

Célia Fernandes

Adaptação à Deficiência e
Funcionalidade para o Trabalho
– Implicações no comportamento de
procura de emprego

Dezembro de 2011



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Dissertação de Doutoramento em Psicologia, especialidade em Reabilitação, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e realizada sob orientação da Doutora Cristina Petrucci Albuquerque.

Agradecimentos

À Professora Doutora Cristina Petrucci Albuquerque, grande Senhora detentora de conhecimento e sempre disponível para o estímulo a novos caminhos e novas aprendizagens, verdadeira orientadora neste percurso de Doutoramento. Humilde, consistente e rigorosa na procura e ensino do saber, fez-me crescer!

À Professora Doutora Júlia Serpa Pimentel por ter acreditado desde o primeiro segundo e entusiasticamente ter apoiado a candidatura.

À Doutora Nancy Crewe, Doutora Darlene Anne Groomes e ao Doutor Luís Pais Ribeiro por autorizarem a utilização dos instrumentos integrados no presente trabalho.

Ao Professor Doutor Rui Aragão que aceitou a rever um dos instrumentos, disponibilizando informação complementar, acreditando que o crescimento acontece quando este se partilha e é multiplicado.

Aos investigadores que acederam a partilhar documentos de suporte e informação complementar nas áreas temáticas da investigação: Darlene Groomes, Nancy Crewe, Hanoeh Livneh, Judy Norsigian (viúva de Irwing Zola), Saad Nagi, Lois M. Verbrugge, Fred Mael, Joanna Fadyl, Jan Sandqvist, Andrew Phemister, Tsae-Jyy Wang, João Manuel Moreira, William Spector, Jeremy C. T. Fairbank, Madalena Gomes da Silva e João Marôco.

À Dr.^a Manuela Carrilho, Dr.^a Lourdes Alves e Terapeuta Mónica Silva pela sua cooperação na etapa de tradução dos instrumentos.

Às Terapeutas Maria José Lorena e Luísa Taveira pela colaboração na etapa de revisão e adaptação dos instrumentos de avaliação da funcionalidade para o trabalho.

Às organizações e às pessoas com deficiência e incapacidade sempre abertas e disponíveis, não obstante serem continuamente solicitadas para projectos de investigação, por colaborarem e acreditarem que mais uma faria a diferença. A todos os técnicos, cuja extensa

lista seria complexa de elencar neste espaço e que fizeram um esforço complementar para integrar a sua participação no estudo na sua azáfama laboral.

Aos meus grandes pilares afectivos – a minha mãe Conceição Fernandes, os meus manos Ana e João e o José Carlos – por terem respeitado a minha pouca disponibilidade, por me terem entusiasmado sempre e por gostarem de mim incondicionalmente. Ao meu pai – Eduardo Fernandes, que já não estando, sempre esteve, protegendo e orientando-me pelos valores que me legou! Ao Paulo e à Sílvia pelo carinho com que acompanharam esta minha fase de vida.

Aos meus primos Ana, Hélio, João Carlos e Nanda, à tia Alice e às minhas amigas Estela, Sara e Filipa pela forma interessada como foram perguntando “Como está a correr?”.

Nunca seria capaz sozinha! Devo-o à equipa que se construiu em redor deste trabalho!

RESUMO

O presente trabalho inicia-se com a revisão e análise crítica da literatura relativa aos conceitos de deficiência e de deficiência neuromusculoesquelética adquirida; à caracterização do emprego de pessoas com deficiência, considerando a influência de factores legais e outros internos e externos à pessoa, como a visibilidade da deficiência e o suporte social; ao conceito de adaptação à deficiência e respectivos modelos explicativos, a par de outros factores condicionantes e, finalmente, aos conceitos de funcionalidade e de funcionalidade para o trabalho e respectivos meios de avaliação.

É desenvolvido um primeiro conjunto de estudos empíricos visando a tradução, a adaptação e a análise das características psicométricas de instrumentos de avaliação da adaptação à deficiência e da funcionalidade para o trabalho (dimensões cuja relação com o comportamento de procura de emprego se estuda posteriormente), face à constatação da sua inexistência no plano nacional: EAD-R (Escala de Adaptação à Deficiência-Revista, Groomes & Linkowski, 2007), IAF (Inventário de Avaliação Funcional, Crewe & Athelstan, 1984) e QCP (Questionário de Competências Pessoais, Crewe & Athelstan, 1984). O processo de adaptação foi realizado de acordo com as directrizes internacionais e implicou, no caso do IAF e do QCP, diversos tipos de ajustamento em termos da estrutura dos instrumentos, bem como do conteúdo dos itens. Os estudos realizados, com amostras de 55 técnicos (avaliações relativas a 213 pessoas com deficiência, no IAF), 309 (no QCP) e 316 (na EAD-R) sujeitos com deficiência e incapacidades diversas (excepto intelectual e auditiva), apontaram as adequadas qualidades psicométricas dos instrumentos no que concerne à validade de constructo, à validade relativa a critérios externos (por ex., grupos contrastantes), à consistência interna e à estabilidade temporal dos resultados, viabilizando-se a utilização futura destes instrumentos em Portugal.

O segundo estudo empírico tem por objectivo estudar o papel preditor da adaptação psicológica à deficiência, da funcionalidade para o trabalho, da visibilidade da deficiência e da satisfação com o suporte social no comportamento de procura activa de emprego de pessoas com deficiência neuromusculoesquelética adquirida. Para tal, foi recolhida a participação de 96 sujeitos com deficiência neuromusculoesquelética adquirida e seus respectivos técnicos de reabilitação, em contexto de organizações de reabilitação, formação profissional e apoio ao emprego. Destes, 25, ainda que auto-identificando-se como desempregados, não reportaram qualquer comportamento de procura de emprego, pelo que as análises de regressão desenvolvidas foram sustentadas em amostras de 71 técnicos e 71 sujeitos. Os resultados obtidos confirmam, parcialmente, a hipótese de estudo colocada: a funcionalidade para o trabalho avaliada pelos técnicos mostrou-se preditora do comportamento de procura de emprego, mas a adaptação à deficiência, a funcionalidade para o trabalho avaliada pelos sujeitos com deficiência, a visibilidade da deficiência e a satisfação com o suporte social não se revelaram suas predictoras. A comparação desta amostra de 71 sujeitos com o outro grupo de 25 participantes possibilitou a realização de análises complementares de regressão, verificando-se que o tempo de aquisição da deficiência é preditor do comportamento de procura de emprego. Constatou-se também que o nível de funcionalidade avaliado pelos técnicos é preditor do desenvolvimento de processos de adaptação psicológica à deficiência, estando esta última variável significativamente correlacionada com a funcionalidade para o trabalho avaliada pelos sujeitos com deficiência e incapacidade e com a sua percepção de satisfação com o suporte social de que dispõem.

A finalizar, discutem-se as implicações dos resultados obtidos nos processos de reabilitação e de apoio à inserção profissional de pessoas com deficiência neuromusculoesquelética adquirida, nomeadamente no que concerne à introdução de novas dimensões de avaliação e intervenção.

ABSTRACT

This thesis begins with a literature review and critical analysis about the concepts of disability and acquired neuromusculoskeletal disability; the characterization of the employment of people with disabilities, considering the influence of legal and other factors internal and external to the person, such as the visibility of disability and the social support; the concept of adaptation to disability and comprehensive models of adaptation, along with other conditioning factors; and finally the concepts of functional capacity and work functional capacity and ways of evaluating both.

We developed a first group of empirical studies aimed at translating, adapting and analyzing the psychometric qualities of assessment instruments of adaptation to disability and work functional capacity (dimensions whose relation to job search behavior will be studied later), due to its nonexistence in Portugal: ADS-R (Adaptation to Disability Scale-Revised, Groomes & Linkowski, 2007), FAI (Functional Assessment Inventory, Crewe & Athelstan, 1984) and PCQ (Personal Capacities Questionnaire, Crewe & Athelstan, 1984). The adaptation process was conducted in accordance with international guidelines and involved, in the case of the FAI and the PCQ, various types of adjustment in terms of the structure of the instruments, and items content. Studies on samples of 55 technicians (corresponding to 213 assessments of people with disabilities in the FAI), 309 (in the PCQ) and 316 (in the ADS-R) subjects with various disabilities (except intellectual and hearing disabilities), pointed out the adequate psychometric qualities of the instruments in what concerns the construct validity, the criterion-related validity (e.g., contrasting groups), internal consistency and temporal stability of the results, thus enabling the future use of these instruments in Portugal.

The second empirical study aims to study the predictor role of psychological adaptation to disability, work functional capacity, disability visibility and satisfaction with social support

on active job search behavior of people with acquired neuromusculoskeletal disabilities. We collected the participation of 96 subjects with acquired neuromusculoskeletal disabilities and their rehabilitation technicians in organizations working in the rehabilitation, vocational training and employment fields. Among them, 25, although self-identifying themselves as unemployed, reported no job-seeking behavior, so the regression analysis were developed in samples of 71 technicians and 71 subjects. The results partly confirm the hypothesis of the study: work functional capacity evaluated by technicians proved to be a predictor of job search behavior, but adaptation to disability, work functional capacity evaluated by the subjects with disabilities, disability visibility and satisfaction with social support didn't. Comparing this sample of 71 subjects with the other group of 25 participants enabled the development of complementary regression analysis, that showed that disability acquisition time is a predictor of job search behavior. It was also found that the level of work functional capacity evaluated by technicians predicts the development of psychological adaptation to disability, and that the latter variable correlates significantly with the work functional capacity evaluated by the subjects with disabilities and their perceptions of satisfaction with the available social support.

To conclude, we discuss the results implications in the process of rehabilitation and support to employment of people with acquired neuromusculoskeletal disabilities, particularly regarding the introduction of new assessment and intervention dimensions.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I	7
1. Deficiência e Deficiência Neuromusculoesquelética Adquirida	8
1.1. Conceitos de Deficiência e Incapacidade	8
1.2. Sistemas de Classificação da Deficiência e da Incapacidade	32
1.3. A Deficiência Neuromusculoesquelética Adquirida.....	37
2. Emprego de Pessoas com Deficiência e Incapacidade	45
2.1. Macrossistémicos e Emprego de Pessoas com Deficiência e Incapacidade	45
2.1.1. Legislação de Suporte ao Emprego de Pessoas com Deficiência e Incapacidade.....	45
2.1.2. Medidas de Apoio ao Emprego de Pessoas com Deficiência e Incapacidade.....	59
2.2. Outros Factores Condicionantes do Emprego na Deficiência e na Incapacidade	68
2.3. O Emprego de Pessoas com Deficiência e Incapacidade em Portugal	99
2.4. Importância do Emprego para as Pessoas com Deficiência e Incapacidade	104
2.5. Procura e Acesso ao Emprego por Pessoas com Deficiência e Incapacidade.....	109
3. Adaptação à Deficiência e Incapacidade.....	118
3.1. Conceitos de Adaptação à Deficiência e Incapacidade.....	118
3.2. Modelos de Adaptação à Deficiência e Incapacidade.....	123
3.2.1. Modelos de Estádios ou Fases	125
3.2.2. Modelos Lineares.....	128
3.2.3. Modelos Pendulares ou Recorrentes	141
3.2.4. Modelos Interactivos.....	148
3.3. Factores Sociodemográficos, Psicológicos e Psicossociais na Adaptação à Deficiência e Incapacidade 165	165
3.4. Factores Relacionados com a Deficiência e Adaptação à Deficiência e Incapacidade.....	200
3.5. Emprego e Adaptação à Deficiência e Incapacidade	208
4. Funcionalidade para o Trabalho.....	221
4.1. Conceitos de Funcionalidade.....	221
4.2. Avaliação de Funcionalidade.....	234
4.2.1. Ênfase nas Actividades de Vida Diária.....	234
4.2.2. Medidas Genéricas.....	240
4.2.3. Medidas Específicas	249
4.2.4. Análise Crítica	253
4.3. Conceitos de Funcionalidade para o Trabalho.....	256
4.4. Funcionalidade para o Trabalho e Emprego	267
PARTE II.....	274
5. Adaptação dos Instrumentos de Avaliação	275
5.1. Objectivos.....	275
5.2. Instrumentos Seleccionados	276
5.2.1. Escala de Adaptação à Deficiência-Revista (EAD-R).....	281
5.2.2. Inventário de Avaliação Funcional (IAF)	287
5.2.3. Questionário de Competências Pessoais (QCP).....	301
5.3. Tradução e Adaptação dos Instrumentos	304
5.3.1. Escala de Adaptação à Deficiência Revista (EAD-R)	306
5.3.2. Inventário de Avaliação Funcional (IAF) e Questionário de Competências Pessoais (QCP).....	308
5.4. Questionários Sociodemográficos	346
5.5. Estudo Piloto	348

6.	Estudos Psicométricos dos Instrumentos de Avaliação.....	352
6.1.	Seleção das Amostras	352
6.2.	Caracterização das Amostras.....	357
6.2.1.	Caracterização da Amostra da EAD-R	358
6.2.2.	Caracterização da Amostra do IAF.....	363
6.2.3.	Caracterização da Amostra do QCP	370
6.3.	Procedimento.....	377
6.4.	Resultados	380
6.4.1.	Escala de Adaptação à Deficiência-Revista (EAD-R).....	381
6.4.1.1.	Estudo dos omissos	381
6.4.1.2.	Validade de constructo	383
6.4.1.3.	Validade relativa a um Critério Externo: Grupos Contrastantes	396
6.4.1.4.	Precisão	399
6.4.1.5.	Análise dos itens.....	400
6.4.2.	Inventário de Avaliação Funcional (IAF).....	403
6.4.2.1.	Estudo dos omissos	403
6.4.2.2.	Validade de constructo	407
6.4.2.3.	Validade relativa a um critério externo: Grupos contrastantes.....	416
6.4.2.4.	Precisão	418
6.4.2.5.	Análise dos itens.....	421
6.4.3.	Questionário de Capacidades Pessoais (QCP).....	426
6.4.3.1.	Estudo dos omissos	426
6.4.3.2.	Validade de constructo	431
6.4.3.3.	Validade relativa a um critério externo: Relações com a avaliação de técnicos.....	438
6.4.3.4.	Validade relativa a um critério externo: Grupos contrastantes.....	443
6.4.3.5.	Precisão	444
6.4.3.6.	Análise dos itens.....	447
6.4.4.	Discussão dos Resultados	454
6.4.4.1.	Escala de Adaptação à Deficiência - Revista	454
6.4.4.2.	Inventário de Avaliação da Funcionalidade	460
6.4.4.3.	Questionário de Competências Pessoais	467
6.4.5.	Conclusões.....	481

PARTE III484

7.	Estudo de Variáveis Predictoras do Comportamento de Procura de Emprego	485
7.1.	Hipótese.....	492
7.2.	Amostras.....	493
7.2.1.	Seleção e Recolha das Amostras.....	493
7.2.2.	Caracterização das Amostras	495
7.2.2.1.	Caracterização da amostra de sujeitos com deficiência.....	495
7.2.2.2.	Caracterização da amostra de técnicos	506
7.3.	Instrumentos	510
7.4.	Procedimento.....	521
7.5.	Resultados	523
7.5.1.	Comparação de Características dos Sujeitos com e sem Procura Activa de Emprego.....	523
7.5.2.	Caracterização das Variáveis	526
7.5.3.	Análises de Regressão Relativas ao Comportamento de Procura de Emprego.....	532
7.5.4.	Discussão dos Resultados	542
7.6.	Conclusões.....	552

CONCLUSÕES FINAIS557

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....561

ANEXOS.....609

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 6.1	Características Sociodemográficas da Amostra de Sujeitos da EAD-R.....	359
Tabela 6.2	Estatuto face ao Emprego da Amostra de Sujeitos da EAD-R.....	360
Tabela 6.3	Tipo e Antiguidade da Deficiência e Incapacidade da Amostra de Sujeitos da EAD-R.....	361
Tabela 6.4	Estruturas do Corpo Alteradas na Amostra de Sujeitos da EAD-R.....	362
Tabela 6.5	Características Sociodemográficas da Amostra de Técnicos do IAF.....	365
Tabela 6.6	Habilitações Literárias da Amostra de Técnicos do IAF.....	367
Tabela 6.7	Profissão e Actividade Profissional da Amostra de Técnicos do IAF.....	368
Tabela 6.8	Experiência Profissional da Amostra de Técnicos do IAF.....	369
Tabela 6.9	Características Sociodemográficas da Amostra de Sujeitos do QCP.....	372
Tabela 6.10	Estatuto face ao Emprego da Amostra de Sujeitos do QCP.....	373
Tabela 6.11	Tipo e Antiguidade da Deficiência e incapacidade da Amostra de Sujeitos do QCP.....	375
Tabela 6.12	Estruturas do Corpo Alteradas na Amostra de Sujeitos do QCP.....	376
Tabela 6.13	Índices de Ajustamento resultantes da Análise de Modelos Estruturais da EAD-R (N = 316).....	385
Tabela 6.14	Índices de Ajustamento resultantes do Refinamento do Modelo Estrutural de Quatro Factores da EAD-R (N = 316).....	387
Tabela 6.15	Comunalidades e Pesos Factoriais da EAD-R com Rotação Ortogonal Varimax.....	391
Tabela 6.16	Estrutura Factorial, Variância e Variância Média Extraída (VEM) da Amostra da EAD-R (N = 316).....	392
Tabela 6.17	Análise dos Itens da EAD-R (N = 316).....	401
Tabela 6.18	Análise das Subescalas da EAD-R (N = 316).....	403
Tabela 6.19	Comunalidades e Pesos Factoriais do IAF com Rotação Ortogonal Varimax.....	409
Tabela 6.20	Estrutura Factorial, Variância e Variância Média Extraída (VEM) da Amostra do IAF (N = 213).....	411
Tabela 6.21	Correlações entre os Factores da Estrutura do IAF (N = 213).....	415
Tabela 6.22	Análise dos Itens da 1ª Parte do IAF (N = 213).....	422
Tabela 6.23	Análise das Subescalas da 1ª Parte do IAF (N = 213).....	423
Tabela 6.24	Análise dos Pontos Fortes do IAF (2ª Parte) (N = 212).....	425
Tabela 6.25	Comunalidades e Pesos Factoriais do QCP com Rotação Oblíqua (Direct Oblimin).....	433
Tabela 6.26	Estrutura Factorial, Variância e Variância Média Extraída (VEM) da Amostra do QCP (N = 309).....	435
Tabela 6.27	Correlações entre os Factores da Estrutura do QCP com Rotação Oblíqua (N = 309).....	438
Tabela 6.28	Correlações entre os Factores do IAF e do QCP (N = 199).....	441
Tabela 6.29	Análise dos Itens da 1ª Parte do QCP (N = 309).....	448
Tabela 6.30	Análise das Subescalas da 1ª Parte do QCP (N = 309).....	451
Tabela 6.31	Análise dos Pontos Fortes do QCP (2ª Parte) (N = 295).....	452
Tabela 7.1	Características Sociodemográficas dos Sujeitos com Deficiência sem Procura de Emprego.....	496
Tabela 7.2	Tipo e Antiguidade da Deficiência e Incapacidade (Sujeitos com Deficiência SPAE).....	498
Tabela 7.3	Condição face ao Emprego dos Sujeitos com Deficiência SPAE.....	499
Tabela 7.4	Características Sociodemográficas da Amostra de Sujeitos com Deficiência.....	500
Tabela 7.5	Tipo e Antiguidade da Deficiência e Incapacidade.....	501
Tabela 7.6	Condição face ao Emprego da Amostra de Sujeitos com Deficiência.....	503
Tabela 7.7	Permanência no Posto de Trabalho após Aquisição da Deficiência.....	504
Tabela 7.8	Apoios à Permanência no Posto de Trabalho após Aquisição da Deficiência.....	504
Tabela 7.9	Características Sociodemográficas da Amostra de Técnicos.....	507
Tabela 7.10	Habilitações Literárias da Amostra de Técnicos.....	508
Tabela 7.11	Profissões da Amostra de Técnicos.....	509
Tabela 7.12	Análise dos Resultados das Subescalas de Adaptação à Deficiência (EAD-R).....	527
Tabela 7.13	Análise dos Resultados das Subescalas da Funcionalidade para o Trabalho (QCP e IAF).....	528
Tabela 7.14	Análise dos Resultados das Subescalas da ESSS.....	530
Tabela 7.15	Correlações entre as Variáveis Independentes e Dependente.....	532
Tabela 7.16	Análise de Regressão Múltipla das Variáveis Predictoras do Comportamento de Procura de Emprego.....	534
Tabela 7.17	Análise de Regressão Múltipla das Variáveis Predictoras Iniciais e Complementares do Comportamento de Procura de Emprego.....	537
Tabela 7.18	Sumário da Análise de Regressão Múltipla das Variáveis Predictoras do Comportamento de Procura de Emprego.....	538

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 6.1 Estrutura Factorial da EAD-R, ajustada à amostra (N =316) com correlação entre factores, pesos factoriais e variância dos itens	384
Figura 6.2. Teste do Scree Plot da EAD-R	389
Figura 6.3 Teste do Scree-Plot do IAF	408
Figura 6.4. Teste do Scree-Plot do QCP	432
Figura 7.1. Modelo de Regressão do Comportamento de Procura de Emprego	540
Figura 7.2. Análise do Efeito Mediador da Adaptação entre a Funcionalidade para o Trabalho e o Comportamento de Procura de Emprego	541

INTRODUÇÃO

O presente trabalho visou três objectivos essenciais: rever, numa perspectiva crítica, a investigação relativa às temáticas do emprego, dos processos de adaptação à deficiência e da funcionalidade para o trabalho de pessoas com deficiência; adaptar para a realidade nacional dois instrumentos de avaliação da funcionalidade para o trabalho e um instrumento de avaliação da adaptação psicológica à deficiência, bem como estudar e documentar as respectivas propriedades psicométricas; contribuir para a compreensão sobre a temática da inserção profissional das pessoas com deficiência neuromusculoesquelética adquirida, nomeadamente no que concerne aos factores que influenciam os processos de procura de emprego neste grupo.

