C. & Santos, S. (2016). The quality-of-life perceptions of people with intellectual disability and their proxies. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*. 41(4): 1-13.

- Simões, C. & Santos, S. (2017). The impact of personal and environmental characteristics on quality of life of people with intellectual disability. *Applied Research in Quality of Life*, 11(1): 1-20.
- Simões, C. (2015). *O direito da autodeterminação em pessoas com deficiência*. Edição: Associação do Porto de Paralisia Cerebral.
- Simões, C., Santos, S. & Biscaia, R. (2016). Validation of the Portuguese version of the Personal Outcomes Scale. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 16(2), 186-200.
- Simões, C., Santos, S. & Claes, C. (2015). The Portuguese version of Personal Outcomes Scale: A psychometric validity and reliability study. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 53(2), 129-142.
- Simões, C., Santos, S., Claes, C., Loon, J., & Schalock, R. (2017). *Avaliação da Qualidade de Vida na Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental: Administração da Escala Pessoal de Resultados*.
- Simões, C., Santos, S., Claes, C., van Loon, J. & Schalock, R. (2017). Avaliação da qualidade de vida na dificuldade intelectual e desenvolvimental. *Manual de Administração da Escala Pessoal de Resultados*. Cadernos FORMEM, nº8, FORMEM: Federação Portuguesa de Centros de Formação Profissional e Emprego de Pessoas com Deficiência.
- Smith, R., Austin, D.R., Kennedy, D.W., Lee, Y. & Hutchison, P. (2005). Inclusive and special recreation: *Opportunities for persons with disabilities* (5th ed.).
- Sousa K. H., Kwok O. M. (2007). Putting Wilson and Cleary to the test: analysis of a HRQoL conceptual model using structural equation modeling. *Quality of Life Research*. 15, 725– 737
- Sousa, R. D. & Franco, V. (2012). A investigação sobre a transição para a vida adulta e envelhecimento na população com deficiência intelectual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3 (1), 281-289.
- Souza, E. (2001). *Questionário da qualidade de vida na epilepsia: resultados preliminares*. Arquivos de Neuropsiquiatria, 3A(50), 541-544.
- Tassé, M., Schalock, R., Balboni, G., Bersani, H., Barthwich-Duffy, S., Spreat, S. & Zhang, D. (2012). The construct of Adaptive Behavior: its conceptualization, measurement, and use in the field of intellectual disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117(4), 291-303.
- Tassé, M.J. (2013). *What is in a name?* *Intellectual and Developmental Disabilities*, 51 (2), 113–116.
- Thomas, N., & Smith, A. (2008). *Disability, Sport and Society: An Introduction (1st ed.)*. Routledge.
- Thompson, J., Bradley, V., Buntinx, W., Schalock, R., Shogren, K., Snell, M., Wehmeyer, M. & Yeager, M. (2009). *Conceptualizing supports and the support needs of people with intellectual disability*. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47(2), 135– 146.
- Tomaszewski, B., Fidler, D., Talapatra, D. & Riley, K. (2018). Adaptive behaviour, executive function and employment in adults with Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 62 (1) 41 – 52.
- Torres, M., Moreira, C., Gomes, F. & Santos, S. (2022). Adaptação e validação da Arc's Self-Determination Scale à população adolescente e adulta com DID portuguesa. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 28, e0135, 169-186.
- Tuckman, B. (2002). *Manual de Investigação em Educação (2ª ed)*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Tweedy, S. M., & Vanlandewijck, Y. C. (2009). International Paralympic Committee position stand--background and scientific principles of classification in Paralympic sport. *British Journal of Sports Medicine*, 45(4), 259–269.

- Van Loon, J. (2014). Personal Outcomes Scale. In A. C. Michalos (Ed.), *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research* (pp. 4744–4747). Springer Netherlands.
- Van Loon, J., Van Hove, G., Schalock, R., & Claes, C. (2008). *POS. Persoonlijke ondersteuningsuitkomstenschaal*. Individuele kwaliteit van bestaan scoreboek. Antwerpen: Garant.
- Van Loon, J., Van Hove, G., Schalock, R., & Claes. (2009). *Personal Outcomes Scale: Administration and standardization manual*.
- Varela, A. (1991). Deporto para pessoas com deficiência: Expressão distinta do desporto. *Educação especial e reabilitação*, vol. 1, 53 - 62. Universidade Técnica de Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona, C. & Paredes, T. (2006). *Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para português de Portugal*. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.
- Verdugo M., Gómez, L. & Arias, B. (2009). *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La Escala FUMAT*. Publicaciones del INICO.
- Verdugo, M. (2003). *Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana sobre retraso mental de 2002*. *SigloCero*, 34 (1), 5-19.
- Verdugo, M. A., Navas, P., Gómez, L. E., & Schalock, R. L. (2012). The concept of quality of life and its role in enhancing human rights in the field of intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(11), 1036–1045.
- Verdugo, M., Schalock, R., Keith, K. & Stancliffe, R. (2005). Quality of life and its measurement: Important principles and guidelines. *Journal of Intellectual Disability Research* 49(10), 707-17.
- Verdugo, M.A., Gómez, L.E., Schalock, R.L., and Arias, B. (2010). The Integral Quality of Life Scale: Development, Validation, and Use. In R. Kober (Ed.), *Quality of life for people with intellectual disability*.
- Viollet, B., Minikin, B., Scelles, N., & Ferrand, A. (2016). Perceptions of key stakeholders regarding National Federation Sport Policy: the case of the French Rugby Union. *Managing Sport and Leisure*, 21(5), 319–337.
- Walsh, K. (2002). Thoughts on changing the term mental retardation. Symposium: What's in a name? *Mental Retardation*, 40 (1), 70-75.
- WHO, C. (2002). Obesity: Preventing and managing the global epidemic. *World Health Organ Tech Rep Ser*, 894(i-Xii), 1-253.
- WHOQOL GROUP. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24–56.
- WHOQOL. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine* (1982), 46(12), 1569–1585.
- Wolffsohn, J. & Cochrane, A. (2000). Design of low vision quality-of-life questionnaire (LVQOL) and measuring the outcome of low vision rehabilitation. *American Journal of Ophthalmology*, 130, 793-802.

Anexos

Anexo A - Consentimento Informado para a Participação do Estudo

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA A PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO NOS TERMOS DA NORMA Nº 015/2013 DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DE ACORDO COM A DECLARAÇÃO DA HELSÍNQUIA E A CONVENÇÃO DE OVIEDO)

Identificação do Investigador principal: Filipa Alexandra Venâncio de Jesus

Título do estudo: A influência da prática do desporto adaptado na qualidade de vida de indivíduos com Deficiência Intelectual e Desenvolvimental.

Enquadramento: Este estudo é realizado no âmbito do Mestrado em Atividade Física, sob orientação do Prof. Dr. Pedro Alexandre Duarte Mendes e Prof. Dr. Maria Helena Mesquita.

Explicação do estudo: O objetivo deste estudo será investigar a influência da prática do desporto adaptado na qualidade de vida em pessoas com deficiência.

Condições e financiamento: Este projeto não abrange o pagamento de deslocações ou de possíveis contrapartidas.

A participação neste estudo é de carácter voluntário e com ausência de prejuízos, assistenciais ou outros, caso não queira participar.

Confidencialidade e anonimato: Os dados recolhidos serão confidenciais, só a equipa de avaliação terá acesso a eles e serão recolhidos em formato totalmente anónimo (sem registo de dados de identificação), cumprindo a recente legislação sobre a utilização e acesso a dados pessoais. Os dados deste projeto serão armazenados em segurança e de uso exclusivo para o presente estudo, e jamais permitirão a identificação de qualquer elemento, face ao procedimento de anonimização anteriormente mencionado. No final, todas as informações recolhidas serão destruídas, exceto aquelas que por política de investigação tenham implicações relativamente às conclusões deste projeto, que serão armazenadas em segurança até 5 anos após o final do estudo. Todos os contactos feitos serão realizados em ambiente de privacidade. Se for seu desejo expresso os responsáveis pelo projeto poderão enviar-lhe os seus dados individuais.