A evidência aponta para a existência de elevadas taxas de desemprego, globalmente, entre a população com deficiência e incapacidade, e que se estimam superiores ao dobro da verificada entre a restante população activa. Considerando a importância que o emprego assume na vida adulta e no exercício da plena cidadania, e tendo em conta que a população com deficiência e incapacidade é a minoria mais representativa da população, as elevadas taxas de desemprego observadas levantam importantes desafios sociais e financeiros, alertando para os elevados custos da exclusão profissional. Numa perspectiva financeira, há a considerar o custo da não produtividade, a par da não rentabilização de um potencial contribuinte activo, agudizando os custos da dependência, permanecendo estas pessoas como beneficiárias dos sistemas sociais existentes.

Diversos factores – acessibilidades, desincentivos económicos, transportes, níveis de habilitações literárias e de formação profissional, género, autoconceito, autodeterminação, entre outros – estão descritos na literatura como influenciando o acesso ou regresso ao mercado de trabalho e conseqüentemente a taxa de emprego nesta população, mas pouco é conhecido

sobre as dinâmicas do processo de procura de emprego. Em Portugal, as respostas que visam fomentar a inserção profissional deste grupo (ex. formação profissional, apoio à colocação em mercado de trabalho), revelam ainda uma cobertura que fica aquém daquele que se estima ser o número de potenciais candidatos, a avaliar pelas estatísticas disponíveis.

A literatura tem privilegiado o estudo dos factores que contribuem para o sucesso ou insucesso no emprego das pessoas com deficiência ou incapacidade, com base em investigação sustentada em amostras de sujeitos que já se encontram ou encontraram no mercado de trabalho, sendo extensa a literatura que elege o domínio do regresso ao trabalho ou de caracterização das pessoas com deficiência empregadas ou desempregadas. No entanto, permanecem por conhecer os factores que influenciam a procura de emprego após aquisição da deficiência, e que poderão ser muito importantes na compreensão da empregabilidade da população com deficiência e incapacidade. Além disso, a maior parte da literatura aborda factores externos à pessoa que podem condicionar a sua empregabilidade. Assim sendo, o presente trabalho visa contribuir para aprofundar fases mais precoces do processo de inserção profissional – os momentos de procura de emprego, bem como estudar o processo do ponto de vista dos factores intrínsecos à pessoa com deficiência, reconhecendo-lhe um papel determinante no seu próprio processo de inserção profissional.

Um maior conhecimento neste domínio poderá trazer novos contributos à intervenção de reabilitação profissional com vista à inserção laboral das pessoas com deficiência e incapacidade, nomeadamente na definição das acções que integram os programas de apoio à colocação em mercado de trabalho e que se têm centrado, essencialmente, na qualificação social e profissional das pessoas com deficiência e incapacidade, a par da sensibilização da comunidade empresarial.

Neste sentido e face ao acima exposto, equacionámos estudar em que medida variáveis como a adaptação psicológica à deficiência, a funcionalidade para o trabalho, a visibilidade da

deficiência e a satisfação com o suporte social permitiriam prever o comportamento de procura de emprego após a aquisição de uma deficiência de natureza neuromusculoesquelética (capítulo 7), considerando que a literatura as aponta como dimensões predictoras ou correlacionadas com a obtenção de emprego ou regresso ao posto de trabalho e que o processo de inserção profissional deve ser entendido como dinâmico, multifacetado e complexo.

A adaptação à deficiência e a funcionalidade para o trabalho possuem, neste processo de inserção profissional, uma importância acrescida atestada em investigação e literatura sublinhando que, globalmente, as pessoas com deficiência mais adaptadas à sua condição e com níveis mais elevados de funcionalidade para o trabalho são as que estão inseridas no mercado regular de trabalho. Estudos com amostras com diversas tipologias de deficiência neuromusculoesquelética apontam mesmo o papel preditor da adaptação ou seus indicadores (ex. níveis de sofrimento psicológico, ansiedade) na predição do regresso ou obtenção de emprego. A investigação sobre a funcionalidade para o trabalho, alguma dela recorrendo a um dos instrumentos igualmente utilizado por nós – IAF – aponta não apenas a correlação entre funcionalidade para o trabalho e estatuto face ao emprego, mas também o carácter preditor da primeira em relação à segunda variável, quer se considerem os seus aspectos de ordem mais física (ex. força física), quer de ordem comunitária (ex. utilização de transportes) ou a funcionalidade na sua amplitude total.

Previamente, e com vista à concretização do objectivo acima referido, foi efectuada uma revisão da literatura no âmbito das variáveis eleitas para estudo, bem como acerca dos dois conceitos enquadradores deste estudo: a deficiência e o emprego (Parte I). Assim, dedicámos um primeiro capítulo à revisão sobre os conceitos de deficiência e incapacidade e respectivos sistemas de classificação, aprofundando especificamente a tipologia da deficiência neuromusculoesquelética e o carácter adquirido da deficiência. Como afirmado, o tema do emprego foi analisado (capítulo 2), considerando os factores macrossistémicos e outros que

condicionam o emprego, como a visibilidade da deficiência e o suporte social, apurando os dados estatísticos nacionais de emprego e revendo a importância e os modos de procura e acesso ao emprego utilizados por esta população. Tivemos, também, oportunidade de explorar a investigação e teoria sobre a adaptação psicológica à deficiência, abordando as suas distintas conceptualizações e modelos (capítulo 3). A par, abordámos os principais factores sociodemográficos (por ex. idade, nível de habilitações literárias), psicológicos (por ex. neuroticismo, optimismo, auto-estima), psicossociais (por ex. vulnerabilidade percebida, *locus* de controlo, *coping*) e relacionados com a deficiência (por ex. duração, tipologia, natureza e severidade da deficiência) que poderiam influir sobre o processo de adaptação à deficiência e a relação deste com o emprego. Finalmente, o capítulo 4 relativo à funcionalidade para o trabalho, inicia-se com a revisão sobre o conceito genérico de funcionalidade e respectivas perspectivas de avaliação, concluindo com uma análise das diversas conceptualizações da funcionalidade para o trabalho e sua relação com o emprego.

Considerando a inexistência de instrumentos específicos, traduzidos e adaptados para a língua e realidade portuguesas, para avaliação da adaptação à deficiência e da funcionalidade para o trabalho, procedemos à escolha dos que nos pareceram mais adequados aos objectivos da investigação, traduzindo-os e adaptando-os à realidade nacional e estudando, posteriormente as suas qualidades psicométricas, procedimentos que se encontram descritos nos capítulos 5 e 6 e que constituem a Parte II deste trabalho.

No âmbito da adaptação psicológica à deficiência, seleccionámos a EAD-R (Escala de Adaptação à Deficiência-Revista, Groomes & Linkowski, 2007) devido à actualidade de conceptualização da adaptação à deficiência, à ampla utilização em contexto de reabilitação e de investigação e ao conteúdo potencialmente adequado à realidade nacional. Após tradução e adaptação da EAD-R, orientada pelas directrizes internacionais, resultou uma versão portuguesa sem alterações relevantes na estrutura ou conteúdo de itens. Posteriormente,

procedemos a um estudo piloto, a que se sucedeu o estudo das propriedades psicométricas, com base numa amostra de sujeitos com diversas tipologias de deficiência e cujos resultados foram, previamente, alvo de análise e estimação de omissos: validade de constructo, com recurso à análise factorial confirmatória e exploratória; validade relativa a um critério externo – grupos contrastantes –, consistência interna e estabilidade temporal dos resultados. Foi, igualmente, estudada a sensibilidade dos itens.

Para estudo da funcionalidade para o trabalho foi escolhido o IAF (Inventário de Avaliação Funcional, Crewe & Athelstan, 1984) considerando a extensa utilização, em contexto de reabilitação e também de investigação e em que são sublinhadas as suas adequadas propriedades psicométricas. Acresce ainda que o IAF possui uma ampla conceptualização da funcionalidade para o trabalho, integrando a par da sua tradicional componente física, os domínios social e ambiental, em alinhamento com a actual concepção de funcionalidade humana. Para além do IAF, procedemos à tradução e adaptação do QCP (Questionário de Competências Pessoais, Crewe & Athelstan, 1984), instrumento que corresponde à tradução, item a item, dos conteúdos do IAF, para a perspectiva da pessoa com deficiência e incapacidade. O QCP é claramente menos referido na literatura e desconhecemos qualquer estudo acerca das suas qualidades psicométricas. Após tradução de ambos os instrumentos, foram introduzidas diversas alterações quer no que diz respeito à estrutura (ex. organização em três partes, alteração do modo de registo da resposta), quer ao conteúdo das instruções e dos itens (ex. operacionalização e clarificação de conceitos, adaptação ao contexto nacional). Em seguida, procedeu-se à realização de um estudo piloto, de que resultaram novas alterações estruturais e de conteúdo. Finalmente, procedeu-se ao estudo das propriedades psicométricas do IAF e do QCP, antecedido da análise e estimação de omissos: validade de constructo com recurso à análise factorial exploratória; validade relativa a um critério externo (grupos

contrastantes e relação com a avaliação de técnicos); precisão (consistência interna e teste-reteste). Para ambos os instrumentos procedeu-se à análise da sensibilidade dos itens.

PARTE I

1. Deficiência e Deficiência Neuromusculoesquelética Adquirida

1.1. Conceitos de Deficiência e Incapacidade

Antes de iniciarmos o desenvolvimento deste capítulo pensamos ser útil esclarecer acerca da nomenclatura adoptada em Portugal em referência a pessoas com deficiência e incapacidade, explicitando igualmente a adoptada no presente trabalho. Para designarmos a população com deficiência e incapacidade, até há não muito tempo (Gabinete da Secretária de Estado Adjunta e da Reabilitação & Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração de Pessoas com Deficiência, 2006), adoptou-se a tradução do termo anglo-saxónico *impairment*, passando deste modo a referir-nos a pessoas com deficiência. Contrariamente, noutros países, o termo adoptado como referência foi o de *disability*, sendo a designação corrente face a esta população de pessoas com incapacidade. A adopção de referências distintas teve impactos diversos, nomeadamente ao nível de fenómenos de exclusão social e do pleno exercício de direitos e deveres, tal como podemos constatar ao longo do presente trabalho. Acresce ainda e no que concerne à literatura, que muitas das vezes, a tradução adoptada para o termo *disability* foi indiscriminadamente a de deficiência ou a de incapacidade, dado que supostamente são relativas à mesma população, ainda que ignorando os efeitos dos diferentes significados e conotação dos termos.

Em Portugal, esta dificuldade poderá ter sido ultrapassada com a introdução, recentemente, do I Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade (PAIPDI, 2006), e com a adopção da designação de pessoas com deficiência e incapacidade. Esta será igualmente a designação que adoptaremos ao longo do presente

trabalho. Não obstante a opção por esta designação composta, os termos reportam a conceitos distintos, tal como teremos oportunidades de expor adiante.

Procuraremos, neste capítulo, apresentar um percurso diversificado pelos diversos domínios do saber e do intervir, em que a conceptualização do conceito de deficiência adquiriu significados distintos, determinando modos de actuar diversos. Pretendemos ilustrar domínios como a saúde, os direitos das pessoas com deficiência e incapacidade, a investigação e a estatística, a política e o emprego, ressaltando, sempre que tal se mostre viável, os seus impactos. Para tal apresentaremos igualmente um percurso pelos vários modelos de conceptualização da deficiência – médico, social e biopsicossocial.

O designado modelo médico, assente numa conceptualização da deficiência e da incapacidade enquanto resultante de uma doença, ou seja, localizando a sua origem numa base exclusivamente biológica e centrada na pessoa, tem ao longo da história conduzido a uma visão sobre as pessoas com deficiência e incapacidade (Barton, 1996), enquanto seres designados sob rótulos como ““inválido”, “coxo”, “espástico”, “em desvantagem” e “atrasado” todos implicando quer uma perda funcional, quer uma falta de valor” (p. 8). Segundo Barton, para além dos efeitos resultantes da visão centrada no modelo médico, outros factores de ordem social têm levado a que as pessoas com deficiência e incapacidade “tenham sido receptoras de uma série de respostas ofensivas por parte de outras pessoas” (p. 8) e de que são exemplo as manifestações de “horror, medo, ansiedade, hostilidade, desconfiança, pena, sobreprotecção e comportamento paternalista” (p. 8). Para este autor, a principal crítica a apontar ao modelo médico reside na sua ênfase na incapacidade e na perda individual da competência, ao invés de considerá-la como uma dimensão construída social e politicamente, tornando-a assim uma questão de participação, expressão, direitos e novas regulamentações legais.

Outras críticas têm emergido face ao modelo médico. Na opinião de M. L. Edwards (2000), a visão deste modelo estreitamente centrado na dependência da pessoa com deficiência

e incapacidade face aos outros, em resultado da perda de capacidades, tem conduzido mesmo a que existam fenómenos de sobrevalorização quando estas pessoas desempenham actividades comuns e de que refere exemplos como o desporto ou o desenvolvimento de carreira. Face à atribuição comum de incapacidade e de dependência, as pessoas com deficiência e incapacidade “são vistas como heróis” (M. L. Edwards, p. 35) pois não esperamos delas desempenhos de qualquer ordem.

Existem, ainda autores que se posicionam mais próximos do designado modelo médico. Harris (2000) afirma-se não defensor do modelo médico, mas sim do que apelidou de modelo da condição prejudicial da incapacidade. Para Harris, a incapacidade corresponde a um conjunto de “condições físicas e mentais que constituem um dano para o indivíduo e que uma pessoa racional preferiria não ter” (p. 98). Para este autor, deficiência e incapacidade surgem como conceitos representativos de uma mesma realidade, ou seja, sinónimos. Reconhece, no entanto, que as condições sociais em que a pessoa se encontra poderão agravar a incapacidade experimentada, pelo que afirma que a atenção deve ser concentrada em ambas as dimensões, ou seja, social e individual, tecendo alguma aproximação ao modelo social que abordaremos seguidamente. Porém, não defende a localização da incapacidade na sociedade, tal como os defensores do modelo social a que se opõe, afirmando que ainda assim a pessoa com incapacidade, não obstante uma comunidade sem barreiras, continuará a ser privada de algumas experiências como as sensoriais e outras. Em suma, não obstante a afirmação de uma maior aproximação ao modelo médico, Harris reconhece o papel do ambiente, contextos e comunidades no acentuar ou diminuir dos níveis de incapacidade vivenciados pelas pessoas com deficiência e incapacidade, ainda que a causa primeira resida na condição individual.

Assente no modelo médico, a primeira abordagem ao conceito de deficiência e de incapacidade, apresentada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), decorre da resolução WHA29.35 (*World Health Assembly*), aprovada pela 29ª Assembleia Mundial de Saúde (1976)

e é feita com a publicação, ainda a título experimental, da Classificação das Deficiências e Desvantagens como suplemento da Classificação Internacional das Doenças. Posteriormente e fruto de diversas análises e da colaboração de peritos, surge, em 1980, a Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (SNR, 1995).

Neste último documento, as deficiências foram primariamente encaradas apenas na sua perspectiva de consequências de doenças. Existia já, nesta fase, o reconhecimento de que a doença poderia ter consequências de natureza diversa, interferindo com o exercício dos papéis cujo desempenho era esperado de uma dada pessoa, numa determinada comunidade. A doença afectava o funcionamento individual, mas também o desenvolvimento e manutenção de interações sociais com os outros. A OMS reconhecia que o modelo médico, no qual assentou igualmente a CIDID, se revelava eficaz na abordagem à doença, mas não às consequências dela resultantes. Daqui decorreu a necessidade de encontrar um modelo complementar que permitisse compreender e classificar as consequências da doença. O referencial proposto comportava três categorias ou taxonomias fundamentais para a compreensão das consequências da doença: deficiência, incapacidade e desvantagem. Estas categorias funcionariam em sequência causal, considerando-se que a incapacidade decorria da deficiência e a desvantagem da incapacidade. A compreensão do conceito de deficiência determinava, assim, a inclusão e a análise dos restantes e os três conceitos assentam na noção de desvio em relação a normas, habitualmente as consensualmente vigentes em cada comunidade. Não obstante a sequência causal postulada e tendo por objectivo principal orientar a prática interventiva e a resolução de problemas, várias excepções a este tipo de determinismo linear são, igualmente, perspectivadas. É possível observar casos em que a deficiência implique directamente desvantagem, mas não fase intermédia de incapacidade no sentido de restrição de actividade, como acontece nas deficiências estéticas ou relacionadas com o metabolismo, por exemplo. Existem ainda outras situações em que os três elementos não estão necessariamente presentes,

havendo interrupção deste percurso linear. Poderá haver deficiência sem que haja imperativamente incapacidade ou desvantagem, como acontece em algumas deficiências orgânicas ou mesmo musculoesqueléticas. A diversidade individual e de contextos implica também que a mesma deficiência possa ter diferentes expressões ao nível da incapacidade e da desvantagem. Igualmente a sequência linear pode não seguir os passos que se iniciam com a deficiência e terminam na desvantagem. Assim, quer a desvantagem pode culminar na incapacidade, de que é exemplo a recuperação de episódios psicóticos, em que se poderá manter o afastamento da pessoa face à actividade, como a desvantagem ou a incapacidade podem conduzir à deficiência. O determinismo linear também não é mantido na medida em que uma mesma desvantagem ou incapacidade pode resultar de incapacidades ou deficiências distintas, em função das influências individuais e dos contextos mais ou menos facilitadores (Secretariado Nacional de Reabilitação [SNR], 1995).

Com o sistema de classificação proposto não se verificou um afastamento do modelo médico, pelo contrário, as categorias eram vistas como perturbações decorrentes da doença e que afectavam a pessoa nas suas dimensões funcional e social. O domínio da saúde passou assim a ficar dotado de um sistema que lhe permitia seleccionar as respostas e os instrumentos adequados para intervenção sobre a pessoa, face às limitações observadas ao nível das incapacidades e das desvantagens, ou seja, do funcionamento individual e social. Toda a intervenção era perspectivada na esfera dos cuidados de saúde e de reabilitação, numa perspectiva de cura, tratamento ou reabilitação, sobre a pessoa detentora de um problema.

À luz do defendido pela OMS, em 1980, o significado de deficiência era apresentado como “qualquer perda ou anomalia da estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatómica” (SNR, 1995, p. 35), ou seja, a deficiência indicava a existência de perturbação ao nível de um órgão. De acordo com a OMS, a deficiência significava, pois, um “desvio do padrão biomédico” face às normas de funcionamento físicas e mentais, comumente

discutidas e aceites por peritos na matéria. Igualmente era afirmado que a pessoa com deficiência não era necessariamente uma pessoa doente, embora a deficiência fosse considerada uma consequência da doença e caracterizasse a identidade individual num dado momento. Isto é, a pessoa poderia apresentar uma deficiência, mas ainda assim ter um funcionamento saudável nas restantes áreas de vida e, em si mesma, não se reconhecer como tendo uma deficiência.

A incapacidade, igualmente considerada uma consequência da doença, correspondia a “qualquer redução ou falta (resultante de uma deficiência) de capacidades para exercer uma actividade de forma, ou dentro dos limites considerados normais para o ser humano” (SNR, 1995, p. 36). Estando afectados a actividade e o desempenho funcional, a incapacidade era a consequência da doença ao nível da pessoa. No conceito de incapacidade encontravam-se integradas as acções, os comportamentos e as competências, de nível mais ou menos complexo e que correspondiam ou eram comparadas com um padrão esperado para um determinado perfil individual e social. Ainda que a evolução e a permanência da incapacidade pudessem ser variáveis, a OMS considerava que a pessoa construía em si a noção da incapacidade à medida que esta se ia tornando objectiva face à dificuldade na realização de determinadas actividades.