Consentimento do participante/ cuidador

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar no estudo "A Influência da prática do desporto adaptado na qualidade de vida de indivíduos com deficiência Intelectual e Desenvolvimental" sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço, confiando que apenas serão utilizados para fins científicos e publicações que delas decorram e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ___/___/_____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE/ INCAPACIDADE

NOME: _____

BI/CC Nº: _____

DATA OU VALIDADE: ___/___/_____

ASSINATURA: _____

Anexo B - Escala para Avaliar a Qualidade de Vida (Autorrelato)

Escala Pessoal de Resultados

**Escala para Avaliar a
Qualidade de Vida da Pessoa**

Cristina Simões

Sofia Santos

Claudia Claes

Jos van Loon

Robert Schalock

2017

| Escala Pessoal de Resultados |

O que é medido na Escala Pessoal de Resultados?

A Escala Pessoal de Resultados (EPR) mede a qualidade de vida (QV) da pessoa com dificuldade intelectual e desenvolvimental (DID), baseada em indicadores específicos associados a oito domínios centrais, distribuídos por três fatores, que foram validados na população portuguesa. Estes domínios e fatores são:

- ⇒ Desenvolvimento Pessoal e Autodeterminação (que refletem o fator da Independência);
- ⇒ Relações Interpessoais, Inclusão Social e Direitos (que refletem o fator da Participação Social);
- ⇒ Bem-Estar Emocional, Bem-Estar Físico e Bem-Estar Material (que refletem o fator do Bem-Estar).

A EPR é a versão portuguesa da *Personal Outcomes Scale* (van Loon, Van Hove, Schalock, & Claes, 2008, 2009). Os indicadores específicos de cada domínio de QV foram desenvolvidos com base no modelo de Schalock e Verdugo (2002). Os oito domínios subdividem-se em cinco perguntas, dirigidas em primeira análise à pessoa com DID (autorrelato) e, num segundo grupo de questões, à família e/ou profissionais (relato dos cuidadores). Num total de quarenta perguntas dirigidas à pessoa e igual número de perguntas destinadas aos cuidadores, a EPR é apresentada com o formato tipo *Likert* com três opções.

A escala foi alvo de um estudo inicial sobre a adaptação para a língua portuguesa e a validade de conteúdo. Realizou-se uma segunda investigação sobre as suas características psicométricas, tendo a EPR apresentado valores adequados de validade e fiabilidade no contexto português. Um estudo final permitiu examinar a validade de constructo, com a realização da análise fatorial confirmatória (AFC).

| Formulário de Registo |

Dados pessoais

Género: M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Idade: _____ anos		
Diagnóstico: _____				
Data de preenchimento da EPR: __/__/__				
Reside:	Casa Própria <input type="checkbox"/>	Com Familiares <input type="checkbox"/>	Lar <input type="checkbox"/>	
Região do país: _____				
Ocupação:	Empregado <input type="checkbox"/>	Desempregado <input type="checkbox"/>	Outra: _____	
Habilitações literárias:	1.º Ciclo <input type="checkbox"/>	2.º Ciclo <input type="checkbox"/>	3.º Ciclo <input type="checkbox"/>	Outra: _____
Escola que frequentou:	Ensino Regular <input type="checkbox"/>	Educação Especial <input type="checkbox"/>		
Instituição que frequenta: _____				
Forma de deslocação para a instituição: _____				

Informações sobre o primeiro cuidador

Género: M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>		
Relação com a pessoa: Familiar <input type="checkbox"/>	Grau de parentesco: _____		
Técnico <input type="checkbox"/>	Função que desempenha: _____		
Habilitações literárias:			
1.º Ciclo <input type="checkbox"/>	2.º Ciclo <input type="checkbox"/>	3.º Ciclo <input type="checkbox"/>	Ensino Secundário <input type="checkbox"/>
Bacharelato <input type="checkbox"/>	Licenciatura <input type="checkbox"/>	Mestrado <input type="checkbox"/>	Doutoramento <input type="checkbox"/>
Idade: _____ anos	Data de preenchimento da EPR: __/__/__		

Informações sobre o segundo cuidador

Género: M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>		
Relação com a pessoa: Familiar <input type="checkbox"/>	Grau de parentesco: _____		
Técnico <input type="checkbox"/>	Função que desempenha: _____		
Habilitações literárias:			
1.º Ciclo <input type="checkbox"/>	2.º Ciclo <input type="checkbox"/>	3.º Ciclo <input type="checkbox"/>	Ensino Secundário <input type="checkbox"/>
Bacharelato <input type="checkbox"/>	Licenciatura <input type="checkbox"/>	Mestrado <input type="checkbox"/>	Doutoramento <input type="checkbox"/>
Idade: _____ anos	Data de preenchimento da EPR: __/__/__		

Informações sobre o entrevistador

Motivo da avaliação: _____	
Profissão: _____	Contacto: _____

| Autorrelato |

Qualificações do Entrevistador

A EPR deve ser aplicada por um profissional que tenha uma vasta experiência no campo da DID e formação na administração, cotação e interpretação da avaliação da QV. Este profissional deve dominar o constructo de QV, a sua filosofia e contextualização, bem como o enquadramento da sua avaliação, estando a par das investigações mais recentes na área. O entrevistador deve ainda compreender a importância do conceito de QV, quer na vida da pessoa, quer nos serviços e apoios que lhe são prestados. Ao aplicar a escala, o entrevistador deve ser sensível às diferenças culturais e aos sentimentos da pessoa entrevistada, assim como ao facto das experiências de muitas famílias/pais e das próprias pessoas com DID nem sempre terem sido positivas, uma vez que as avaliações prévias acarretam, tradicionalmente, um diagnóstico e uma intervenção que nem sempre pode ter correspondido às suas reais necessidades de apoio. O entrevistador deve, também, estar consciente de que as respostas podem variar de acordo com as características pessoais, as experiências e as circunstâncias de quem responde e de que, por vezes, são necessárias algumas adaptações no que diz respeito às técnicas da entrevista.

Enquadramento da Avaliação

O entrevistador deve lembrar à pessoa que pense 'no que é verdade sobre a sua vida, de uma forma geral'. Quem responde deve pensar nas circunstâncias e eventos gerais da vida e perceber que as mudanças transitórias ou temporárias não devem ser determinantes para as respostas dadas em cada item.

Pré-Entrevista 'Conhecer o Outro'

A pessoa deve perceber claramente o que é avaliado pela EPR e que a informação obtida através da sua aplicação **NÃO** será usada para avaliar as suas capacidades ou a elegibilidade para os serviços e/ou apoios, mas antes para fornecer informações à própria pessoa, família/pais, equipa e outros intervenientes, no sentido de melhorar a qualidade do processo inerente ao apoio prestado. A entrevista deve acontecer depois do entrevistador e da pessoa se 'conhecerem'. Este período de 'pré-entrevista' pode ser utilizado para debater tópicos (e.g., o trabalho da pessoa, os passatempos ou a vida familiar) que são do interesse da pessoa. Para tal, devem ser utilizados os tópicos que constam na apresentação de cada domínio, sendo que no campo das observações se devem registar, de forma descritiva, as percepções da pessoa.

Pontuação das Respostas

- 1 É solicitado à pessoa que atribua uma pontuação sobre a sua opinião no respetivo item. A pessoa com DID é sempre o indivíduo que responde ao autorrelato, participando ativamente na avaliação da sua própria QV, sendo que os

entrevistadores devem analisar os aspetos fortes e as necessidades de melhoria nas diversas dimensões da sua QV.

- 2 O campo das observações deve ser utilizado para assinalar comentários qualitativos acerca do que é importante para a vida da pessoa, quais são os seus objetivos individuais, o que é ainda necessário para melhorar a sua QV e os apoios que a pessoa recebe, utilizando-se os tópicos correspondentes a cada domínio de QV. O preenchimento das observações não é obrigatório, muito embora este campo constitua uma mais-valia para a elaboração dos planos de intervenção.
- 3 O item e as três potenciais respostas devem ser lidas ao indivíduo.
- 4 No registo da opção selecionada pela pessoa deve ser dada liberdade para poder assinalar com uma cruz (em cima da opção selecionada), rodear a resposta ou apontar (nesta situação, deve ser o entrevistador a assinalar).
- 5 Todos os itens da escala devem ser cotados. Quem responde deve compreender que não existem respostas certas ou erradas.
- 6 Poderá ser necessário que a pessoa tenha de ser encorajada a responder, podendo (a) clarificarem-se as questões, através de exemplos, (b) dar-se mais tempo para que a pessoa possa dar a sua resposta, (c) mudar a ordem das perguntas, deixando-se os itens mais difíceis para a pessoa responder para último, (d) confirmar as respostas dadas pelos inquiridos e (e) usar uma linguagem clara e simples, certificando-se que a pessoa entrevistada realmente compreendeu a pergunta.
- 7 O preenchimento da EPR é individual e sem a presença de outros inquiridos, devendo ser assegurada a privacidade e a confidencialidade das respostas.
- 8 O questionário leva aproximadamente uma hora a ser totalmente preenchido.