Finalmente a terceira categoria, relativa ao conceito de desvantagem, era definida como:

Impedimento sofrido por um dado indivíduo, resultante de uma deficiência ou de uma incapacidade, que lhe limite ou impeça o desempenho de uma actividade considerada normal para esse indivíduo, tendo em atenção a idade, o sexo e os factores socioculturais” (SNR, 1995, p. 37).

Esta categoria reflectia a dimensão social da deficiência e da incapacidade e a resposta da comunidade à condição individual. A noção de desvantagem construía-se socialmente: seriam os outros a determinar, através das suas atitudes e valores, a pertença à condição de

desvantagem e as oportunidades a que poderia aceder uma pessoa nesta condição, determinada pela sua deficiência e incapacidade. Neste sistema de conceptualização e classificação era curto o espaço de decisão e participação deixado à pessoa com deficiência e incapacidade, pois quer a valoração, quer a definição de oportunidades seriam definidas pelos outros e pela comunidade. A gravidade e a visibilidade das incapacidades poderiam ser factores operantes neste domínio, no sentido de uma maior ou menor facilitação do poder de decisão e acção da própria pessoa com deficiência. Em teoria, a pessoa estaria numa condição cada vez mais desvantajosa quanto mais afastada das normas se encontrasse, o que no extremo se poderia traduzir em acções de discriminação negativa e exclusão.

Na sua concepção, o sistema de classificação proposto pela OMS pretendia vir a contribuir para uma caracterização completa do perfil individual, desde a identificação da causa subjacente à deficiência, ou seja, a doença, até à caracterização das desvantagens experimentadas pela pessoa, no plano do exercício de papéis sociais. Esta visão global implicava a utilização conjunta de ambos os sistemas, o de classificação das doenças (CID) e o de classificação das deficiências, incapacidades e desvantagens (CIDID).

Teremos oportunidade de explorar, em maior detalhe, a operacionalização deste sistema de classificação da OMS e do que lhe sucedeu e que actualmente vigora, no ponto seguinte.

Mais tarde e sobretudo em resultado da crítica de que a proposta de conceptualização da deficiência e da incapacidade ignorava a influência do contexto, centrando-se exclusivamente na pessoa (S. D. Edwards, 2005; Nordenfelt, 2003), a OMS vem propor um novo sistema de classificação e logo novas perspectivas de abordagem: Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF, Direcção-Geral da Saúde, 2003). Saliente-se que a definição de deficiência, adoptada neste sistema de classificação, não se afasta em muito da

apresentada em 1980, conceptualizando-se deficiência como “problemas nas funções e estruturas do corpo, tais como um desvio importante ou uma perda” (p. 9).

A principal diferença face ao sistema de classificação apresentado em 1980 reside na forma como a deficiência é abordada, descentrando-se do foco negativo enquanto consequência da doença (Nordenfelt, 2003) e passando a apoiar-se numa nomenclatura e linguagem mais positivas e na integração da influência dos factores contextuais na definição de incapacidade e funcionalidade. A CIF adopta assim, para além do conceito de deficiência, os conceitos de funcionalidade, actividade e participação, definindo-se como um sistema de classificação da saúde e dos estados relacionados com a saúde e não como um sistema de classificação da pessoa, da doença e das suas consequências: deficiência, incapacidade e desvantagem. A funcionalidade, conceito central neste modelo de classificação e oposto ao conceito de incapacidade, é definida como “uma interacção ou relação complexa entre a condição de saúde e os factores contextuais (i.e. factores ambientais e pessoais)” (p. 17). Entende-se por factores ambientais o conjunto de factores que “constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem a sua vida.” (p. 9).

Outros dois conceitos determinantes para compreender a funcionalidade individual são a actividade e a participação, correspondendo a noção de limitação de actividade ao conceito de incapacidade e a restrição de participação ao de desvantagem propostos, inicialmente, na CIDID (SNR, 1995). Define-se actividade como “A execução de uma tarefa ou acção por um indivíduo.” e participação como “O envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real.” (p. 9).

Contrariamente ao modelo de classificação anterior, a OMS (Direcção-Geral da Saúde [DGS], 2003) assume não uma relação de causalidade entre os diversos constructos que contribuem para a compreensão da funcionalidade da pessoa, mas considera a presença de

interacções dinâmicas, reconhecendo que estas “... nem sempre ocorrem numa relação unívoca previsível” (p. 17).

A abordagem actual da OMS afirma-se como integradora dos modelos médico e social. Ou seja, a incapacidade (enquanto limitação de funcionalidade e não apenas consequência da deficiência) é vista como tendo a sua origem num problema, já não exclusivamente residente na pessoa, mas resultando igualmente da acção da sociedade. De uma característica da pessoa, a incapacidade passa também a ser um problema causado pela comunidade, nomeadamente no que concerne à inserção das pessoas com deficiência e incapacidade. A OMS adopta assim o que designou por abordagem biopsicossocial, modelo construído pela fusão dos modelos médico e social.

Ainda que o reconhecimento da influência de factores ambientais venha a ser feita, pela OMS, em 2001, com a apresentação da CIF, outros autores já haviam, muito anteriormente, destacado este papel. O sociólogo Saad Nagi, constatando, à época (1964), a confusão conceptual e o uso indiscriminado dos termos deficiência, incapacidade e desvantagem, inicia a discussão sobre os conceitos de capacidade e incapacidade e a sua relação com o ambiente, afirmando que estas surgem face a tarefas e papéis que ocorrem num ambiente e não isoladamente enquanto características da pessoa. Estes conceitos são afirmados enquanto “avaliações do nível de funcionalidade individual num ambiente” (p.1569). Contrariamente ao proposto na CIDID, Nagi contesta a noção de que a funcionalidade, traduzida em nível de capacidade ou incapacidade, implique a existência prévia e causal de uma doença ou deficiência, verificando-se que as limitações são transversais a todas as pessoas. A alteração do nível de funcionalidade individual pode assim decorrer de mudanças individuais (ex. relacionadas com factores como a idade ou de ordem fisiológica) ou de alterações ambientais (ex. alterações do sistema familiar, agravamento do nível de dificuldade do trabalho) ou da

conjugação de ambas as influências, ainda que o autor atribua um maior peso às forças ambientais. Apontado como pioneiro no debate desta matéria e na proposta de um modelo de incapacidade (Masala & Petretto, 2010; Snyder et al., 2008), Nagi é referido como o primeiro autor a distinguir, em 1965, os conceitos de patologia activa, deficiência, limitações na funcionalidade individual e social, e incapacidade no desempenho de papéis sociais e actividades. Sustentado num estudo epidemiológico sobre a incapacidade na população dos Estados Unidos (Nagi, 1976), este conceito é entendido como “a inaptidão ou limitações no desempenho de papéis sociais e actividades como os relacionados com o trabalho, a família ou a vida independente” (p.441), sendo os indicadores de incapacidade relativos a características da pessoa e a exigências decorrentes do exercício de papéis sociais. Comparativamente ao modelo actualmente defendido pela OMS (DGS, 2003) constata-se que Nagi coloca a influência ambiental como contida no conceito de incapacidade e não no de funcionalidade, enquanto a OMS defende a sua interacção ao longo de todo um contínuo, variando entre os extremos de incapacidade e funcionalidade individual. Numa revisão posterior (1991) dos quatro conceitos acima referidos, Nagi explicita a distinção entre limitação funcional e deficiência: embora ambas se relacionem com a função, a primeira é relativa a “manifestações ao nível do organismo como um todo (p.314), pelo que a limitação funcional é o contributo mais directo, ainda que não necessariamente obrigatório, da deficiência para a emergência da incapacidade.

No seguimento da conceptualização avançada por Nagi, Verbrugge (1990) reafirma a incapacidade como um conceito de natureza relacional, correspondendo à “lacuna entre a capacidade da pessoa e a exigência do ambiente” (p. 61), traduzindo-se em dificuldades na realização de actividades e no exercício de papéis sociais (Verbrugge, Rennert, & Madans, 1997). A intervenção sobre a incapacidade pode assim ter dois pólos distintos: por um lado

melhorar ou compensar a capacidade individual (ex. reabilitação), e por outro, tentar reduzir o nível de exigência da actividade (ex. introduzindo produtos de apoio).

Igualmente em sintonia com o afirmado por Nagi, já em 1973, Dembo, Diller, Gordon, Leviton e Sherr ao analisarem o papel da Psicologia da Reabilitação na intervenção junto das pessoas com deficiência e incapacidade sublinhavam o facto de a deficiência e incapacidade não serem uma propriedade da pessoa, considerando-as “em grande medida, devidas aos sentimentos e comportamentos de outras pessoas e às regras e regulações do mundo exterior, o ambiente que rodeia a pessoa deficiente.” (p. 720). Os ambientes contêm características de ordem e tipo diversos, sendo que as suas propriedades condicionam a acentuação ou o decréscimo da incapacidade.

O modelo de classificação CIF vigora actualmente, em Portugal, já nos domínios da saúde, educação e em alguns campos da reabilitação. A sua aplicação ao domínio do emprego havia sido proposta para reflexão (PAIPDI, 2006). A definição adoptada para o termo incapacidade é igualmente aceite por outros organismos internacionais, operantes no plano da defesa dos direitos das pessoas com deficiência e incapacidade. A título de exemplo, podemos referir a publicação do documento de tomada de posição sobre a definição de incapacidade pela *Disabled Peoples' International* (2005).

Uma terceira abordagem ao conceito de deficiência é apresentada pelos defensores do modelo social, modelo que se encontra em oposição ao modelo médico e está integrado no modelo biopsicossocial proposto pela CIF. O modelo social tem o seu início e desenvolvimento atribuído a Michael Oliver, em 1981 (Barnes & Mercer, 2004; Tregaskis, 2002).

Oliver (1986) defende que a deficiência e a incapacidade não residem na pessoa, mas sim na sociedade que lhe limita oportunidades, recusando a afirmação de que a incapacidade

seja uma “tragédia pessoal” (p. 6) decorrente de limitações, físicas e psicológicas, individuais. Sendo a funcionalidade da pessoa limitada pelos seus contextos social, económico e físico, este autor afirma a incapacidade como resultante da opressão social, correspondendo a “uma imposição social e não uma limitação pessoal” (p. 10). Ou seja, a incapacidade corresponde ao insucesso da sociedade em acolher todos os seus cidadãos, podendo por isso ser alterada por modificação ambiental (física e social), o que não acontece com a deficiência (Siminski, 2003). Tal como afirmam Shakespeare e Watson (1997), o problema das pessoas com incapacidade reside no confronto com o preconceito e a discriminação e não tanto na gestão das limitações físicas que, de algum modo, são passíveis de contorno. Neste sentido, defendem, como primordial, a conceptualização da incapacidade e das limitações funcionais na esfera do contexto social que compreende “questões como as barreiras incapacitantes, a disponibilidade de ajudas e assistência personalizada e factores financeiros e materiais” (p. 296). Esta posição de afirmação da localização das limitações funcionais na esfera social tem sido alvo de algumas críticas, nomeadamente no que se refere ao seu contributo para o desenho de soluções de ajudas técnicas ou produtos de apoio. Dewsbury, Clarke, Randall, Rouncefield e Sommerville (2004) questionam a utilidade do modelo social na medida em que, ao recusar uma visão individualizada da deficiência, ignora as necessidades práticas e concretas das pessoas com incapacidade na sua vivência e experiências diárias. Embora o modelo social afirme a necessidade de existirem condições ambientais adaptadas, estes autores afirmam que este mesmo modelo nada ajuda à sua definição concreta, centrando-se mais em questões políticas. Sendo incapaz de se debruçar sobre as preocupações e necessidades individuais, ainda que resultantes da interacção entre a pessoa e o ambiente, o modelo social revela-se pouco útil na produção de recomendações acerca de como devem ser concebidos os produtos de apoio, cujo objectivo é a melhoria da funcionalidade e independência da pessoa. Ainda do ponto de vista de Dewsbury e colaboradores, o modelo social, ao destacar as características

sociais do fenómeno da incapacidade, não está mais do que a destacar um problema que na realidade e na sua origem é meramente físico.

Evidência empírica para a derivação social (conceito que contempla a criação e construção social da incapacidade) da incapacidade foi encontrada por Siminski (2003). Este autor verificou um maior predomínio de incapacidades do foro mental em crianças e jovens do que em adultos em idade activa ou reformados. Neste sentido, afirma, como possível explicação para os dados encontrados, a diferente exigência do contexto em função das fases de vida em que os sujeitos se encontram. Do mesmo modo, verificou que as incapacidades físicas aumentam com a idade, mas decrescem no ponto de viragem da retirada da vida profissional activa, o que mais uma vez apela para a influência das exigências dos contextos na definição do que se constitui ou não como incapacidade.

A proposta do modelo social é, assim, que a incapacidade seja vista como uma categoria construída socialmente. Esta corrente tem sido fortemente defendida pelos activistas dos direitos humanos das pessoas com deficiência e incapacidade, afirmando que o foco sobre a pessoa, na deficiência e na incapacidade, determina intervenções maioritariamente de natureza médica, deixando de fora o papel da mudança política e da mudança de atitudes pelas comunidades. Localizar a incapacidade na sociedade conduz a que a acção prioritária se desenvolva sobre esta e sobre as barreiras nela sediadas e não sobre a pessoa com deficiência e incapacidade. Tal como Siminski (2003) afirma, a redefinição da incapacidade como “uma falha da comunidade em acomodar os seus cidadãos” (p. 708) tem potenciado uma maior abertura e discussão política, pois as incapacidades, mas não as deficiências, podem ser eliminadas se consideramos alterações físicas e sociais que passam pela melhoria da acessibilidade global, pela modificação de atitudes, entre outras acções. Zola (1993a), considerando igualmente a incapacidade não como um “estatuto fixo, mas como um conjunto de características em evolução e mudança” (p. 24), apela para a importância de o avaliarmos e

conceptualizarmos de forma multidimensional, integrando a sua permanente interacção entre as condições físicas e mentais da pessoa, os seus recursos e capacidades e o ambiente. Do mesmo modo, defende que o conceito de incapacidade não é dicotómico, ou seja, algo que se tem ou não, algo que se é ou não; pelo contrário trata-se de um conjunto de características que todos possuímos, ainda que em graus variáveis e com diferentes manifestações de intensidade e forma.

Alguns dos defensores do modelo social (Barnes & Mercer, 2004; Ferreira, 2008), têm-se igualmente mostrado bastante críticos face ao modelo biopsicossocial proposto pela OMS, em 2001. Consideram que, embora a CIF reconheça a influência da sociedade e do contexto, ao considerar o papel dos factores ambientais, mantém o foco na pessoa que apresenta limitação funcional, sendo este o ponto de partida da classificação da funcionalidade e da intervenção com a pessoa com deficiência e incapacidade.

Ferreira (2008), ao considerar que a incapacidade é uma realidade social, propõe que a compreensão sobre este fenómeno se faça analisando os 3 pilares em que assenta esta mesma construção social: singularidade, identidade social e ordenação hierárquica da sociedade. Neste sentido, afirma que as acções das pessoas com deficiência e incapacidade estão sempre condicionadas por esta última condição, determinando a singularidade das mesmas. Por sua vez, a singularidade do estar e do agir conduzem a uma homogeneização do grupo de pessoas com deficiência e incapacidade, ignorando diferenças individuais e tomando como referencial único a norma ditada pelas pessoas sem deficiência e incapacidade. Finalmente, a “singularidade e a homogeneização identitária, automaticamente, supõem uma classificação do colectivo em ordenação hierárquica da sociedade.” (p. 153), ou seja, a definição da sua posição na estrutura social. Ferreira aponta a incapacidade como um fenómeno social de opressão e de exclusão, considerando que a visão actual sobre as sociedades indica que:

A representação colectiva da incapacidade não é a de uma diferença integrada num mundo caracterizado pela diversidade - diversidade que é efectivamente a condição própria da nossa convivência -, mas que indica, muito pelo contrário a existência de uma deficiência que se traduz em inferioridade comparativamente com um hipotético padrão de normalidade: a incapacidade é menos-valia. (p. 155-156)

A identidade individual das pessoas com deficiência e incapacidade é algo atribuído pelo outro, pela comunidade, trata-se de um processo heterónimo em que a própria pessoa com deficiência e incapacidade se limita a constatar a sua diferença na interacção com os outros. Sendo uma construção social de valor negativo, ela origina fenómenos de marginalização, segregação e exclusão.

Curiosamente, algumas das críticas apontadas ao modelo social provêm de pessoas com deficiência e incapacidade activistas e anteriormente defensoras do próprio modelo. Não obstante o reconhecimento de algumas vantagens neste modelo, especificamente no que se refere ao aumento da autoestima e capacidade de defesa própria dos seus direitos resultantes da atribuição da incapacidade não ao próprio, mas à sociedade, Shakespeare e Watson (2001) afirmam que algum do extremismo adoptado ao excluir a importância da deficiência e negar a diferença é inconsistente, na medida que estas condições existem realmente. Estes autores propõem mesmo a extinção do presente modelo e a criação de uma nova teoria social em que seja reconhecido que a deficiência faz parte integrante da vida diária das pessoas com deficiência e incapacidade e em que sejam criados movimentos políticos com os quais as pessoas com deficiência e incapacidade se identifiquem verdadeiramente: “Nós não somos apenas pessoas com incapacidade, somos também pessoas com deficiência e fingir que é de outro modo é ignorar uma parte importante das nossas biografias” (Shakespeare & Watson, 2001, p. 15). O reconhecimento não se deve circunscrever à existência da deficiência, mas também à diversidade da mesma em função de critérios como a sua visibilidade, origem,

estabilidade, entre outros, com diferentes implicações na interação social e na funcionalidade, física e psicológica, individual. Um dos principais impactos da negação da deficiência será a perda de eventuais ganhos decorrentes da intervenção para melhoria da funcionalidade individual. Se a incapacidade, para o modelo social, se localiza na sociedade, a mudança deve ser operada na sociedade, logo os proveitos decorrentes da intervenção com a pessoa são perdidos ou, no mínimo, diminuídos. Estes autores propõem, assim, uma solução de equilíbrio, em que a ênfase seja colocada na remoção de barreiras sociais, acção complementada com a intervenção sobre a deficiência, quer no domínio reabilitativo, quer preventivo. Neste sentido, podemos falar de uma maior aproximação, nesta proposta de Shakespeare e Watson, do modelo social ao modelo biopsicossocial em que ambas as componentes do processo de funcionalidade estão presentes e que os autores operacionalizam na afirmação de que a incapacidade decorre das barreiras sociais, mas também do próprio corpo. É por estes autores igualmente salientada a impossibilidade de se modificarem todas as condições ambientais que são incapacitantes para as pessoas com deficiência e incapacidade, quer porque as adaptações não são generalizáveis a todas as incapacidades, quer porque algumas delas são intrínsecas à própria incapacidade como acontece nas condições dolorosas ou nas dificuldades intelectuais. Em suma, defendem que uma nova teoria social sobre a incapacidade deve incluir todas as experiências de vida das pessoas com deficiência e incapacidade, o que implica não apenas percorrer as dimensões médica e social, mas também todas as outras relevantes para a pessoa, como a cultura, a política, o corpo, a mente, entre outras.

Terzi (2004) aponta, também, várias limitações ao modelo social. Em primeiro lugar, há a considerar a responsabilidade excessiva atribuída à sociedade como causa da incapacidade, na medida em que algumas deficiências possuem um carácter congénito ou decorrem da acção do sujeito (ex. envolvimento em actividades radicais). Esta responsabilização da sociedade leva, ainda, a que se ignorem os efeitos da deficiência, nomeadamente os que se traduzem em

limitações no desempenho ou participação, conduzindo a que não sejam alvo, por exemplo, de processos de reabilitação potencialmente benéficos para as pessoas com deficiência e incapacidade. A rejeição de toda e qualquer noção de normalização, no sentido de funcionamento mais frequente, em detrimento de uma completa valorização da diversidade humana, pode ainda levar a dificuldades na avaliação da funcionalidade e das suas implicações ou colocar em causa a atribuição de apoios decorrentes da deficiência. Ou seja, se a diversidade existe, a partir de que momento é que as pessoas serão suficientemente diferentes para beneficiar de apoios complementares (ex. apoio à vida independente ou atribuição de subsídios). Gabel e Peters (2004) alertam, ainda, para o facto de o modelo social comportar o risco de uma opressão interna, baseada numa “solidariedade colectiva” (p. 596) e na coesão de grupo, impeditiva do desenvolvimento de uma autodeterminação individual e que muitas vezes exclui deficiências menos visíveis, como por exemplo a intelectual (Humphrey, 2000). Esta noção de opressão interna é combatida, anteriormente, por Light (2000) ao afirmar que o sentimento de pertença a uma comunidade em função da incapacidade pode ser um acto de elevada liberdade.

De acordo com Michailakis (2003), e tal como já foi afirmado anteriormente, o modelo social tem sido o modelo sustentado e defendido por muitas organizações de e para pessoas com deficiência e incapacidade por forma a obterem novas medidas legislativas e políticas ou provocarem a sua reformulação.

Face aos três modelos de conceptualização da deficiência anteriormente referidos – médico, biopsicossocial e social, Michailakis (2003) vem propor um modelo de compreensão alternativo, sustentado na teoria dos sistemas. Do ponto de vista deste autor, a incapacidade tem sido conceptualizada por sistemas diferentes, detentores de linguagem, significados e conhecimentos próprios, mas incapazes de comunicar entre si sobre uma mesma entidade que

analisam de perspectivas diferentes. Deste modo, considera que não poderá haver um critério ou definição única de incapacidade, sendo impraticável unir numa mesma perspectiva ou observação os pontos de vista biológico, psíquico e social. Michailakis afirma assim que a incapacidade é a “comunicação, em sistemas funcionalmente diferenciados, da diferença entre deficiência/não deficiência.” (p. 221). Neste sentido e num determinado ambiente, a designação atribuída a uma pessoa de “pessoa com deficiência” decorre da observação e é apenas a distinção adoptada por um dado sistema para comunicar sobre essa mesma pessoa. Cada sistema recorre à sua linguagem própria, o que no caso da deficiência e da incapacidade determina a atribuição de conceitos diversificados como “limitação funcional”, “cego”, “não empregável” (Michailakis, 2003, p. 221), entre outros, se considerarmos domínios como os da reabilitação, saúde e emprego respectivamente. Estas categorias não reflectem atributos da pessoa, mas sim construções sociais elaboradas pelos diversos sistemas e que permitem definir a pertença de uma pessoa a um grupo e a sua distinção face às restantes.

Outros autores estudaram igualmente o conceito de deficiência e categorias com ele relacionadas: a incapacidade e a desvantagem ou mais recentemente o conceito de funcionalidade. Segundo S. D. Edwards (2005), e à luz do novo modelo da CIF, ao tentarmos definir deficiência e incapacidade confrontamo-nos com um paradoxo. Se por um lado, existe um conjunto identificável de pessoas que integram a categoria de pessoas com deficiência e incapacidade, por outro lado é afirmado que diferentes ambientes e contextos podem levar a que pessoas pertencentes a esta categoria deixem de o ser, deixando um vazio de classificação. Esta última afirmação corresponde à visão do modelo social da deficiência, defendido por autores como Oliver (1986), de acordo com o qual as causas da incapacidade residem nos contextos em que a pessoa vive e não nela própria. S. D. Edwards afirma igualmente que corresponder à categoria de pessoas com deficiência não significa ser incapaz de toda e

qualquer realização de actividade. Do mesmo modo, a não pertença a esta categoria não implica que a pessoa seja competente e capaz em toda e qualquer actividade. Mais uma vez fica lançada a questão de como fazer corresponder pessoas a uma ou outra categoria, ou seja, o que se define por uma pessoa com deficiência e incapacidade e qual a sua distinção face a pessoas sem estes atributos.

Por forma a clarificar a definição de incapacidade, S. D. Edwards (2005) alerta para a base relacional do próprio conceito. Só podemos falar de deficiência porque existe um referencial face ao qual comparamos e que poderá corresponder ao grupo etário ou de género, integrado ou não numa dada cultura ou comunidade. Um segundo factor, que S. D. Edwards salienta, é que o conceito de incapacidade se encontra saturado de valores e, em particular, aqueles que traduzem desvalorização, nomeadamente nas áreas da autonomia e independência.

Na tentativa de trazer maior clarificação ao conceito de deficiência, S. D. Edwards aponta a teoria da incapacidade de Nordenfelt como uma das mais comumente aceites entre os investigadores da área da deficiência.

Nordenfelt (1997) considera que uma pessoa tem uma incapacidade quando é incapaz de realizar acções que lhe são importantes. Neste sentido, afasta-se da posição assumida pela CIF, ao integrar o critério de importância, atribuída pela própria pessoa, na definição do conceito. Aproxima-se, no entanto, do defendido por aquela organização, ao conceptualizar que, na deficiência, a incapacidade é resultado da combinação entre factores internos e externos, sendo que os primeiros correspondem à deficiência e incapacidades e os segundos a condições existentes nos contextos de vida da pessoa. Assim, este autor defende que uma pessoa terá uma incapacidade, relativamente a uma determinada acção, se for incapaz de a desempenhar, num conjunto de circunstâncias que compõem um determinado contexto e se essa acção for considerada, pela pessoa, como necessária ao que designou de *objectivos vitais* (p. 619). Estes objectivos são os que a pessoa considera como mais importantes para si própria,

que lhe permitem atingir um determinado nível de bem-estar e felicidade, a longo prazo (Nordenfelt, 2006) e que vão para além das actividades que permitem a sobrevivência individual.

Em suma, para Nordenfelt (1997), a pessoa tem uma incapacidade se, no âmbito de um conjunto específico de circunstâncias, for incapaz de atingir os seus objectivos vitais. Para atingi-los, cada pessoa deve desempenhar um conjunto de actividades, que o autor designou de *acções básicas* (p. 611) e que correspondem ao movimento intencional das várias partes do corpo (ex. mover uma mão). O conceito de incapacidade pode ser assim lido como a ausência de capacidade para realizar acções básicas, ou seja, acções que têm a ver com o movimento corporal intencional. Propõe ainda a existência de outra classe de acções - *acções geradas* (p. 611) – que correspondem a uma cadeia de acções básicas, cujo desempenho é condicionado por factores ambientais (ex. conduzir um carro). Neste sentido, a incapacidade de realizar acções geradas coloca a pessoa numa condição de desvantagem, termo inicialmente adoptado na nomenclatura da OMS (SNR, 1995).

Tal como é verificável pela diversidade de definições apresentadas, até este momento, para o conceito de deficiência, não se encontra estabilizada uma definição única e uniforme, entre os vários investigadores sobre a temática da deficiência e defensores de modelos diversos. Este facto é particularmente preocupante quando consideramos a necessidade de efectuar investigação e recolher informação estatística junto desta população, pelas limitações que se colocam à generalização de conclusões e recomendações (Pfeiffer, 1999). Diferentes conceptualizações do conceito conduzem a formas distintas de categorização, recolha e tratamento de dados, traduzindo-se, por sua vez, em descrições diferentes de uma eventual mesma realidade. Até mesmo o número de pessoas com deficiência e incapacidade poderá variar em função da definição e medidas seleccionadas (Zola, 1993a). Pfeiffer (1999) alerta,

ainda, que esta divergência de conceitos poderá ainda ver aumentado o seu impacto se pensarmos em estudos alargados sobre populações, como os Censos, nos quais poderão vir a assentar decisões e medidas políticas. Acresce, ainda, e tal como Zola afirma, que as “estatísticas nacionais geralmente omitem as populações institucionalizadas” (p. 12), levando a uma subestimação dos valores obtidos e tendem a ignorar as deficiências intelectuais e psicológicas. Em Portugal, recentemente, o Instituto Nacional de Estatística (INE, I.P.) adoptou (Deliberação do Conselho de Ministros n.º 45/2009) como definição de deficiência, incapacidade, funcionalidade e participação a apresentada e recomendada na CIF (DGS, 2003).

Cumprе informar que no presente trabalho adoptaremos igualmente o sistema de classificação proposto pela CIF e as definições nela incorporadas, por forma a uniformizar a recolha de dados e obtenção de resultados com o sistema adoptado a nível nacional.

Do ponto de vista da definição legal do conceito de deficiência, em vigor em Portugal, apresentaremos duas concepções distintas do conceito de deficiência e de pessoa com deficiência: a primeira criada para os contextos de formação, reabilitação e inserção profissional e a segunda criada nos domínios da prevenção, habilitação, reabilitação e participação. Tendo a legislação, que lhes serve de base, sido criada em épocas diferentes, a análise comparativa entre ambas as definições permite-nos igualmente observar a evolução que o próprio conceito foi sofrendo neste domínio, nomeadamente através da referência ao papel desempenhado pelo meio na funcionalidade individual.

Assim, no que concerne à actual moldura legal sobre o apoio aos programas de reabilitação profissional (formação profissional e apoio ao emprego) de pessoas com deficiência e incapacidade (Decreto-Lei nº 290/2009), verifica-se uma evolução positiva na visão acerca do conceito de pessoa com deficiência. A anterior legislação (Decreto-Lei 247/89) não separava o conceito de pessoa do de deficiência, considerando “pessoa deficiente todo o

indivíduo que, pelas suas limitações físicas ou mentais, tem dificuldade em obter ou sustentar um emprego, adequado à sua idade, habilitações e experiência profissional.” (p. 3144). Esta perspectiva, datada de 1989, colocava a incapacidade na pessoa, descurando o papel exercido pelos factores ambientais no acesso e manutenção de um emprego. Eram exclusivamente as limitações apresentadas pela pessoa que determinavam a sua maior ou menor empregabilidade individual. A revisão legal efectuada é acompanhada da alteração da própria conceptualização de pessoa com deficiência, considerando-se:

Pessoa com deficiência e incapacidade aquela que apresenta limitações significativas ao nível da actividade e da participação, num ou vários domínios da vida, decorrentes de alterações funcionais e estruturais, de carácter permanente, e de cuja interacção com o meio envolvente resultem dificuldades continuadas, designadamente ao nível da obtenção, da manutenção e da progressão no emprego. (p. 7484)

O Decreto-Lei nº 290/2009 vem, ainda, acrescentar uma definição complementar de pessoa com deficiência e incapacidade no que concerne às pessoas que evidenciam limitações mais acentuadas no acesso ao trabalho:

Pessoa com deficiência e incapacidade e capacidade de trabalho reduzida aquela que possua capacidade produtiva inferior a 90 % da capacidade normal exigida a um trabalhador nas mesmas funções profissionais ou no mesmo posto de trabalho, em razão das alterações estruturais e funcionais e das limitações de actividade delas decorrentes. (p. 7484)

O Decreto-Lei 290/2009 encontra-se em claro alinhamento com o proposto na CIF, pela OMS (DGS, 2003), o mesmo acontecendo com a Lei 38/2004, que “define as bases gerais do regime jurídico da prevenção, habilitação, reabilitação e participação da pessoa com deficiência” e que afirma o conceito de pessoa com deficiência e incapacidade:

Considera-se pessoa com deficiência aquela que, por motivo de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de funções ou estruturas do corpo, incluindo as funções psicológicas, apresente dificuldades específicas susceptíveis de, em conjugação com os factores do meio, lhe limitar ou dificultar a actividade e a participação em condições de igualdade com as demais pessoas. (p. 5232)

Tal como podemos constatar, as definições mais recentes recorrem aos conceitos propostos pela CIF, e igualmente defendidos pelo modelo social, para apresentar a sua definição de pessoa com deficiência, integrando o papel desempenhado pelo meio enquanto facilitador ou barreira ao desempenho da actividade e à participação. Também de acordo com os pressupostos da CIF, a definição de deficiência deixa de estar associada à comparação com normas particulares sociodemográficas, orientando-se para o estabelecimento de igualdade de oportunidades. A deficiência não resulta da comparação da pessoa com o grupo, mas sim do estabelecimento, *a priori*, de iguais condições e oportunidades que permitam a todos agir e desempenhar papéis.

Igualmente no plano político, Portugal criou recentemente o I Plano de Acção para a Integração de Pessoas com Deficiências ou Incapacidade (PAIPDI), pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 120/2006, a vigorar no período entre 2006 e 2009. Em plena harmonia com a proposta de classificação apresentada pela OMS, na CIF, em 2001 (DGS, 2003) e com o defendido pelo modelo social de abordagem da deficiência (Oliver, 1986), o PAIPDI vem propor uma nova visão política, com implicações na conceptualização de deficiência e de incapacidade:

... é premissa fundamental deste modelo o reconhecimento da influência do meio ambiente, como elemento facilitador ou como barreira, no desenvolvimento, funcionalidade e participação da pessoa com incapacidade, o que implica em termos de política que se privilegiem as acções e intervenções direccionadas para a promoção de

meios acessíveis e geradores de competências, de atitudes sociais e políticas positivas que conduzam a oportunidades de participação e a interações positivas pessoa-meio, afastando-se, assim, da perspectiva estritamente reabilitativa e de tratamento da pessoa.

(p. 16)

Subjacente a esta nova abordagem política está igualmente a conceptualização da deficiência enquanto conceito dinâmico e o reconhecimento de que abordagens anteriores potenciavam a exclusão desta população e limitavam o exercício de uma cidadania plena.

No PAIPDI é reconhecido, igualmente, que o conceito deficiência tem uma conotação eminentemente biológica, logo próxima do modelo médico e limitativa da emergência do papel do contexto na construção da funcionalidade individual. Neste sentido, é proposto o abandono do termo deficiência e a sua substituição por incapacidade na referência ao estatuto funcional da pessoa. É defendido, em ampla sintonia com o proposto pela CIF (DGS, 2003) e com o modelo biopsicossocial adoptado, que o termo incapacidade reflecte mais adequadamente as limitações funcionais da pessoa decorrentes da interacção entre os factores individuais e os factores dos diversos contextos de vida em que se move e vive. Porém e porque o termo deficiência se constitui ainda como “termo de referência” (PAIPDI, 2006, p. 22), na formulação do PAIPDI e definição de políticas dele emanantes, optou-se pela utilização conjunta de ambos os termos – deficiência e incapacidade – criando condições para a transição de terminologia.

Além da mudança política já referida, o PAIPDI traduz o reconhecimento da necessidade de existir um “modelo único e coerente sobre o processo que origina a incapacidade” (p. 19) uniformizador das práticas de classificação, avaliação e intervenção em todos os domínios com implicações na funcionalidade da pessoa – saúde, educação, emprego, protecção social, transportes, habitação e outros.

Sendo a linguagem não isenta de valor e significado, gostaríamos de concluir este ponto referindo a importância que a terminologia sobre a deficiência e a incapacidade tem assumido ao longo dos tempos. Não desenvolveremos um extenso relato histórico, mas consideramos pertinente referir os impactos que, palavras como “ter” ou “ser”, “intervir com” ou “intervir sobre”, podem ter na atribuição de um papel mais activo ou mais passivo, respectivamente, às pessoas com deficiência e incapacidade (Zola, 1993b). Do mesmo modo, a aplicação de adjectivos depreciativos, mais do que simples classificações sobre um atributo individual, rapidamente se estendem à pessoa como um todo, qualificando-a na sua globalidade. Mais do que a preocupação com a linguagem politicamente correcta a adoptar, há que considerar os cuidados a ter com a mesma, face ao retorno que podem provocar no que concerne à inclusão ou exclusão. Tal como referem Barnes, Mercer e Shakespeare (1999), existem mesmo culturas para as quais não existe o termo incapacidade, não sendo portanto um factor que emerja como sinal de diferenças observadas entre os seus elementos.

1.2. Sistemas de Classificação da Deficiência e da Incapacidade

Como tivemos oportunidade de descrever anteriormente existem fundamentalmente três modelos de compreensão do conceito de deficiência e da incapacidade: médico, biopsicossocial e social. Os sistemas de classificação propostos pela Organização Mundial de Saúde, em 1980 e posteriormente em 2001, espelham a evolução observada na conceptualização dos conceitos de deficiência e de incapacidade, transitando de uma visão médica (CIDID) para uma visão biopsicossocial (CIF), do modelo médico ao modelo biopsicossocial. Embora o primeiro

sistema já não se encontre em vigor, apresentá-lo-emos pois facilita a compreensão do vigente e a evolução ocorrida entre os mesmos.

Assim, o primeiro sistema de classificação proposto – CIDID, ancorado nos conceitos de deficiência, incapacidade e desvantagem, propunha uma metodologia de classificação com base nestes mesmos conceitos, atribuindo para cada tipo de deficiência, incapacidade ou desvantagem o código D, I ou DV consoante os conteúdos das classes em classificação. As anotações de código de tipo D (Deficiência) deveriam ser aplicadas face a situações relativamente persistentes no tempo e que se mantêm após intervenção médica. A estrutura básica deste código era composta por dois dígitos acrescidos de um dígito decimal, sendo sugerida, por vezes, a introdução de um quarto dígito para situações de nível ainda mais específico. Tal como a codificação seguinte, este sistema adopta uma organização hierárquica e de disposição ramificada face aos diferentes tipos de deficiência.

O código I era relativo aos comportamentos e actividades mais importantes na vida diária e a classificação das actividades deveria expressar, de algum modo, a interacção da pessoa com o seu meio ambiente, revelando as capacidades funcionais da mesma. A estrutura básica deste código contém 2 dígitos, seguido de um terceiro opcional e suplementar.

Contrariamente às duas categorias anteriores, a classificação das desvantagens, pela sua maior variabilidade entre culturas, encontrava-se assente na análise de seis dimensões relativas à sobrevivência individual, incluindo uma categoria adicional para outras desvantagens sociais. A opção pelas dimensões mais básicas ligadas à sobrevivência assenta no facto de se considerar ser habitualmente necessário dar resposta a problemas e necessidades mais básicos para que surja a vontade ou o desejo face a necessidades de ordem mais elevada nos planos da motivação e da realização. Para a classificação das desvantagens o código proposto foi DV e a classificação baseia-se não na pessoa, mas sim nas circunstâncias que ela experimenta e das quais pode resultar desvantagem, quando comparada com as normas existentes. Assim, para

cada uma das dimensões foi estabelecida uma graduação de 0 a 9, que não corresponde a uma organização necessariamente hierárquica, mas sim nominal.

O sistema actualmente em vigência na maioria dos países corresponde, tal como já tivemos oportunidade de afirmar, à CIF (2001). Este sistema de classificação encontra-se organizado em duas partes, cada uma delas composta por duas componentes. Assim, a primeira parte, relativa à Funcionalidade e Incapacidade, subdivide-se em *funções do corpo* e *estruturas do corpo*, e *actividades e participação*. A segunda parte, sobre os *factores contextuais*, contém os *factores ambientais* e os *factores pessoais*, sendo que estes últimos não se encontram listados dada a variabilidade humana. A organização é igualmente ramificada, tal como o sistema anterior, mas dispõe de uma extensão muito mais complexa e encontra-se estruturada por níveis, sendo que cada componente contém domínios que, por sua vez, se encontram organizados em categorias e que correspondem às unidades de classificação.

Às unidades de classificação são atribuídos códigos, organizados num sistema alfanumérico. Cada unidade é classificada com a letra do alfabeto correspondente à componente específica (*s* para estrutura do corpo (*structure*), *b* para funções do corpo (*body*), *d* para actividades e participação (*domain*) e *e* para factores ambientais (*environment*)) seguida do *qualificador* numérico. Este código numérico começa com o número do capítulo correspondente (um dígito) (ex. *s7* = estruturas relacionadas com o movimento), seguido pelo segundo nível (dois dígitos) (ex. *s730* = estrutura do membro superior), o terceiro e o quarto níveis (cada um com um dígito) (ex. *s73001* = articulações da região do cotovelo). A versão reduzida da CIF comporta uma organização em dois níveis, enquanto a versão completa inclui quatro níveis.

Existe uma mesma escala genérica para a totalidade das componentes classificadas na CIF, com a extensão dos problemas de cada componente, composta por cinco pontos e variando entre a inexistência de problema (0) e a existência de um problema completo (4).

Existem duas categorias para a situação de “não especificado” e “não aplicável” (DGS, 2003, p. 21). A classificação da extensão do problema é acrescida à categorização alfanumérica separada por um ponto. Os factores ambientais podem ser classificados como *facilitadores* (efeitos positivos do ambiente) ou *barreiras* (efeitos negativos ou inibidores do ambiente). Para os factores facilitadores o ponto é substituído pelo sinal mais (+) e para os negativos não é colocado qualquer sinal.

A avaliação das diversas componentes pode ser efectuada pelo recurso a qualificadores de três níveis de especificação crescente. A escala acima apresentada é aplicável à avaliação do primeiro qualificador. Existem ainda escalas para um segundo qualificador e um eventual terceiro qualificador, com valores entre 0 e 9 pontos, para as componentes Estruturas do Corpo e Actividades e Participação. Os qualificadores relativos às componentes de Actividade e Participação podem ainda ser classificados sob a óptica do desempenho e da capacidade. O desempenho é relativo ao que a pessoa faz no seu ambiente natural e a capacidade reporta-se ao nível máximo de funcionalidade num determinado momento e avaliado num ambiente padronizado, de forma a evitar a interferência de factores ambientais.