Formulário

- 1 Antes da entrevista, o entrevistador deve completar os dados de identificação da pessoa no Formulário de Registo.
- 2 Ao longo da entrevista, os itens classificados de 'frequentemente' correspondem a um comportamento observado diariamente, 'às vezes' equivale a uma/duas vezes por semana e 'nunca' significa que o comportamento não é observado (nem uma única vez). Por outro lado, os itens com a opção 'muitos' referem-se a mais de cinco, 'alguns' entre dois a quatro e 'poucos' varia entre um e zero.
- 3 Depois da entrevista, o entrevistador deve transferir a pontuação de cada item (3=opção esquerda, 2=opção do meio e 1=opção da direita) para a Folha de Perfil, onde constam as instruções de cotação.

| Autorrelato |

Domínio: Desenvolvimento Pessoal

<p>O Desenvolvimento Pessoal está relacionado com a sua educação (incluindo as aprendizagens feitas ao longo da vida) e com as competências pessoais (incluindo aprender e demonstrar capacidades). Antes de responder às questões, pense no seguinte:</p>	
<p>Aprender sobre assuntos do seu interesse. Adquirir competências para ser mais independente. Ser capaz de tomar conta de si próprio. Ser capaz de seguir os seus interesses. Ter acesso à informação.</p>	<p>Observações:</p>

Questionário

- | |
|---|
| <p>1. Como faz as atividades da sua vida diária (e.g., comer, levantar/deitar, utilizar a casa de banho e/ou vestir/despir)?</p> <p>Sozinho(a) Com ajuda Não consigo fazer sozinho(a)</p> |
| <p>2. Como faz as atividades úteis no seu dia-a-dia (e.g., preparar refeições, arrumar a casa, passear, utilizar os meios de transporte e/ou tomar medicação)?</p> <p>Sozinho(a) Com ajuda Não consigo fazer sozinho(a)</p> |
| <p>3. Frequenta algum curso e/ou formação profissional para ser capaz de fazer mais coisas?</p> <p>Sim Às vezes Não</p> |
| <p>4. Tem acesso à informação que lhe interessa (e.g., jornais, revistas, <i>internet</i> e/ou bibliotecas)?</p> <p>Frequentemente Às vezes Nunca</p> |
| <p>5. Na sua vida diária utiliza as tecnologias de apoio (e.g., computador, telemóvel e/ou calculadora)?</p> <p>Frequentemente Às vezes Nunca</p> |

Domínio: Autodeterminação

A Autodeterminação está relacionada com as metas e objetivos pessoais, a tomada de decisões e a possibilidade de fazer as suas próprias escolhas. Antes de responder às questões, pense no seguinte:

Fazer as suas próprias escolhas. Decidir sozinho o que vestir. Expressar a sua opinião. Agir de acordo com os seus objetivos e opiniões pessoais.	Observações:
--	--------------

Questionário

1. Costuma escolher (e.g., o que vestir, o que comer e/ou onde ir)?
Frequentemente Às vezes Nunca

2. Quando tem oportunidade, decide sozinho?
Frequentemente Às vezes Nunca

3. Se quiser, pode dizer não ao que lhe pedem?
Frequentemente Às vezes Nunca

4. As pessoas respeitam as suas decisões?
Frequentemente Às vezes Nunca

5. Tem oportunidade de dizer a sua opinião (e.g., o que prefere fazer, o que vestir, o que comer e/ou onde ir)?
Frequentemente Às vezes Nunca