Um dos principais críticos ao sistema de classificação apresentado pela OMS, com a CIF tem sido Nordenfelt (2003, 2006). Em primeiro lugar, aponta para o facto de as definições de actividade e participação não serem “coerentes” (p. 1075) nem distintas entre si, tal como aliás é reconhecido na própria CIF, propondo que estes dois termos sejam substituídos por um único: acção. Segundo este autor, os dois termos não diferem na sua definição, mas sim na classificação com a aplicação dos qualificadores *capacidade* e *desempenho*, sendo que o primeiro define a competência para realizar tarefas e o segundo o que a pessoa faz ou não no seu ambiente. Considera assim que o termo *acção* poderá mais adequadamente ser classificado em relação ao ambiente, podendo falar-se de *capacidade* e *oportunidade* para desempenhar uma acção, termos que vem a acrescentar na sua análise crítica, como proposta de novos

qualificadores. É assim apresentada a díade “capacidade-oportunidade” (p. 1076), considerando que a capacidade corresponde aos recursos internos individuais que permitem à pessoa agir e a oportunidade às possibilidades exteriores à pessoa. A esta díade vem-se juntar o conceito de *vontade*, ou seja, as pessoas só demonstrarão as suas capacidades se tiverem oportunidade e motivação para o fazer. Nordenfelt considera que o papel exercido pela vontade individual está claramente ausente da classificação proposta na CIF. Defende, ainda, que muitas das vezes imediatamente atribuímos a incapacidade à pessoa sem considerar, concomitantemente, os factores externos ambientais. O autor indica ainda que face a uma incapacidade, nem sempre são disponibilizadas oportunidades às pessoas com deficiência e incapacidade, que poderão corresponder a compensações como a introdução de uma tecnologia ou de apoio de outra pessoa, tornando-as capazes de desempenhar as acções para as quais estavam inicialmente qualificadas como incapazes.

Este autor propõe também que a deficiência e a incapacidade sejam determinadas não face a uma norma colectiva baseada em critérios como a idade, género, grupo social ou cultural, mas sim tendo em conta os objectivos vitais definidos e valorados pela própria pessoa, ou seja, numa perspectiva individualizada, tal como referimos anteriormente. A crítica, neste sentido, apontada à CIF reside no facto de, não obstante este sistema de classificação considerar o papel dos factores ambientais, manter a comparação com normas que emanam de um suposto contexto padronizado (Nordenfelt, 2003), na sua opinião difícil de definir e operacionalizar.

Igualmente os defensores do modelo social têm apresentado críticos à proposta da OMS contida no sistema de classificação da CIF. Assim, e à semelhança de Nordenfelt, afirmam (Barnes e Mercer, 2004; Ferreira, 2008) que, embora haja reconhecimento do papel do contexto na definição de funcionalidade, a incapacidade continua a ser vista como resultando primariamente de limitações individuais (Michailakis, 2003).

Porém, algumas proximidades entre o modelo social e a actual proposta de classificação da CIF são evidentes. Zola (1993a) advogava a incapacidade como um conceito “fluido, contínuo e holístico” (p. 24) e que deveria ser classificada sob duas dimensões: sem e com suporte externo. Se verificarmos, esta é a proposta contida na CIF, com a aplicação dos qualificadores capacidade e desempenho às componentes de actividade e participação.

1.3. A Deficiência Neuromusculoesquelética Adquirida

A conceptualização da deficiência física, actualmente designada por deficiência neuromusculoesquelética (CIF, 2001), nem sempre foi a mesma ao longo dos tempos e das culturas. Remontando à época da Grécia antiga, M. L. Edwards (2000) afirma verificar-se não existir uma verdadeira definição, ainda que existisse o conceito, neste caso dependente da “compreensão da comunidade acerca dos papéis individuais” (p. 35), levando assim a diferentes categorizações em função dos papéis atribuídos a cada pessoa. Neste sentido, vigorava a visão que, presentemente, designamos de modelo social da deficiência.

A condição física e a categorização médica, em que ainda actualmente assentam as classificações da deficiência e de algumas incapacidades, não eram, à época, os critérios adoptados para referência a uma pessoa com deficiência e incapacidade. M. L. Edwards descreve um exemplo claramente ilustrativo desta afirmação: um homem cuja mobilidade era apoiada por duas bengalas e que não podendo exercer actividade económica, beneficiava de apoio financeiro para alimentação, foi submetido a julgamento por ter sido visto a montar a cavalo, a carregar mercadorias e a relacionar-se com “amigos saudáveis” (p. 37). À defesa não bastou a demonstração evidente da limitação física. A este argumento foram adicionados

outros como a ausência de herança parental ou a inexistência de descendência que garantissem cuidados na velhice. Claramente a componente física, não obstante a valorização do corpo na antiga sociedade grega, não era condição necessária à qualificação da deficiência e da incapacidade. Contrariamente, actualmente partimos da condição física ou psicológica da pessoa, a que adicionamos o papel do ambiente para qualificar deficiências e incapacidades.

No mais recente sistema de classificação – CIF, verificamos que as deficiências neuromusculoesqueléticas se encontram classificadas nos capítulos 7 relativos às Funções do Corpo: “Funções neuromusculoesqueléticas e funções relacionadas com o movimento” (DGS, 2003, p. 74) e às Estruturas do Corpo: “Estruturas relacionadas com o movimento” (DGS, 2003, p. 96) e integram as funções das articulações e ossos, as funções musculares e as funções e estruturas relacionadas com o movimento.

De acordo com esta mesma classificação, as deficiências neuromusculoesqueléticas são definidas como problemas nas estruturas ou funções das articulações, ossos e dos músculos e nas relacionadas com o movimento. Em referência ao carácter adquirido, as restrições observadas deverão surgir no período pós-natal, ainda que este sistema de classificação não integre tal nível de diferenciação. O termo adquirido é relativo a uma diversidade de condições que podem ser resultantes de acidente ou de doença (Dunn & Brody, 2008), excluindo-se aqui os factores hereditários ou ligados ao desenvolvimento.

A maior parte dos dados estatísticos disponíveis e publicados, e que apresentaremos em seguida, não nos permitem distinguir, tal como era nosso objectivo, entre situações congénitas e adquiridas, pelo que nos limitaremos a apresentá-los na sua globalidade.

Em termos globais, considerando a população mundial (World Health Organization, [WHO], 2006a) estimava-se que, aproximadamente 10% da população, ou seja, 650 milhões de pessoas, experimentasse uma deficiência e incapacidade, dos quais 470 milhões estarão em idade activa para o trabalho. Para além do aumento da população, outros factores como a

emergência de doenças crônicas e a melhoria dos cuidados de saúde, com consequente prolongamento da vida humana, têm vindo a contribuir para um aumento progressivo do número de pessoas com deficiência e incapacidade. De acordo com o *World Report on Disability* (WHO & The World Bank [WB], 2011), a taxa mundial de pessoas com deficiência e incapacidade já terá aumentado para os 15,6%, variando entre os 11,8% nos países mais ricos e 18% nos mais pobres.

Pelos resultados publicados no *Global Burden of Disease 2004* (WHO, 2004), estima-se que, na população mundial, 18,6 milhões (2,9%) tenham uma incapacidade severa e 79,7 (12,4%) milhões apresentem uma incapacidade de nível moderado. De salientar que, neste estudo, a definição de incapacidade adoptada não corresponde a nenhuma das apresentadas até ao momento neste trabalho. Ainda que antes da publicação do *Global Burden of Disease 2004* (GBD), a OMS (DGS, 2003) tivesse adoptado uma categorização uniformizadora, recomendável para utilização em todos os países e patente na CIF, vem neste estudo em particular propor uma definição alternativa: “Porém, o GBD usa o termo incapacidade para se referir à perda de saúde, sendo saúde conceptualizada em termos de capacidade funcional num conjunto de domínios da saúde, tal como a mobilidade, cognição, audição e visão.” (p. 31). Segundo os dados apurados, estimam-se valores idênticos, face ao género, no que concerne à prevalência de níveis moderados de incapacidade em países desenvolvidos. No caso das incapacidades de nível severo, a manifestação é mais elevada no sexo feminino.

Em termos europeus, sabe-se (Eurostat, 2003) que para a totalidade dos países da comunidade europeia (15 países, à data de 2003), 9 países em processo de adesão ou candidatos e Noruega, 36,6% da população que indicou ter doença crónica ou incapacidade apresentava problemas ao nível dos membros superiores, membros inferiores ou costas e pescoço, isto é, dificuldades neuromusculoesqueléticas, relacionadas com o movimento. Em

Portugal, os dados quanto à origem da doença crónica ou incapacidade não se encontram disponíveis (INE, 2008).

Os dados europeus (Eurostat, 2003) permitem igualmente compreender que para a totalidade dos 25 países inquiridos, aproximadamente metade (50,3%) das doenças crónicas ou incapacidades resultam de situações não relacionadas com o contexto laboral, verificando-se esta relação em apenas 13,2% dos casos. As situações congénitas ou ocorridas à nascença explicam 16,9% das problemáticas inquiridas, sendo, por este motivo, de supor uma elevada expressão de deficiências nas funções neuromusculares adquiridas, ainda que não se conheça o exacto valor. Dados nacionais (Centro de Reabilitação Profissional de Gaia [CRPG] & Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa [ISCTE], 2007a) apontam para que as deficiências congénitas tenham uma representação na ordem dos 4%, o que, uma vez mais, aponta o peso significativo das situações de natureza adquirida.

Especificamente e no que concerne às deficiências neuromusculares, estas representavam, em 2001, um total de 24,6% das pessoas com deficiência e incapacidade residentes em Portugal (INE, 2002), sendo a leitura feita face à categoria deficiência motora. Tal como alertámos, aquando da discussão da conceptualização da deficiência, nem sempre as nomenclaturas adoptadas convergem, como é o presente caso em que não existe plena segurança de que os dados recolhidos sob a categoria motora correspondam integralmente à categoria neuromuscular, adoptada no presente trabalho em conformidade com a CIF. Acresce ainda que sendo os Censos baseados no auto-relato, a percepção de deficiência e incapacidade poderá não corresponder inteiramente a realidades diagnosticadas e reconhecidas como tal. Em alguns dos casos, podemos estar mesmo face a limitações decorrentes do natural envelhecimento ou de incapacidade temporária. Consultando o conceito subjacente à categoria motora, verificamos uma clara semelhança entre ambas as categorias, o que nos poderá dar maior confiança face aos resultados obtidos. Assim, a categoria relativa à deficiência motora,

actualmente já não vigente para fins de investigação desenvolvidos pelo INE, refere-se “à limitação crónica ou duradoura da mobilidade. A incapacidade compreende todas as afecções do sistema locomotor que reduzem a independência e a autonomia pessoal” (INE, n.d.). A nomenclatura actualmente adoptada – deficiência neuromusculoesquelética – ou seja, a correspondente às deficiências nas estruturas do corpo relacionadas com o movimento, adopta uma conceptualização de deficiência bastante similar: “As deficiências de estrutura podem consistir numa anomalia, defeito, perda ou outro desvio importante relativamente a um padrão das estruturas do corpo (DGS, 2003, p. 11).

Igualmente os resultados dos Censos 2001 permitem-nos constatar que as deficiências neuromusculoesqueléticas são mais frequentes entre o género masculino do que no feminino, verificando-se uma percentagem de deficiência motora de 56,9% no sexo masculino contra 43,1% no feminino.

Quanto à severidade da deficiência e grau de incapacidade atribuído, os Censos 2001 (INE, 2002) permitem verificar, para a deficiência motora, que a situação mais frequente (43,4%) é a inexistência da atribuição de grau. O grau de incapacidade mais frequente (21,9%) situa-se entre os 60 e os 80% de incapacidade, logo seguido de valores superiores a 80% de incapacidade (13,6%).

Investigação desenvolvida com uma amostra representativa, com 15005 sujeitos com deficiência e incapacidade residentes em Portugal Continental (CRPG & ISCTE, 2007b) revela que 48,4% possui limitações nas actividades relacionadas com a mobilidade (ex. andar, subir e descer escadas ou mudar a posição do corpo), sendo que, de entre este conjunto, apenas 27,2% se encontrava activa face ao trabalho. Se considerarmos as alterações nas funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas com o movimento verificamos que estas são as alterações mais frequentes na população portuguesa, representando quase um quarto da mesma:

24,8%. Este dado é claramente similar ao obtido, anteriormente (INE, 2002) nos Censos 2001 (24,6%), para a deficiência motora.

Se recuarmos um pouco a estudos realizados anteriormente em Portugal, (SNRIPD, 1998), verificamos que as divergências de nomenclaturas ainda acentuam mais a dificuldade na comparação de dados. Neste caso, a classificação adoptada considerou as deficiências físicas que incluem não apenas as deficiências ao nível do aparelho locomotor, mas também dos aparelhos circulatório, respiratório, digestivo, genitourinário, sistema nervoso e sistema endócrino-metabólico. As designadas deficiências físicas reúnem uma expressão de 5,8% na população portuguesa inquirida. As incapacidades na locomoção (ex. dificuldades no andar, deslocar-se nos transportes públicos ou em transportar objectos) representam 22,1% da população participante, valor que também se aproxima dos restantes já acima apresentados.

Fazemos referência a estes últimos dados, não pretendendo a sua comparação com os anteriormente apresentados, mas sim para ilustrar como diferentes categorias de recolha e tratamento de dados podem conduzir a análises diversas sobre uma suposta mesma realidade ou uma realidade, no mínimo, com algumas sobreposições.

As deficiências nas funções neuromusculoesqueléticas podem ter a sua origem em problemáticas diversas. Ainda que não se encontrem disponibilizados dados estatísticos fiáveis (Barnes et al., 1999; WHO, 2004) que nos permitam compreender quais os factores que maioritariamente estão na sua origem, podemos, no entanto, avançar com alguma da informação disponível e que nos permite trazer uma melhor compreensão do tema. Neste sentido, é habitual distinguirem-se duas ordens de etiologia: as resultantes de lesão cerebral e as resultantes de agentes internos ou externos, mas que não de ordem cerebral (Vicente, 1995).

No que concerne às deficiências neuromusculoesqueléticas adquiridas de etiologia cerebral, podemos referir, a título de exemplo, as originadas em traumatismos crânio-encefálicos, lesões por outros agentes de origem tumoral, bacteriano ou viral.

No que concerne às causas de origem não cerebral, podemos destacar algumas das problemáticas mais evidenciadas, todas elas resultando, ainda que em medida variável, numa restrição do movimento: paralisia resultante de lesão vertebro-medular; amputação; miopatia; distrofia muscular; sequelas de poliomielite; espondilite anquilosante; artrite reumatóide; esclerose múltipla, entre muitas outras que poderíamos citar. Algumas das doenças na origem da deficiência ou da incapacidade poderão estar presentes à nascença, ainda que as suas manifestações em termos de incapacidade só se revelem mais tarde, determinando assim o carácter de deficiência e incapacidade adquirida.

Tal como a WHO refere (2006a), as causas mais comuns de deficiência e/ou de incapacidade incluem as “doenças crónicas como a diabetes, doenças cardiovasculares e cancro, lesões como as devidas a acidentes de viação, guerra e conflitos, quedas, minas, deficiências mentais, defeitos congénitos, má nutrição, SIDA/HIV e outras doenças” (p. 1). As deficiências nas funções neuromusculoesqueléticas adquiridas, são habitualmente resultantes de acidentes, domésticos, de viação ou profissionais, ou de doença incapacitante, mais ou menos degenerativa ou súbita (Vicente, 1995). Os resultados publicados pela Direcção-Geral da Saúde (2008), relativos ao ano de 2006, apontam para a existência, em Portugal de 3577 pessoas que ficaram com incapacidades permanentes devido a doenças profissionais, tornando-se pensionistas. Deste valor não é claro qual o número de pessoas com incapacidade relativa ao movimento.

Algumas das estatísticas disponíveis, a nível mundial, permitem-nos inferir da elevada probabilidade de deficiências neuromusculoesqueléticas adquiridas. De acordo com dados da WHO (2004), 24,3 milhões de pessoas são vítimas de acidentes de viação e 37,3 de quedas de ordem diversa. Segundo esta mesma organização, a prevalência estimada, em 2004, para algumas das lesões ou traumatismos que poderão resultar em incapacidade ao nível do

movimento, obtinha os seguintes valores: fracturas de fémur e crânio 34 milhões de pessoas; lesão medular 9 milhões; amputações 8 milhões e lesões neurológicas 45,6 milhões.

2. Emprego de Pessoas com Deficiência e Incapacidade

2.1. Macrossistémicos e Emprego de Pessoas com Deficiência e Incapacidade

2.1.1. Legislação de Suporte ao Emprego de Pessoas com Deficiência e Incapacidade

Começaremos por efectuar uma apresentação sobre as medidas legais de cobertura, quer nacional, quer internacional, sobre a protecção do direito ao emprego das pessoas com deficiência e incapacidade, passando posteriormente a uma análise das medidas operacionais em vigor em Portugal, a par de outras realidades europeias e internacionais, ainda que com implicações mais indirectas, e que traduzem uma discriminação positiva no acesso ao emprego por parte desta população. A este propósito, analisaremos a recente mudança no quadro legal nacional que veio retirar diversos apoios à contratação de pessoas com deficiência e incapacidade, cujos impactos efectivos são ainda desconhecidos, mas que se estimam diminuidores da taxa de integração desta população, em mercado competitivo de trabalho. Este cenário foi, ainda, agravado pelo facto de a regulamentação específica das medidas que permite a sua operacionalização no terreno (ex. contratos de emprego apoiado em empresas) só ter ocorrido no segundo trimestre de 2011.

Numa perspectiva global e no plano dos direitos humanos, é possível afirmar que o primeiro marco de suporte legal ao emprego de pessoas com deficiência e incapacidade reside na própria Constituição da República Portuguesa (desde a de 1976 até à Lei Constitucional n.º1/2005, 7ª Revisão Constitucional), no n.º 1 do seu art.º 71. É assim afirmado que “Os cidadãos portadores de deficiência física ou mental gozam plenamente dos direitos e estão sujeitos aos deveres consignados na Constituição, com ressalva do exercício ou do cumprimento daqueles para os quais se encontrem incapacitados.” (p. 4654).

Criada um ano antes da 7ª Revisão Constitucional, a Lei de bases da prevenção, habilitação, reabilitação e participação das pessoas com deficiência (Lei n.º 38/2004) vem igualmente afirmar o direito das pessoas com deficiência ao trabalho. No seu artigo 26º, relativo ao direito ao “emprego, trabalho e formação”, é afirmada a competência do Estado na garantia das condições necessárias “para assegurar o direito de acesso ao emprego, ao trabalho, à orientação, formação, habilitação e reabilitação profissionais e a adequação das condições de trabalho da pessoa com deficiência.” (p. 5234). Esta legislação faz igualmente referência a formas alternativas ou complementares à contratação por conta de outrem e que, eventualmente, poderão ser privilegiadas entre as pessoas com deficiência: teletrabalho, projectos de instalação por conta própria e redução para horário a tempo parcial. Esta moldura legal prevê, ainda, a criação de situações de discriminação positiva, na comunidade empregadora, pública ou privada, propondo a criação de quotas de emprego. É sugerida a contratação de um total de 2 em cada 100 trabalhadores, em empresas, considerando-se, no entanto, o critério da sua dimensão. Para o sector público, a quota proposta é claramente superior, ascendendo à recomendação de 5%.

De salientar que a aplicação desta medida no sector privado, não obstante ter sido alvo de discussão política, nunca teve a sua regulamentação aprovada. O mesmo já não é verdade para a contratação na função pública, dotada de legislação própria (Decreto-Lei n.º 29/2001). De acordo com esta medida, é obrigatório que, em cada concurso externo, com dimensão igual ou superior a 10 vagas, seja garantida uma quota de 5% a ser preenchida por trabalhadores com deficiência e incapacidade. Encontram-se igualmente regulamentadas as situações para vagas de número inferior ao valor acima citado.

Num estudo desenvolvido pelo Instituto Nacional de Administração, I.P. (Rato, 2008) verificou-se que, à data da recolha dos dados (2007), 95% dos trabalhadores com deficiência e incapacidade encontravam-se a desenvolver funções na administração pública há mais de 6

anos, ou seja, anteriormente à publicação de legislação sobre quotas na função pública. Daqui se deduz que apenas 5% poderão ter visto a sua admissão facilitada ou não pela referida medida legal.

No PAIPDI, cujo fundamento de base já tivemos oportunidade de expor anteriormente, encontram-se igualmente espelhados os objectivos políticos e operacionais a atingir com esta medida. Concretamente, no que diz respeito ao objecto do presente trabalho, este Plano no seu Eixo 2 (Educação, qualificação e promoção da inclusão laboral), define a Estratégia n.º 2.2 “Qualificação e Emprego”, operacionalizada na Linha de Acção 2.2.2 “Intervenção nos Programas que incidem na inserção no mercado de trabalho e garantia dos direitos e das condições de trabalho dos trabalhadores com deficiência ou doença crónica e dos trabalhadores com capacidade de trabalho reduzida”. Para esta Linha de Acção são definidas medidas de preparação, reparação e respectivos instrumentos para a sua dinamização, com execução atribuída ao Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.

As medidas de prevenção definidas para a Linha de Acção 2.2.2 contemplam o reforço do apoio à criação do próprio emprego pelas pessoas com deficiência e o estabelecimento de protocolos com empresas de grande dimensão para dinamização de estágios profissionais e incremento de integrações profissionais, no âmbito de práticas de responsabilidade social empresarial.

No que concerne às medidas de reparação são propostas acções de criação de pequenas empresas resultantes da associação entre pessoas com deficiência ou da sua associação a outras pessoas e/ou entidades e é proposto o desenvolvimento de formação na área do empreendedorismo.

Finalmente, os instrumentos definidos para a implementação das medidas acima referidas passam pela reformulação e actualização de apoios técnicos e financeiros, pela redefinição ou criação de nova regulamentação de apoio à integração, bem como pela

implementação de uma nova “metodologia de avaliação da capacidade produtiva” facilitadora da transição e acesso ao mercado de trabalho.

Em 2008, o PAIPDI é alvo de revisão, em função dos resultados obtidos com a sua aplicação e elaboração de respectivo relatório de avaliação. As modificações operadas (Resolução do Conselho de Ministros n.º 88/2008) reflectem-se, no que concerne ao Eixo 2 e à sua linha de acção 2.2.2, ao nível da criação de indicadores operacionais para monitorização e avaliação do Plano, mas também em alterações de conteúdo. Deixam assim de integrar as medidas de prevenção, as acções de apoio à instalação por conta própria de pessoas com deficiência e incapacidade. No que diz respeito às medidas de reparação, deixam de as integrar, as propostas de criação de empresas, de pequena dimensão, constituídas por pessoas com deficiência e incapacidade, associadas ou não a outras pessoas e/ou entidades. Os oito instrumentos inicialmente contemplados na primeira versão do Plano passam a estar reduzidos a três e reportam-se à regulamentação do emprego protegido, ao reforço do programa de apoio à colocação e acompanhamento pós-colocação e à regulamentação dos direitos e das condições de trabalho.

O decréscimo de medidas, acima referido, constitui-se como um retrocesso, ainda que concentrado na área da criação de negócio ou emprego por parte das pessoas com deficiência e incapacidade. Embora não sejam apresentadas justificações para esta decisão, os dados existentes apontam uma baixa execução nesta área, o que poderá ter estado na origem dos cortes verificados. Os dados, entre 2006 e 2009, apontam taxas de execução, face às metas previstas, variando entre 50 e 63,6%, o que corresponde a uma variação entre 4 a 14 situações de instalação por conta própria apoiadas. Com a cessação dos apoios específicos à instalação por conta própria, em 2009, tais práticas passam a integrar os apoios à restante população, não sendo possível verificar a sua ordem de implementação. Em investigação desenvolvida com uma amostra de 1888 utentes do sistema nacional de reabilitação profissional de pessoas com

deficiência (contemplando deficiências motoras, visuais, auditivas, de linguagem, mentais, paralisia cerebral, multideficiência e outros tipos), Capucha et al. (2004), verificaram uma taxa de trabalhadores por conta própria de 7,1% entre os trabalhadores com deficiência, contra um valor de 24,6% na restante população.

No Relatório de Acompanhamento 2008-2009 (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2010) ao Plano Nacional de Emprego (PNE) 2008-2010 é reconhecida, à semelhança do verificado em períodos anteriores, a pertença das pessoas com deficiência e incapacidade a grupos vulneráveis na inserção ou reinserção no mercado de trabalho, sendo definidos instrumentos que visam por um lado promover o emprego e por outro fomentar a prevenção e o combate ao desemprego. O Programa de Formação Profissional e Emprego de Pessoas com Deficiência constitui-se como a principal ferramenta neste domínio, visando facultar o acesso ao emprego, operacionalizando, entre outras respostas, os apoios ao emprego em mercado competitivo de trabalho, o emprego apoiado e o apoio à colocação e seu acompanhamento, que detalharemos mais à frente. Os dados de execução relativos ao período entre 2008 e 2010 apontam um decréscimo na execução no último ano (83,7%, correspondentes a 11718 pessoas) face aos dois anos anteriores: 2008 (102% correspondentes a 12917 pessoas) e 2009 (101,1% correspondentes a 17103 pessoas). O decréscimo é justificado com a integração dos públicos com deficiência e incapacidade nas medidas gerais aplicáveis à restante população.

Igualmente o Plano Nacional de Acção para a Inclusão - PNAI 2006-2008 (F. Rodrigues, 2006), estabelece, como uma das três prioridades políticas, medidas vocacionadas para o apoio às pessoas com deficiência e incapacidade, nomeadamente no domínio da sua inserção e cujo desenvolvimento se deverá fazer com recurso à intervenção local: “Prioridade 3: Ultrapassar as discriminações, reforçando a integração das pessoas com deficiência e dos imigrantes” (p. 48). O PNAI destaca o grupo das pessoas com deficiência e incapacidade como prioritário na área da inserção social e profissional, afirmando que “Entre os grupos

vulneráveis a fenómenos de pobreza e exclusão, a população com deficiência constitui o grupo cuja multiplicidade de problemas e défice histórico de respostas, torna necessário uma aposta premente e reforçada” (p. 6).

Encontram-se, ainda, definidas medidas que indirectamente são promotoras do acesso ao emprego, impedindo e prevenindo os actos de discriminação. Especificamente, e fundamentado na Lei n.º 46/2006, considera-se uma prática discriminatória, no domínio do emprego, “O impedimento ou a limitação ao acesso e exercício normal de uma actividade económica.” (p. 6210). Esta legislação, no seu artigo 5.º, define o que se entende por práticas discriminatórias no trabalho e no emprego, destacando as acções relativas à oferta de emprego, cessação de contrato de trabalho, recusa à contratação, divulgação de anúncio de oferta de emprego e práticas inseridas na relação com trabalhadores contratados (ex. publicação de anúncio de oferta de emprego que indique preferências com base em factores que excluem a deficiência). Um papel destacado, nesta Lei, é atribuído às organizações de pessoas com deficiência na intervenção, monitorização e acompanhamento dos processos de discriminação desde que em representação autorizada pela pessoa com deficiência e incapacidade alvo.

As medidas que acabámos de apresentar possuem um efeito indirecto sobre o emprego, promovendo as condições sociais e organizacionais para o seu desenvolvimento. Outras, com efeito directo no emprego e na empregabilidade das pessoas com deficiência e incapacidade, encontram-se consubstanciadas em Decretos-Lei que operacionalizam acções directas neste domínio.

Até Novembro de 2009, as principais medidas promotoras do emprego de pessoas com deficiência e incapacidade estavam reflectidas no Decreto-Lei n.º 247/89 e respeitavam à atribuição de subsídios e prémios, maioritariamente a empresas, mas também a trabalhadores com deficiência que promoviam a criação do seu próprio negócio.

Esta legislação, afigurando-se como uma das medidas com aplicação mais concreta na promoção do acesso ao emprego e ao trabalho de pessoas com deficiência e incapacidade, previa um conjunto de ferramentas que pretendiam reunir as condições de trabalho iniciais necessárias para que o trabalhador com deficiência e incapacidade cumprisse em pleno as tarefas acometidas e respondesse às exigências do trabalho, no máximo da sua funcionalidade e produtividade. As condições referidas poderiam corresponder à alocação de recursos de suporte, humanos (Subsídio de Acolhimento Personalizado) ou financeiros (Subsídio de Compensação) ou, ainda, à modificação de condições ambientais (Subsídios de Adaptação de Postos de Trabalho e de Eliminação de Barreiras Arquitectónicas). Pese embora a sua provável influência positiva na decisão de contratação de pessoas com deficiência e incapacidade, por parte das empresas (sobretudo as pequenas, médias e micros empresas para as quais os incentivos financeiros assumem um peso mais significativo), a atribuição destes subsídios nem sempre cobria a totalidade das necessidades verificadas no terreno. Tal era particularmente verdade para as deficiências intelectuais e psicológicas, cujas necessidades de acompanhamento se estendem para além dos períodos de apoio financeiro habitualmente concedidos, ainda que as medidas previssem prazos mais alargados, raramente concedidos no seu limite máximo. Neste sentido, nem sempre a produtividade e rentabilidade próximas dos restantes trabalhadores eram atingidas num período de um ano (Subsídio de Compensação) e, por vezes, o trabalhador com deficiência e incapacidade necessitava de um acompanhamento que ia para além do período de 3 meses de Subsídio de Acolhimento que era atribuído regularmente (ainda que o seu prazo limite fosse de 6 meses). Também, no que concerne ao financiamento das modificações do posto de trabalho e ambientes em seu redor (Subsídio de Adaptação de Posto de Trabalho e Subsídio de Eliminação de Barreiras Arquitectónicas), nem sempre o tecto de apoio financeiro definido se revelava suficiente para cobrir todas as alterações necessárias, sobretudo nas limitações associadas à mobilidade e visão. Embora,

reconhecidamente, a maior parte das situações não necessite de modificações do posto de trabalho (United Nations [UN], 2006), podemos sempre colocar a questão de se quando estas são necessárias e se tornam onerosas para a empresa, o empregador não optará pela contenção de custos, desistindo de contratar a pessoa cuja integração implica tais alterações.

Com vista à estimulação do emprego de pessoas com deficiência e incapacidade no tecido empresarial nacional, encontrava-se, ainda, prevista, no Decreto-Lei n.º 247/89, a atribuição de dois prémios a empresas: Prémio de Integração, ou seja, a verba concedida às empresas que integram nos seus quadros, como trabalhadores efectivos, pessoas com deficiência e incapacidade e Prémio de Mérito, isto é, o destaque público e financeiro a atribuir a empresas que se distingam na celebração de contratos sem termo com pessoas com deficiência e incapacidade.

No que concerne às pessoas com deficiência e incapacidade, o Decreto-Lei n.º 247/89 possuía, ainda, um capítulo relativo aos apoios técnicos e financeiros a conceder a pessoas com deficiência e incapacidade que criavam o seu próprio emprego e negócio, considerando, igualmente, a atribuição de um Prémio de Mérito para as que mais se tenham distinguido nessa prática.

Esta moldura legal, no seu conjunto, pretendia dar resposta e contribuir para uma maior empregabilidade não apenas no que concerne à inserção pela via da contratação por conta de outrem, mas também pelos processos de instalação por conta própria, reconhecendo aos activos com deficiências ou incapacidade o direito e a competência para gerirem a sua própria empresa. Se bem que a maioria dos casos de criação do próprio negócio correspondam a situações unipessoais, têm sido já desenvolvidas algumas experiências nacionais, criadas e geridas por pessoas com deficiência e incapacidade e tendo, maioritariamente, como trabalhadores igualmente pessoas com deficiência e incapacidade. Porém, esta medida não tem recebido um forte acolhimento por parte das pessoas com deficiência e incapacidade dado ser

escasso o número de pessoas a optar por este percurso, tal como já tivemos oportunidade de demonstrar neste capítulo.

Ainda no plano de uma discriminação positiva, potenciadora do acesso das pessoas com deficiências ou incapacidades ao emprego, o Código dos Regimes Contributivos do Sistema Previdencial da Segurança Social (Lei 110/2009), em vigor a partir de 1 de Janeiro de 2011, prevê a aplicação de uma taxa de contribuição à Segurança Social inferior (11,9%) à normalmente aplicada aos restantes trabalhadores, em casos em que se verifique a inserção profissional de trabalhadores com deficiências ou incapacidade sem termo e em que a percentagem de incapacidade do trabalhador seja igual ou superior a 20%.

Em finais de 2009, a legislação sobre os apoios à contratação de pessoas com deficiência e incapacidade é revista, sendo revogado o Decreto-Lei n.º 247/89, substituído pelo Decreto-Lei n.º 290/2009.

O Decreto-Lei n.º 290/2009 tem por objecto a criação do *Programa de Emprego e Apoio à Qualificação das Pessoas com Deficiências e Incapacidades*, regulamentando as medidas específicas neste domínio e que correspondem aos apoios à formação profissional (qualificação), à inserção no mercado de trabalho, ao emprego apoiado e ao prémio de mérito. Esta última medida – prémio de mérito – transita da legislação anterior, perdendo apenas a atribuição de incentivos financeiros a grandes empresas.

No que concerne às duas restantes medidas, com implicação directa na inserção profissional – apoios à inserção em mercado de trabalho e emprego apoiado –, verificam-se importantes alterações. Os apoios à inserção em mercado de trabalho passam a conter apenas a adaptação de postos de trabalho, a eliminação de barreiras arquitectónicas e o prémio de mérito. O emprego apoiado passa a integrar a anterior medida de emprego protegido, na sua forma de centro de emprego protegido, o contrato de emprego apoiado em empresas, os estágios de inserção e os contratos emprego-inserção, medidas que teremos oportunidade de

detalhar mais à frente. Assim, face à legislação anterior, ocorre uma importante diminuição de diversos dos apoios financeiros à contratação existentes. No que concerne ao emprego apoiado, constitui-se como uma inovação no quadro legal português. Os apoios à inserção profissional deixam de contemplar os subsídios de compensação e de acolhimento personalizado, que para além de serem os mais frequentemente solicitados pelas empresas, pretendiam exercer, igualmente, uma função de alavanca ou incentivo face a uma primeira contratação de pessoas com deficiência e incapacidade. Ou seja, a existência deste apoio técnico e financeiro inicial, a par do acompanhamento pós-colocação disponibilizado por instituições, permitia algum conforto e segurança na decisão de contratação, experiência muitas das vezes inovadora para grande parte das empresas. A legislação em vigor não dispõe de nenhum apoio técnico e financeiro que suporte a fase inicial de contratação, à excepção dos subsídios de adaptação de posto de trabalho e de eliminação de barreiras arquitectónicas, cuja aplicação é claramente menor. Estes subsídios embora se constituam como apoios, não funcionam como incentivos, na medida em que toda a verba financiada é dispendida em obra e nada garante que, após realização de modificações na empresa, o período de permanência do trabalhador na empresa seja razoável face às alterações empreendidas (ex. poderá simplesmente não ultrapassar o período experimental contratual, não justificando o investimento realizado). Ainda neste quadro, o prémio de integração é também retirado, o que se constitui, uma vez mais, como um retrocesso no incentivo à contratação de pessoas com deficiência, visto que os exemplos de sucesso em empresa, de que a passagem de um trabalhador com deficiência e incapacidade é exemplo, eram habitualmente potenciadores do desenvolvimento de carreira e da contratação de novos colaboradores.

O emprego apoiado surge, como já afirmado, como uma medida inovadora no quadro legal nacional, ainda que este conceito já fosse discutido anteriormente no contexto da reabilitação. O conceito de emprego apoiado surge, na década de oitenta, nos Estados Unidos

da América (Jenaro, Mank, Bottomley, Doose, & Tuckerman, 2002) como um programa que visa o emprego de pessoas com deficiências mais profundas, em contextos comunitariamente integrados (Wehman, Revell, & Kregel, 1998), reconhecendo que estas necessitam de um suporte adicional à sua integração. Este suporte traduz-se no apoio directo, introduzido por mentores, junto de trabalhadores, colegas e empregadores, em contexto real de trabalho, podendo as experiências corresponder a integrações individuais (a opção mais comum e em contínuo crescimento no mundo ocidental), em grupo sob a forma de enclave ou de uma equipa móvel ou ainda sobre a criação de uma pequena empresa (Wehman & Revell, 1996). De acordo com a *European Union of Supported Employment* (EUSE), o emprego apoiado corresponde ao “fornecimento de suporte a pessoas com incapacidade ou outros grupos em desvantagem para assegurar e manter um emprego remunerado em mercado aberto de trabalho” (EUSE, 2005, p. 1). Este processo pretende-se como dinâmico e orientado pela pessoa, percorrendo 5 etapas, cujo desenvolvimento é reconhecido como boa prática: *envolvimento* que pretende dotar a pessoa de conhecimentos que fomentem escolhas informadas; definição do *perfil profissional*, ou seja, dos pontos fortes e fracos que permitem a escolha de um emprego compatível com o mesmo; *procura de emprego*, acção cujo controlo deve pertencer à pessoa com deficiência e incapacidade, devidamente aconselhada e suportada pelos técnicos das instituições de apoio à integração; *envolvimento dos empregadores*, o que inclui toda a informação no que concerne às competências do candidato, condições e necessidades de integração, apoios e condições de acompanhamento e, finalmente, *acompanhamento interno e externo*, sendo o primeiro relativo à definição das figuras de suporte na empresa, desenvolvimento de adaptações e acompanhamento a todos os envolvidos, e o segundo referente à resolução de problemas relacionados com o emprego (ex. transportes), com relações laborais ou com apoios sociais.

Uma das limitações apontadas ao emprego apoiado é que embora exista uma integração profissional, tal não significa que se tenha conseguido, a par, a integração social (Storey &

Certo, 1996). Para colmatar esta lacuna tem sido frequente o recurso aos suportes naturais em contexto de trabalho. Jenaro e colaboradores (2002) definem apoios naturais como qualquer tipo de assistência que seja fornecida por pessoal não remunerado e que pretenda “garantir ou manter um trabalho na comunidade em moldes que correspondam a rotinas típicas de trabalho e interacções sociais com outros empregados” (p.7). Os autores distinguem, ainda, entre apoios *mais naturais* e *menos naturais*, correspondendo os primeiros ao suporte disponibilizado por colegas, chefias ou outros colaboradores e os segundos ao disponibilizado pelos técnicos afectos a organizações de apoio à população com deficiência e incapacidade, sendo que estes podem apoiar, inicialmente, a formação dos elementos ligados ao contexto de trabalho. Este suporte pode materializar-se, por exemplo, na formação contínua de competências, na intervenção em crise ou na adaptação das condições de trabalho (Storey & Certo, 1996). Em investigação desenvolvida com uma amostra de 448 sujeitos integrados em situação de emprego apoiado, em três países distintos – Austrália, Reino Unido e Alemanha – e cuja deficiência mais frequente (86%) eram as dificuldades intelectuais, de nível moderado, Jenaro e colaboradores demonstraram que a intervenção dos designados suportes naturais ou apoio indirecto (prestado pelos apoios naturais no contexto de trabalho) estava associada ao desenvolvimento de *resultados mais típicos*, ou seja, auferir salário idêntico, ter benefícios e deveres iguais aos restantes colaboradores. Pelo contrário, a intervenção de técnicos ou conselheiros estava associada a uma menor socialização, na medida em que a presença destes se revelava inibidora do desenvolvimento de relações sociais com os colegas. Considerando que a amostra apresentava homogeneidade quanto ao tipo de deficiência, não será de atribuir as diferenças observadas a esta dimensão, mas sim ao tipo diferencial de suporte introduzido.

As experiências de emprego apoiado desenvolvidas em países como, por exemplo, os Estados Unidos da América, revelam que esta medida tem por retorno um impacto significativo

na auto-suficiência financeira dos trabalhadores envolvidos, com ganhos de autonomia e diminuição da situação de dependência face ao Estado e à sociedade. As experiências individuais de integração revelam um maior equilíbrio benefício-custo na medida em que geram rendimento para o trabalhador com deficiência e incapacidade, são menos onerosas do que outras actividades de suporte (ex. centros de emprego protegido, centros de actividades ocupacionais) e representam a possibilidade de o trabalhador com deficiência e incapacidade passar a ser contribuinte e responsável pelo pagamento dos seus impostos (Wehman & Revell, 1996).

Ainda que apresentando semelhanças com o conceito de emprego apoiado exposto, a moldura legal relativa a esta tipologia de emprego e contida no Decreto-Lei n.º 290/2009, centra-se em quatro modalidades, uma das quais não cumpre o critério de inserção profissional em contexto comunitário integrado (emprego protegido). O *estágio de inserção* visa a formação em contexto de trabalho para aperfeiçoamento de competências e a facilitação da transição para o mercado de trabalho. A segunda modalidade – *contrato emprego-inserção* – sustenta-se numa medida já existente para a restante população e pretende o desenvolvimento de *actividades socialmente úteis*, com vista ao reforço de competências pessoais e manutenção de hábitos de trabalho. As duas modalidades restantes – *centros de emprego protegido* e *contrato de emprego apoiado em entidades empregadoras* – têm por destinatários pessoas com deficiência e incapacidade com uma menor capacidade de trabalho, situada entre os 30 e os 75% da capacidade detida por outros trabalhadores com a mesma função ou posto de trabalho. Os centros de emprego protegido correspondem a estruturas produtivas, com personalidade jurídica própria e pretendem proporcionar quer o desempenho de uma actividade profissional, quer o desenvolvimento de competências de natureza pessoal e profissional que possibilitem a transição para o mercado competitivo de trabalho. As estruturas de emprego protegido são geridas por instituições do domínio da reabilitação, pelo que o desenvolvimento desta medida

não se fará em contexto integrado, mas sim institucional ou protegido. Por último, os contratos de emprego apoiado em entidades empregadoras visam proporcionar o desempenho de uma actividade profissional, em contexto real de trabalho em empresas, sob a forma de enclave (podendo corresponder à contratação de uma ou mais pessoas com deficiência e incapacidade).

Considerando a recente regulamentação das medidas de emprego apoiado (segundo trimestre de 2011), ainda não são conhecidos dados acerca dos seus impactos nas condições e taxas de integração profissional das pessoas com deficiência. Entre Novembro de 2009 e o segundo trimestre de 2011 viveu-se um vazio legal quanto aos apoios operacionais à contratação de pessoas com deficiência, em Portugal, o que impossibilita a comparação de práticas e, a avaliar pela experiência de terreno, tem contribuído para uma menor integração desta população, ainda que não sejam conhecidos dados oficiais globais.