Domínio: Relações Interpessoais

As Relações Interpessoais estão relacionadas com a família, amigos, rede social e apoios que recebe dos outros. Antes de responder às questões, pense no seguinte:	
Nos contactos que tem ou o tempo que passa com a família e/ou amigos. O respeito que recebe da família e/ou amigos. O apoio que recebe da família e/ou amigos.	Observações:

Questionário

1. Tem amigos?		
Muitos (5+)	Alguns (2-4)	Poucos (0-1)

2. Participa em atividades sociais (e.g., festas, jantares e/ou visitas com amigos)?		
Frequentemente	Às vezes	Nunca

3. Comunica e/ou visita a sua família (e.g., telefone, correio eletrónico e/ou pessoalmente)?		
Frequentemente	Às vezes	Nunca

4. Tem contacto e/ou visitas de amigos (e.g., pessoalmente, telefone e/ou correio eletrónico)?		
Frequentemente	Às vezes	Nunca

5. É importante para a sua família?		
Sim	Às vezes	Não

Domínio: Inclusão Social

A **Inclusão Social** está relacionada com a **inclusão e participação na comunidade, os papéis desempenhados na sociedade e os apoios sociais que recebe. Antes de responder às questões, pense no seguinte:**

Atividades da comunidade em que participa. Os contactos que tem com os vizinhos. A ajuda que recebe das pessoas que vivem na comunidade. A sua participação em atividades da comunidade.	Observações:
---	--------------

Questionário

1. Conversa com as pessoas que vivem perto de si?
Frequentemente Às vezes Nunca

2. Frequenta os locais da comunidade onde vive (e.g., cafés, bares, lojas, bancos, correios, cabeleireiros, cinemas, igrejas e/ou locais desportivos)?
Frequentemente Às vezes Nunca

3. Ajuda os outros quando eles precisam do seu apoio?
Frequentemente Às vezes Nunca

4. Os seus amigos, vizinhos e/ou conhecidos fazem atividades consigo?
Frequentemente Às vezes Nunca

5. Participa em atividades na comunidade (e.g., fazer compras, comer fora, utilizar os serviços e/ou realizar atividades de lazer)?
Frequentemente Às vezes Nunca

Domínio: Direitos

<p>Há Direitos humanos (respeito, dignidade e igualdade) e legais (cidadania, acesso e tratamento justo). Antes de responder às questões, pense no seguinte:</p>	
<p>O direito à privacidade e vida privada. O modo como as pessoas o(a) tratam. Oportunidade de dizer o que pensa e ser ouvido(a). O direito de ter um animal de estimação. Ter uma chave de casa. Ser capaz de votar.</p>	<p>Observações:</p>

Questionário

<p>1. Tem algum lugar na sua casa onde possa estar sozinho?</p> <p style="text-align: center;">Sim Às vezes Não</p>

<p>2. Utiliza a chave da sua casa ou apartamento?</p> <p style="text-align: center;">Sim Às vezes Não</p>

<p>3. Pode ter um animal de estimação, se quiser?</p> <p style="text-align: center;">Sim Talvez Não</p>

<p>4. Pode ter um(a) namorado(a) ou marido/esposa, se quiser?</p> <p style="text-align: center;">Sim Talvez Não</p>

<p>5. Costuma votar?</p> <p style="text-align: center;">Frequentemente Às vezes Nunca</p>

Domínio: Bem-Estar Emocional

O Bem-Estar Emocional está relacionado com a satisfação, com o autoconceito e com a ausência de stress na vida. Antes de responder às questões, pense no seguinte:

Como expressa os seus sentimentos? Existem perigos no sítio onde passa a maior parte do seu tempo? Anda ansioso(a) ou tem preocupações com algum assunto? Quais? O seu ambiente é estável e previsível?	Observações:
--	--------------

Questionário

1. Sente-se protegido(a) e seguro(a) no seu dia-a-dia?
Sim Às vezes Não

2. Tem sucesso no que faz?
Frequentemente Às vezes Nunca

3. É uma pessoa feliz?
Sim Às vezes Não

4. Está satisfeito(a) com a sua vida?
Sim Às vezes Não

5. Confia nas pessoas que são importantes para si?
Frequentemente Às vezes Nunca

Domínio: Bem-Estar Físico

<p>O Bem-Estar Físico está relacionado com a saúde no geral e com os cuidados de saúde, capacidade de cuidar de si mesmo, mobilidade e recreação/lazer. Antes de responder às questões, pense no seguinte:</p>	
<p>Tem energia para participar em atividades físicas?</p> <p>Controla o que come para não ficar com excesso de peso?</p> <p>Participa em atividades de recreação e lazer?</p>	<p>Observações:</p>