Concluída a revisão acerca das principais medidas nacionais, passaremos em seguida, a analisar directivas internacionais com impacto no emprego e empregabilidade das pessoas com deficiência e incapacidade em Portugal.

Na *Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e Incapacidades* (UN, 2008), assinada por Portugal em 30 de Março de 2007 e ratificada em 15 de Julho de 2009, é igualmente explicitado o direito ao trabalho, no seu artigo 27º:

Os Estados Partes reconhecem o direito ao trabalho das pessoas com deficiência em igualdade com as demais pessoas; isto inclui o direito à oportunidade de ganhar a vida através de um trabalho livremente escolhido ou aceite no mercado de emprego num ambiente de trabalho aberto, inclusivo e acessível às pessoas com deficiência. Os Estados Partes deverão salvaguardar e promover o exercício do direito ao trabalho, incluindo aos que adquirem uma deficiência no decorrer do mesmo, através da adopção de medidas apropriadas, incluindo através de legislação. (p. 19)

A aplicação da Convenção poderá vir a reflectir-se, por um lado, em acções diversas conducentes à não discriminação e protecção dos direitos das pessoas com deficiência e incapacidade, e por outro, no desenvolvimento de estratégias activas de promoção do acesso à formação, qualificação e emprego e na igualdade de oportunidades e condições nos países aderentes.

Mais recentemente, a Comissão Europeia (2010) publicou a *Estratégia Europeia para a Deficiência 2010-2020*. Ainda que adoptando um carácter meramente orientador junto dos Estados-Membro, este documento visa renovar o compromisso de uma Europa sem barreiras, através de uma maior capacitação, exercício de direitos e participação plena das pessoas com deficiência e incapacidade. Neste sentido, o emprego é identificado como umas das oito principais áreas de acção, procurando-se aceder ao objectivo de que maior número de pessoas com deficiência e incapacidade exerçam actividade remunerada em mercado competitivo de trabalho. Operacionalmente, é recomendação da Comissão Europeia um maior investimento nos domínios da investigação acerca das condições de integração profissional desta população, do combate aos desincentivos à entrada no mercado de trabalho e das medidas de promoção do acesso a este mesmo mercado (desenvolvimento de políticas activas de inserção, promoção da acessibilidade nos locais de trabalho, desenvolvimento de serviços de formação e de apoio à integração profissional).

2.1.2. Medidas de Apoio ao Emprego de Pessoas com Deficiência e Incapacidade

Em termos operacionais, e decorrente da moldura legal que tivemos oportunidade de caracterizar anteriormente, encontram-se sistematizadas algumas medidas específicas de apoio ao emprego de pessoas com deficiência e incapacidade, tendo em conta os diferentes objectivos

de inserção a atingir e as tipologias de subpopulação a que se pretende dar resposta e que se encontram descritas no Decreto-Lei n.º 290/2009 a que já tivemos oportunidade de fazer referência na secção anterior. Esta legislação veio revogar a legislação anterior relativa ao emprego protegido (Decreto-Lei n.º 40/83) e aos apoios à contratação de pessoas com deficiência e incapacidade (Decreto-Lei n.º 247/89).

O *emprego protegido* constituía-se, já com a anterior legislação, como a medida menos próxima da inserção em mercado competitivo de trabalho, ainda que tivesse por objectivo a transição dos seus beneficiários de contexto protegido para regular, sempre que tal se revelasse possível. Na globalidade e com a legislação em vigor, esta modalidade, agora inserida no emprego apoiado, mantém os seus objectivos e destinatários, isto é, o desenvolvimento de actividade profissional com vista à transição para o mercado competitivo, por parte de pessoas com deficiência e incapacidade com capacidade produtiva entre 30 a 75% da capacidade evidenciada por trabalhadores sem deficiência com as mesmas funções. Como já sublinhado anteriormente, desconhecemos os impactos do novo quadro legal, mas a prática anterior revelava a diminuta expressão desta medida na realidade nacional (Instituto do Emprego e Formação Profissional [IEFP], 2009, 2010, 2011), sendo a modalidade mais frequente o centro de emprego protegido, com uma abrangência que se mantém bastante estável no último triénio: 404 pessoas em 2009; 395 em 2010 e 401 em 2011. Em segundo lugar, surgem os enclaves, integrados no emprego protegido na moldura legal em vigor até 2009 e no emprego apoiado na que lhe sucedeu e com uma abrangência igualmente estável entre 2009 e 2011: 169 em 2009; 159 em 2010 e 144 em 2011 (dados até Agosto). À data de 2009 existiam, em Portugal, 14 estruturas de centro de emprego protegido e 27 enclaves.

Ainda que de forma inicialmente indirecta, a formação profissional vocacionada para pessoas com deficiência, também designada de *qualificação profissional*, tem igualmente por objectivo último a inserção profissional dos formandos qualificados, o que se traduz numa

medida da eficácia da própria acção de formação disponibilizada. A formação profissional, actualmente regulamentada pelo Decreto-Lei n.º 290/2009, pretende assim qualificar pessoas com deficiência e incapacidade, quer do ponto de vista dos conhecimentos teóricos e técnicos, quer das competências socioprofissionais, com vista ao acesso, progresso e manutenção de um emprego. Em Portugal, esta medida é implementada pelos centros de formação profissional de gestão directa ou participada e igualmente por organizações de e para pessoas com deficiência e incapacidade acreditadas para a formação profissional. A formação profissional desenvolve-se com recurso aos referenciais do *Catálogo Nacional de Qualificações* e, sempre que necessário, poderão ser utilizados referenciais específicos ajustados às características das pessoas com deficiência e incapacidade. A organização da formação profissional comporta três fases: actualização de competências pessoais e sociais, aquisição de competências necessárias ao exercício de uma profissão ou integração num posto de trabalho e formação em contexto de trabalho e a sua duração global está estimada em 2900 horas.

A formação profissional, face aos objectivos que se propõe atingir, atrás enunciados, possui componentes teóricas e práticas, correspondendo estas últimas à prática simulada e à formação em posto de trabalho. A experimentação e aprendizagem efectuadas em mercado competitivo de trabalho constituem-se, frequentemente, como oportunidades de inserção directa dos formandos nos postos que recentemente ocuparam nessa qualidade.

Encontram-se também disponíveis medidas de apoio à colocação e acompanhamento pós-colocação, igualmente regulamentadas pelo Decreto-Lei n.º 290/2009. Estas visam não apenas ex-formandos que tenham concluído a sua aprendizagem, mas toda e qualquer pessoa com deficiência e incapacidade que veja o seu acesso ao mercado condicionado em função da sua condição de funcionalidade, decorrente da existência de uma deficiência e incapacidade. A medida de apoio à colocação operacionaliza-se na procura activa de ofertas e oportunidades de emprego e na mediação entre as entidades empregadoras e as pessoas com deficiência e

incapacidade, com vista à sensibilização das primeiras e integração profissional das segundas. O acompanhamento pós-colocação inicia-se com a contratação e visa dar resposta a questões de adaptação às funções, inserção social no contexto laboral, desenvolvimento de competências pessoais e promoção de acessibilidades. Este acompanhamento operacionaliza-se no apoio aos trabalhadores com deficiência e incapacidade e respectivos empregadores, mas também, e se necessário e útil, às famílias desses trabalhadores e tem como principais objectivos a manutenção e progressão na carreira dos trabalhadores com deficiência e incapacidade, em condições de igualdade de oportunidades. A operacionalização destas acções tem estado a cargo das entidades igualmente operantes no domínio da formação profissional, dos centros de emprego e de um serviço único no país – OED: Operação para o Emprego de Pessoas com Deficiência - que promove exclusivamente acções desta natureza. Para efeitos de financiamento, a medida de apoio à colocação poderá ter um período máximo de 6 meses e a de acompanhamento pós-colocação um período de 12 meses, prorrogável até 24 meses. À excepção da OED, por se encontrar sustentada em protocolo atípico, todas as restantes organizações se encontram sob este limite temporal, que, nem sempre se revela suficiente ao sucesso de ambas as acções.

Reconhecendo a importância da aprendizagem em contexto real e a necessidade de efectuar um combate mais acentuado à pobreza e à exclusão social, é criada, em 1998, a medida *empresas de inserção*. Esta não se trata, contrariamente às anteriores, de uma medida exclusiva para a área da deficiência e da incapacidade, sendo os seus destinatários pessoas em diversas condições de exclusão face ao mercado competitivo de trabalho. Esta solução prevê a realização de um período de aprendizagem de 6 meses, em contexto de empresa de inserção, sempre que tal se revele necessário, seguido de contratos de trabalho com a duração máxima de dois anos. Concluída a aprendizagem o trabalhador poderá ser integrado na própria empresa de inserção ou transitar para o mercado competitivo, situação ideal pelo seu maior carácter

inclusivo, com efeitos no plano da socialização e da cidadania. As empresas de inserção totalizam, em 2010 (IEFP, 2010), um valor de 3304 pessoas abrangidas em fase de profissionalização e 890 em fase de formação. Os dados mais recentes apontam para um decréscimo desta medida, verificando-se à data de Agosto de 2011 um total de 2630 pessoas em fase de profissionalização e 469 em formação, enquanto o período homólogo de 2010 apontava valores superiores: 2899 em profissionalização e 809 em formação. Este cenário poderá decorrer do encerramento de algumas empresas de inserção devido a questões financeiras.

Para concluir, o Decreto-Lei n.º 247/89 previa a existência de medidas promotoras do acesso ao trabalho pela via do *teletrabalho*. Esta medida, com fraca expressão na realidade nacional, traduzia-se no apoio formativo a futuros teletrabalhadores, na promoção de estágios neste âmbito e finalmente em processos de apoio à instalação por conta própria ou criação de centros de teletrabalho em que os trabalhadores possam desempenhar a sua actividade laboral. Em 2008, e de acordo com o IEFP, esta medida não teve qualquer execução. Eventualmente devido a esta ausência de resultados, não existe no Decreto-Lei 290/2009 qualquer referência a medidas de apoio ou estímulo ao teletrabalho.

Alguns dos resultados decorrentes das políticas e medidas nacionais e internacionais de promoção do emprego na população com deficiência, encontram-se analisados numa publicação recente da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (Organisation for Economic Co-operation and Development, [OECD], 2010). Os resultados obtidos demonstram que níveis mais elevados de emprego, entre a população com deficiência e incapacidade, não se encontram sistematicamente associados a um conjunto específico de medidas de emprego. Ou seja, não é possível afirmar que medidas como uma maior focalização

na formação profissional, a introdução de quotas de emprego ou a atribuição de incentivos a empregadores conduzam necessariamente a um incremento do emprego.

Outra constatação, decorrente deste estudo comparativo entre as práticas nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), é de que, não obstante o investimento em medidas diversas, o emprego não tem vindo a aumentar, tendendo mesmo a diminuir em alguns países, de que Portugal é exemplo, mesmo em fases de crescimento económico. Considerando este cenário, é recomendação da OCDE, um maior investimento nas medidas promotoras da integração, em detrimento das promotoras da compensação (pagamento de benefícios sociais decorrentes da deficiência), apelidadas de mais passivas. Retomaremos este tema, no final da apresentação das principais conclusões do estudo desenvolvido pela OCDE, estudo este que permite um retrato global das medidas de incentivo ao emprego nos países membros desta organização, a par do conhecimento dos seus impactos na empregabilidade e no emprego das pessoas com deficiência e incapacidade.

Em consonância com as recomendações da OCDE, a maior parte dos seus países membros encontra-se a adoptar medidas que visam a diminuição de uma eventual dependência de benefícios sociais, procurando tornar a perspectiva da integração profissional mais apelativa do que esta mesma dependência e levando a que maior número de pessoas permaneça no emprego ou tenha acesso ao mercado aberto de trabalho. Esta alteração de orientação organiza-se, essencialmente em torno de três grandes grupos de medidas: expansão das políticas de integração; melhoria da configuração institucional e redução do esquema de benefícios sociais.

No que concerne ao aumento das medidas de integração, os países membros têm recorrido a estratégias como a adopção de legislação anti-discriminação; a modificação do sistema de quotas de emprego (aumento de coimas em caso de incumprimento em França e Itália, alargamento do sistema ao sector público em França e na Polónia, ou a pequenas empresas na Grécia, Coreia e Japão, e ampliação do conceito de deficiência por forma a incluir

mais pessoas no Japão); o incremento das obrigações dos empregadores (obrigatoriedade da adaptação do posto de trabalho na Suécia ou a responsabilização das empresas pelo pagamento de subsídio por doença na Holanda); o alargamento dos programas de emprego apoiado; a modernização do emprego protegido que, sendo reconhecido como uma medida potencialmente segregadora, se deverá aproximar mais do mercado competitivo de trabalho (ex. empresas sociais na Finlândia e em França, ou a limitação do número de pessoas que podem permanecer em emprego protegido indefinidamente na Noruega); a melhoria das subvenções salariais (concessão de apoios a empregadores que viabilizam a contratação que, de outro modo, não se mostraria possível, observada na Finlândia); o investimento na formação profissional (obrigatoriedade da frequência de acções de formação por todos os candidatos a benefícios sociais na Áustria ou a substituição da opção de atribuição de subsídio pela de acesso à formação na Suíça). Uma das medidas de integração que menor consenso tem reunido é a aplicação de quotas nos sectores público e privado (Daunt, 1991), nomeadamente por se constituir como uma obrigatoriedade, ainda que seja apontada em alguns países como uma prática de sucesso (Alemanha e França). Alguns países procuraram adoptar medidas de combate à permanência na dependência de subsídios, ainda que com muito reduzido sucesso: a Dinamarca adoptou a atribuição de subsídios complementares a trabalhadores que decidem pela transição para o mercado e a Turquia legislou sobre a redução nos impostos por parte dos trabalhadores, estratégia igualmente verificada em Portugal.

Em Portugal, vemos já algumas aplicações destas medidas, ainda que exista um hiato entre a intenção contida na legislação e a sua implementação. A este propósito, e no que concerne à aplicação da legislação anti-discriminação (Lei n.º 46/2006) verifica-se ser escasso o número de queixas apresentadas e que atinge o total de 119 queixas em 2007 (Instituto Nacional para a Reabilitação [INR], 2008), 74 queixas em 2008 (INR, 2009), 47 em 2009 (INR, 2010) e 68 em 2010 (INR, 2011), alertando estes dados para uma eventual falta de

informação ou de participação das pessoas com deficiência e incapacidade e das organizações. As queixas sobre o domínio do emprego atingem valores muito diminutos: 16% em 2007; 0% em 2008; 5% em 2009 e 2% em 2010.

Igualmente, no que concerne ao sistema de quotas, Portugal legislou a sua aplicação ao sector público, mas as admissões foram escassas dado que se seguiu uma fase de congelamento de admissões na função pública, por razões económicas. Embora se tenha discutido, no Parlamento nacional, o alargamento ao sector privado, com a aplicação de uma taxa de 2%, esta medida nunca foi legislada.

O segundo grande grupo de medidas, relativo à melhoria da configuração institucional, contempla a adopção de medidas como a criação de maior número de serviços de apoio directo ao emprego, como verificado na Nova Zelândia ou Reino Unido, incluindo o alargamento a outras entidades como as autarquias efectuado pela Dinamarca; o reembolso da actividade das entidades em função dos seus resultados adoptado na Austrália, Holanda e Reino Unido; e a criação de um sistema que permita a escolha dos serviços por parte das pessoas com deficiência e incapacidade como se constata nos Estados Unidos e Holanda. Neste domínio, desconhecemos a implementação de medidas nacionais.

Finalmente e reportando ao terceiro grupo de medidas – redução do esquema de benefícios sociais – várias medidas são observadas entre os países membros da OCDE. No que concerne à contenção de compensações são relatadas medidas de estreitamento dos critérios de avaliação, do tempo de atribuição (ex. Austrália, Alemanha, Polónia), do nível mínimo de incapacidade para atribuição (ex. Austrália, Luxemburgo e Holanda) ou, ainda do montante atribuído (ex. Dinamarca e Holanda). A para destas contenções, surgem medidas mais fortes de incentivo ao trabalho, operacionalizadas na possibilidade de acumulação de rendimentos de trabalho com benefícios sociais (ex. Irlanda, Nova Zelândia, Portugal e Eslováquia), na possibilidade de suspensão de prestações sociais para realização de experiências profissionais

(ex. Finlândia, Noruega, Canadá, Dinamarca e Suécia) ou na criação de subsídios de reabilitação profissional mais elevados do que os concedidos pela deficiência e incapacidade, levando as pessoas a aderir a propostas de reabilitação profissional (ex. Noruega e Hungria). No âmbito destas medidas, Portugal tem efectuado alguns progressos legislativos, nem sempre adequada ou atempadamente acompanhados pelas práticas. A propósito da legislação que prevê a suspensão do pagamento da pensão social de invalidez (Decreto-Lei n.º 18/2002), caso a pessoa seja inserida profissionalmente ou frequente acções de formação financiadas, embora esta preveja a mera suspensão e a retoma automática da mesma, sem necessidade de avaliação prévia, existem relatos quer da retoma automática, quer da exigência de reavaliação de processo. A diminuição ou mesmo supressão de bolsas de formação profissional verificada, nacionalmente, no âmbito das respostas direccionadas para pessoas com deficiência, parece contrariar a tendência dos países da OCDE, que optam por incentivos à reabilitação profissional mais fortes do que os concedidos em razão da deficiência.

Na globalidade, a análise efectuada pela OCDE (2010) aponta a eleição de medidas mais activas que visam incrementar o acesso ou o retorno ao trabalho, tanto quanto possível em mercado competitivo de trabalho. Ainda assim, Portugal, comparativamente ao conjunto de países membros desta organização, revela uma maior orientação para políticas centradas na compensação, a par de outros membros como o México, Grécia, Irlanda e Itália. No extremo de uma maior orientação para a integração situam-se países como a Holanda, Reino Unido, Dinamarca, Canadá, Austrália, Japão e Áustria. Não obstante, a OCDE (2010) considera que todos os países se encaminham no sentido de um maior privilégio e aposta nas políticas e medidas orientadas para a integração.

O retorno de um maior investimento na integração no emprego das pessoas com deficiência e incapacidade parece ainda não ser visível, justificando a OCDE (2010) tal facto no hiato entre as intenções legislativas e a sua implementação, quer pela sua disseminação

junto de organizações, serviços e técnicos, quer pela existência de recursos necessários à prática. A análise dos dados existentes, com base na regressão múltipla, aponta, no entanto, no sentido de as políticas de compensação estarem positivamente relacionadas com o número de beneficiários em razão da deficiência, ou seja, a existência de políticas que abrangem mais pessoas pode estar relacionada com o incremento de um potencial efeito de dependência. Por outro lado e de certo modo ilustrando a ainda menor eficácia das políticas de integração, estas têm um reduzido e não significativo efeito no número de beneficiários de apoios decorrentes da deficiência e incapacidade.

2.2. Outros Factores Condicionantes do Emprego na Deficiência e na Incapacidade

Neste ponto procuraremos discutir algumas das dimensões que, em complemento à existência de uma deficiência ou de uma incapacidade, podem funcionar como condicionantes no acesso ao mercado de trabalho, quer exercendo uma influência facilitadora, quer inibidora. A nossa análise centrar-se-á, essencialmente e sempre que possível, em factores mais próximos das incapacidades resultantes de deficiências neuromusculares, visto serem o objecto central do presente trabalho. Serão abordadas condições relativas à pessoa com deficiência e incapacidade, mas considerar-se-ão igualmente factores externos à mesma, numa perspectiva global e de interacção entre pessoa e diversos contextos e domínios de vida e que contribuem igualmente para explicar a sua funcionalidade.

Destacaremos, seguidamente, alguma da investigação desenvolvida sobre população com deficiências ou incapacidade, no domínio das variáveis ligadas à pessoa e com potencial relação com a sua inserção socioprofissional.

A título introdutório a este tema, apontamos alguns dados globais europeus. Segundo a Comissão Europeia (European Commission, 2001), as pessoas com deficiência e incapacidade que se encontram a trabalhar são mais jovens, possuem níveis de habilitações literárias mais elevadas e tipicamente são do género masculino. As pessoas com limitações de funcionalidade de ordem intelectual ou psicológica têm menos probabilidade de integração do que as que apresentam limitações físicas. Teremos oportunidade de detalhar algumas destas características à luz da investigação disponível.

A dimensão género destaca-se em diversos estudos (Benz, Yovanoff, & Doren, 1997; Blackorby & Wagner, 1996; Fabian, 2007; Magill-Evans, Galambos, Darrah, & Nickerson, 2008) como condicionante do acesso ao emprego, sendo o sexo feminino o que sistematicamente apresenta menores valores de inserção profissional, facto por vezes apontado como decorrente do maior envolvimento das mulheres em papéis sociais de cuidadoras (Braun, Yeargin-Allsopp, & Lollar, 2006).