Questionário

<p>1. Como está a sua saúde em geral? Como se sente?</p> <p style="text-align: center;">Boa Razoável Má/doente</p>
--

<p>2. Pratica desportos ou outros jogos (e.g., andar de bicicleta, natação, futebol, entre outros)?</p> <p style="text-align: center;">Frequentemente Às vezes Nunca</p>
--

<p>3. Tem tempo de descanso e momentos de descontração na sua vida?</p> <p style="text-align: center;">Frequentemente Às vezes Nunca</p>
--

<p>4. Faz uma alimentação saudável?</p> <p style="text-align: center;">Frequentemente Às vezes Nunca</p>
--

<p>5. Como se sente quando acorda?</p> <p style="text-align: center;">Bem desperto(a) Um pouco cansado(a) Cansado(a)</p>
--

Domínio: Bem-Estar Material

O Bem-Estar Material está relacionado com o estatuto financeiro, emprego, condições de vida e bens materiais. Antes de responder às questões, pense no seguinte:

Tem um emprego com salário? Quanto ganha por mês? Tem bens materiais importantes para si? No último ano, houve bens que não comprou por falta de dinheiro?	Observações:
---	--------------

Questionário

1. Tem dinheiro para comprar o que precisa?
Sim Às vezes Não

2. Tem dinheiro para fazer uma poupança?
Sim Às vezes Não

3. Tem bens pessoais (e.g., rádio, televisão, aparelhagem de som, máquina fotográfica ou computador)?
Muitos (5+) Alguns (2-4) Poucos (0-1)

4. Tem um emprego com salário?
Sim Às vezes Não

5. Tem dinheiro para fazer as suas escolhas (e.g., o que vestir, o que comer, o que comprar e/ou onde ir)?
Frequentemente Às vezes Nunca

| Folha de Perfil |

Nome da pessoa: _____

Data da avaliação: ___/___/___

Nome do entrevistador: _____

Codificação: O entrevistador deve transferir a pontuação de cada item (3=opção esquerda, 2=opção do meio, 1=opção da direita) para a folha de perfil:

1. A pontuação de cada item é registada na respetiva quadrícula da folha de perfil, (e.g., Desenvolvimento Pessoal, o Item 1 é cotado com 3, 2 ou 1);
2. A pontuação dos cinco itens é somada para indicar a pontuação total do respetivo domínio;
3. A pontuação dos fatores é obtida através do somatório dos respetivos domínios: Independência (Desenvolvimento Pessoal + Autodeterminação), Participação Social (Relações Interpessoais + Inclusão Social + Direitos), Bem-Estar (Bem-Estar Emocional + Bem-Estar Físico + Bem-Estar Material)
4. A pontuação dos três fatores é somada para se calcular os índices de QV do automeião e do relato dos cuidadores (Independência + Participação Social + Bem-Estar).

| Folha de Perfil |

Fator	Domínio	Item	Relato dos Cuidadores		
			Autoretrato Pontuação	Cuidador 1 Pontuação	Cuidador 2 Pontuação
Independência	Desenvolvimento Pessoal	1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		Total			
	Autodeterminação	1			
		2			
		3			
		4			
5					
	Total				
Total do Fator da Independência					
Fator	Domínio	Item	Pontuação	Pontuação	Pontuação
Participação Social	Relações Interpessoais	1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		Total			
	Inclusão Social	1			
		2			
		3			
		4			
5					
	Total				
Direitos	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	Total				
Total do Fator da Participação Social					
Item	Domínio	Item	Pontuação	Pontuação	Pontuação
Bem-Estar	Bem-Estar Emocional	1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		Total			
	Bem-Estar Físico	1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		Total			
	Bem-Estar Material	1			
		2			
		3			
4					
5					
	Total				
Total do Fator do Bem-Estar					
Índices de QV			Índice do Autoretrato		
			Índice do Relato do Cuidador 1		
			Índice do Relato do Cuidador 2		