Galambos, Magill-Evans e Darrah (2008) estudaram as variáveis individuais, familiares e comunitárias que condicionam a maturidade psicossocial (avaliada com recurso à *Erikson Psychosocial Inventory Scale* e abrangendo a responsabilidade, autonomia, identidade e preparação para a intimidade) na transição para a vida adulta em pessoas com incapacidades motoras, nomeadamente paralisia cerebral e espinha bífida. De entre este grupo, as que apresentavam maior capacidade de *coping* centrado na tarefa e de resolução de problemas e menores níveis de depressão revelavam níveis mais elevados de maturidade psicossocial. Logo, antecipou-se e verificou-se ser maior a sua preparação para uma eventual transição para a vida adulta, contemplando a obtenção de um emprego, a saída de casa dos pais e outras aquisições. A promoção da autonomia por parte das famílias foi igualmente uma variável que se

evidenciou facilitadora da transição para a vida adulta. Considerando as variáveis de nível comunitário seleccionadas – transporte e serviços de transição, verificou-se a inexistência de relação com o desenvolvimento da maturidade psicossocial, ainda que a independência no transporte se revele um bom preditor do estatuto profissional (Magill-Evans et al., 2008).

Braun e colaboradores (2006) investigaram o processo de transição da juventude para a idade adulta, em jovens com incapacidades associadas ao desenvolvimento (dificuldades intelectuais, paralisia cerebral, deficiência auditiva, deficiência visual e epilepsia), tendo por base o modelo de classificação da CIF e as suas categorias de papéis sociais normativos na idade adulta: envolvimento nas principais áreas de vida (educação, emprego, vida económica) (capítulo 8) e na vida comunitária, social e cívica (capítulo 9). Os autores tinham por objectivo investigar em que medida as dificuldades acrescidas evidenciadas por jovens com deficiências ou incapacidades, na idade adulta, eram atribuíveis à deficiência de que estes eram portadores e qual a sua relação com os papéis sociais, associados à idade adulta: acesso ao emprego, igualmente enquanto meio de garantia da auto-subsistência; acesso ao ensino e desempenho do papel de cuidador. O estudo longitudinal desenvolvido, comportando 511 jovens adultos com deficiências ou incapacidade e 114 sem limitações, revelou que os jovens com deficiência atingiam o estatuto de empregados, aproximadamente, duas vezes menos do que o seu grupo de pares. O tipo de deficiência parece também contribuir para um desenvolvimento diferencial dos papéis, tendo os autores constatado que os jovens com epilepsia eram os que mais se aproximavam dos pares sem limitação. No grupo dos jovens com deficiências ou incapacidade era igualmente elevado (41,4%) o número de elementos que não se encontrava a desempenhar nenhum dos três papéis sociais em investigação. Considerando a limitação de actividade, os autores observaram que os jovens com restrições ao nível das actividades de vida diária (ex. tomar banho, vestir-se, levantar-se e deitar-se na cama) apresentavam menores taxas de emprego do que aqueles que apenas apresentam limitações ao nível das actividades

instrumentais (ex. fazer compras, pagar contas, cozinhar). De salientar que se remontarmos a estudos anteriores (Clark & Hirst, 1989), a tendência observada por Braun e colaboradores é igualmente verificada. Ao estudarem uma amostra de 39 pessoas, com incapacidade física e com idades compreendidas entre os 25 e 30 anos, Clark e Hirst constataram que estas têm uma menor probabilidade de ocuparem um trabalho remunerado, terem a sua própria casa ou mesmo terem constituído família. Comparando ambas as conclusões, em duas décadas, pouco parece ter mudado.

Os melhores preditores do desempenho futuro de papéis sociais associados à idade adulta, no estudo de Braun et al. (2006), foram a inexistência de limitações de actividade (quer de vida diária, quer instrumentais) e a presença de educação pós-secundária. É reconhecida a importância desta última dimensão na melhoria do acesso ao emprego e a um vencimento, o que, por sua vez, favorece a autonomia e independência individuais. Como teremos oportunidade de verificar em seguida, os níveis de habilitações literárias entre pessoas com deficiência e incapacidade não são habitualmente elevados (Capucha, 1998), o que se verificou igualmente no estudo em referência e que poderá, em certa medida, contribuir para explicar as suas menores taxas de emprego, quando comparadas com a restante população. Porém, a demonstração da influência dos níveis de escolaridade sobre a obtenção de um emprego permanece ainda inconsistente. Magill-Evans et al. (2008), num estudo desenvolvido com 66 jovens adultos com paralisia cerebral ou espinha bífida e com idades compreendidas entre os 20 e os 30 anos, verificaram que o nível de escolaridade não se manifestou preditor da obtenção de emprego.

O autoconceito evidenciado por adultos com incapacidade motora parece estar claramente relacionado com o nível académico obtido por este grupo populacional. Pessoas que obtêm grau académico universitário apresentam níveis mais elevados de autoconceito, estando estes relacionados com uma capacidade de confronto com as dificuldades resultantes

da incapacidade, maior participação, maior rede social e atitude positiva face à vida (Justicia, Jiménez, & Sánchez, 2005). A experiência universitária vivida poderia, segundo estes autores, estar na origem dos melhores níveis de autoconceito, por se encontrar possivelmente associada a maiores competências, mas igualmente a maiores oportunidades. Considerando as diversas dimensões do autoconceito, os autores verificaram que pessoas com incapacidades motoras com um autoconceito mais baixo apresentavam uma percepção mais negativa acerca da sua aparência física, bem como uma avaliação mais deficitária sobre as suas competências em domínios de vida como o social, o académico e o profissional. Como já reforçámos anteriormente e teremos oportunidade de constatar em seguida, os níveis nacionais de habilitação escolar de ensino superior são atingidos por uma franja extremamente reduzida da população com deficiências ou incapacidade.

Inserindo-se as deficiências neuromusculares nas chamadas deficiências visíveis, a auto-imagem poderá assumir uma importância acrescida quer para a própria pessoa, quer para os outros que com ela interagem, sobretudo se, por consequência da deficiência, tiver havido alteração da integridade e aparência corporais. Yuen e Hanson (2002), num estudo comparativo entre adultos com incapacidade de mobilidade adquirida e adultos sem limitações, verificaram que as únicas diferenças observadas face à imagem corporal estavam relacionadas com a maior importância dada pelo primeiro grupo ao cuidado com a aparência pessoal. Os autores discutiram a importância deste comportamento na devolução de um sentimento de bem-estar e de aproximação à normalidade aos membros do grupo de adultos com restrições de mobilidade adquiridas. Em investigação, igualmente, conduzida com grupos de pessoas com incapacidade física e pessoas sem limitação (Taleporos & McCabe, 2005), verificou-se que pessoas que se autopercebem como tendo uma incapacidade de grau mais severo apresentam uma auto-estima física mais baixa do que as com níveis medianos ou mesmo sem incapacidade. Uma baixa auto-estima física foi também manifestada pelas pessoas que

diariamente necessitam de suporte para o desempenho de actividades. A duração da incapacidade, neste estudo, não evidenciou relação significativa com a valorização corporal. Os mesmos autores (2001) analisaram o impacto da incapacidade física na estima e valorização corporal, dinamizando a discussão entre um grupo de 35 pessoas com deficiências físicas. Enquanto alguns dos participantes reportaram um impacto negativo, com desvalorização do corpo, outros afirmaram sentir-se confortáveis com a sua imagem e aparência e não pretender ocultá-la ou dissimulá-la. Embora a maioria destes participantes tenha afirmado preferir um corpo sem incapacidade, em simultâneo, não considera que um corpo com uma incapacidade seja necessariamente não atractivo.

Por vezes, em certa medida relacionada com os dois conceitos anteriores – autoconceito e auto-imagem – a visibilidade da deficiência tem sido estudada na sua relação com a inserção profissional. Phemister (2002) predizia a existência de comportamentos de procura de emprego menos assertivos em pessoas com deficiências visíveis em virtude de possuírem uma maior autoconsciência pública (tendência para pensar em atributos próprios que sendo públicos estão na base da formação de impressões nos outros) e de terem sido alvo da indução de autoconsciência objectiva (sentindo-se o foco de atenção, numa situação particular, a pessoa tende a avaliar negativamente as características que a distinguem dos outros e a alterar os seus comportamentos por forma a diminuir esse afastamento). Porém, com base numa amostra composta por 66 pessoas com deficiências visíveis (musculoesqueléticas, mentais, relacionadas com o sistema nervoso, visuais, dermatológicas, respiratórias e ortopédicas) não verificou a existência dessa relação preditora.

Olney e Brockelman (2005) estudaram especificamente o impacto da visibilidade no autoconceito de estudantes universitários com deficiência, isolando, entre outras, a perspectiva da autopercepção e da metapercepção, considerando que a “percepção dos outros sobre o próprio é uma aspecto crítico do autoconceito” (p. 86). Os resultados, obtidos com uma

amostra de 25 pessoas com deficiências visíveis (ex. utilização de cadeira de rodas ou paralisia cerebral) e invisíveis (ex. traumatismo craniano), revelaram que as pessoas com deficiências visíveis possuíam um autoconceito mais estável, possivelmente por já terem resolvido as suas preocupações com os julgamentos que os outros possam fazer, enquanto as pessoas com deficiências invisíveis mostravam uma grande ambivalência face à integração da deficiência no seu autoconceito, afirmando-se mesmo como distintas das pessoas com deficiências visíveis. No que concerne à percepção dos outros, as pessoas com deficiências visíveis consideravam que os outros as avaliavam como menos competentes, enquanto as pessoas com deficiências invisíveis defendiam que os outros as percecionavam como minimamente ou nada incapacitadas e como inteligentes, verbalizando um elevado receio de que a sua deficiência fosse descoberta. Independentemente do tipo de deficiência, estes estudantes universitários verbalizaram que os outros não os conseguiam ver quer como tendo forças, quer fraquezas. Lutz e Bowers (2005) destacam, igualmente, a forte influência da percepção dos outros acerca da deficiência, adquirindo uma especial importância a visão dos familiares, amigos e prestadores de cuidados de saúde.

Como teremos oportunidade de constatar na investigação que apresentamos em seguida, a visibilidade quer pelo seu impacto no autoconceito, acima referido, quer pela sua imediata constatação ou nível de revelação face aos outros, parece assumir um papel importante na inserção profissional das pessoas com deficiência e incapacidade. Iniciaremos esta discussão pela análise da condição de invisibilidade da deficiência. Numa situação simulada, Dalgin e Bellini (2008) solicitaram a 60 empregadores que tomassem hipotéticas decisões de contratação e classificassem os níveis de empregabilidade de candidatos com diabetes e insulino-dependentes, sendo que estes poderiam nada revelar sobre a sua deficiência (na entrevista gravada e na documentação sobre o candidato a que o empregador tinha acesso), fazer uma breve descrição ou, finalmente, detalhar todas as características, implicações e

necessidade de adaptações face à doença. Foi verificado que as pessoas que fizeram uma breve revelação da deficiência recolheram os níveis mais elevados de decisão de contratação e de empregabilidade, dado que os investigadores interpretam como uma valorização da honestidade do candidato. Tal como Dalgin e Bellini salientam, estes dados contrariam o habitualmente verificado na literatura e em que as pessoas com deficiências invisíveis têm maior possibilidade de contratação por não serem sujeitas ao estigma da deficiência (Martz, 2003). A revelação de informação sobre a deficiência e incapacidade do próprio permanece, assim, um aspecto crítico para as pessoas que vivem uma situação de menor visibilidade da deficiência e incapacidade. Neste sentido, vários desafios se lhes colocam, nomeadamente o aprender a gerir estrategicamente a informação sobre a sua deficiência, incluindo quando, como e a quem desvendar a sua existência (Valeras, 2010).

Quando a condição de visibilidade da deficiência é explícita, os empresários tendem a avaliar mais negativamente a empregabilidade e a probabilidade de contratação nos casos de maior visibilidade. Gouvier, Steiner, Jackson, Schlater e Rain (1991) verificaram, numa experiência simulada, envolvendo 541 voluntários, que assumiram o papel de potenciais empregadores, que as avaliações mais críticas eram referentes a candidatos com deficiências mais visíveis, sendo esta avaliação negativa ainda mais acentuada caso a função a que se candidatasse implicasse o contacto com outros.

A visibilidade da deficiência parece ainda ter impactos a outros níveis no processo de decisão de potenciais empregadores. Bragman e Cole (1983) envolveram 11 empregadores e 25 conselheiros de reabilitação, num processo de classificação do potencial de trabalho de candidatos com deficiências visíveis e invisíveis e que envolvia a escolha entre três possíveis categorias: realista, irrealista e subemprego (abaixo das competências do candidato ou oferecendo condições de contratação pouco aliciantes/favoráveis). Foi verificada uma diferença significativa entre as avaliações efectuadas por empregadores e conselheiros, fazendo, os

primeiros, maior número de escolhas de subemprego para as pessoas com deficiências visíveis, mas não apresentando diferenças quanto à escolha de emprego realista para ambos os grupos, ainda que os empresários mostrassem maior facilidade na escolha de empregos apropriados para pessoas com deficiências visíveis do que invisíveis, possivelmente devido à ausência de informação.

Apesar da reduzida dimensão das amostras e do carácter simulado de alguma da investigação, a literatura parece indicar a influência, ainda que inconsistente, da visibilidade da deficiência na inserção profissional, quer do ponto de vista dos candidatos a emprego, quer dos empregadores e de outros actores neste processo, como seja os conselheiros de reabilitação. A literatura aponta a importância de níveis distintos de visibilidade, mas valoriza, também, a sua mera presença ou ausência, pelo que ambos parecem aspectos a considerar.

Antle (2004), ao averiguar os factores associados à auto-estima (avaliada com recurso ao *Harter's Self-Perception Profile*) em crianças e jovens, dos 8 aos 23 anos, com incapacidades físicas (resultantes de espinha bífida ou lesão medular), verificou que a maioria dos 85 participantes apresentava níveis medianos de auto-estima, sendo que apenas 30% evidenciou níveis elevados, o que afirma aproximar-se dos valores obtidos pelo grupo de pares. Nesta amostra não foram encontradas diferenças decorrentes do carácter adquirido ou congénito da incapacidade, mas os participantes mais velhos apresentavam níveis mais baixos de auto-estima, o que de acordo com Antle reforça a ideia de que a avaliação negativa de si próprio, na deficiência congénita, emerge mais tarde quando confrontados com a estigmatização. Não foram igualmente despistadas diferenças entre pessoas com marcha autónoma e utilizadores de cadeira de rodas, nem entre níveis de incapacidade de gravidade distintos, o que é inconsistente com alguma da literatura já reportada (Taleporos & McCabe, 2005). A percepção da existência de suporte social proveniente de amigos ou dos pais revelou

uma correlação positiva com a auto-estima, sendo este último o melhor preditor de uma auto-avaliação positiva.

Estudos com a população mundial (WHO & WB, 2011) apontam que o facto de algumas pessoas com deficiência e incapacidade poderem ter baixas expectativas acerca da sua empregabilidade poderá, em alguma medida, afastá-las dessa mesma procura de emprego.

A autodeterminação tem sido igualmente estudada tendo em conta os seus impactos no desenvolvimento dos objectivos de vida de pessoas com deficiência e incapacidade. De acordo com Wehmeyer e Gragoudas (2004), a autodeterminação refere-se “ao direito e capacidade de exercer controlo sobre e dirigir as suas vidas” (p. 54). Contudo, e considerando as diversas definições conceptuais encontradas na literatura, o conceito de autodeterminação apresenta-se como amplamente abrangente, contendo componentes como a “realização de escolhas; tomada de decisões; resolução de problemas; estabelecimento de objectivos; defesa de interesses pessoais; auto-eficácia; conhecimento de si próprio; auto-observação, avaliação e reforço” (Karvonen, Test, Wood, Browder, & Algozzine, 2004, p. 23). Segundo Wehmeyer e Gragoudas, e no seguimento da investigação desenvolvida, a autodeterminação é uma dimensão fulcral e crítica para a inserção social e profissional e vida independente de pessoas com deficiência e incapacidade. Num estudo longitudinal, um ano após a saída da escola e comportando 80 pessoas com dificuldades intelectuais e dificuldades de aprendizagem, Wehmeyer e Schwartz (1997) apuraram diferenças ao nível do desempenho de diversos papéis conotados com a idade adulta e relacionados com a vida independente. Entre as pessoas com maiores níveis de autodeterminação era maior a probabilidade de possuírem uma conta ou poupanças bancárias. Verificaram também que o grupo com maiores níveis de autodeterminação apresentava igualmente maior probabilidade (80%) de se encontrar inserido profissionalmente e tinha níveis mais elevados de vencimento/hora. Esta investigação foi posteriormente replicada (Wehmeyer & Palmer, 2003), um ano e três anos após a saída da

escola, com 94 estudantes com deficiências intelectuais, tendo sido obtidos resultados similares. Após um ano, os jovens com maiores níveis de autodeterminação continuavam a apresentar maior probabilidade de terem uma conta bancária. Na análise longitudinal, entre o período de um ano a três anos, constatava-se que os jovens com maior autodeterminação já tinham acedido a maiores benefícios complementares do trabalho (seguros e outros) e contribuía mais para algumas das despesas familiares do que os restantes. Wehmeyer e Palmer apontam para o facto de muito do desempenho destes papéis estar relacionado com o exercício efectivo de uma profissão remunerada. De acordo com Wehmeyer e Bolding (2001), o desenvolvimento da autodeterminação ocorre em ambientes mais abertos, assentes na comunidade e não segregados, levando a pessoa a ser cada vez mais capaz de realizar as suas escolhas e beneficiar das oportunidades, nomeadamente as de inserção social e profissional: transitar para um ambiente de trabalho mais competitivo e viver independente na comunidade. As acessibilidades físicas e de informação constituem-se igualmente como facilitadoras da autodeterminação, na medida em que a sua presença ou ausência podem ditar a independência no funcionamento, a possibilidade de efectuar escolhas e manifestar preferências, a possibilidade de ser um cidadão activo e de participar no meio profissional. A investigação desenvolvida por Wehmeyer e diversos colaboradores tem-se debruçado exclusivamente sobre pessoas com deficiências intelectuais ou com dificuldades de aprendizagem. Porém, a investigação centrada noutras tipologias de deficiência e incapacidade será eventualmente também importante, dada a menor participação e autonomia atribuídas em geral às pessoas com deficiência e incapacidade (Braun et al., 2006; Clark & Hirst, 1989; Magill-Evans et al., 2008) nos diversos domínios de vida.

O suporte social disponibilizado ou percebido pelas pessoas com deficiência e incapacidade tem sido destacado, na literatura, como uma variável influente no processo de inserção profissional. Krause, Frank, Dasinger, Sullivan e Sinclair (2001), numa revisão de

literatura sobre o regresso ao trabalho de pessoas com deficiência ou doença adquirida, constataram a influência do suporte social neste domínio. Ainda no âmbito do regresso ao trabalho, Crewe e Athelstan (1984) e Crisp (2005) verificaram o efeito preditor do suporte social. Os elementos mais importantes deste suporte social foram identificados por trabalhadores e supervisores, numa investigação desenvolvida por Lysaght e Larmour-Trode (2008). Os 18 trabalhadores envolvidos neste estudo destacam, como mais importantes e provenientes dos supervisores, as modificações das responsabilidades face ao trabalho, a demonstração de compreensão, a redução da pressão, o esforço de prevenção de futuras incapacidades, o apoio no preenchimento de documentação relacionada com a incapacidade e a introdução de adaptações no posto de trabalho. Da parte dos colegas, salientam, entre outros, o suporte moral e a compreensão, e o apoio no cumprimento das suas responsabilidades. Os supervisores atribuem importância ao encorajamento, às adaptações no posto de trabalho, ao desenvolvimento de um plano de regresso em articulação com a gestão de recursos humanos e à liderança do grupo de trabalho tendo em conta a disponibilização de suporte.

Na obtenção de emprego em mercado competitivo, Capucha e colaboradores (2004), em investigação desenvolvida com uma amostra de 1888 utentes do sistema nacional de reabilitação profissional de pessoas com deficiência (motora, visual, auditivas, de linguagem, mental, paralisia cerebral, multideficiência e outros tipos), destacam igualmente a influência da família e das organizações de apoio às pessoas com deficiência, verificando-se uma maior entrada no mercado quando o suporte tem uma origem organizacional (84,4%). Porém, Hasnain e Balcazar (2009) encontraram resultados diferentes, ao analisarem uma amostra de 1899 jovens adultos com deficiência com tipologias diversas (qualquer tipo identificado pelo jovem adulto). Constataram que o suporte informal, proveniente de familiares e amigos ou o uso de ambas as fontes de suporte informal e formal (ex. serviços relacionados com o emprego, formação profissional ou procura de emprego), se revelaram preditores da integração em

mercado competitivo, enquanto o recurso exclusivo ao apoio formal era preditor da inserção em estruturas de emprego protegido. As divergências entre os resultados obtidos por ambas as investigações podem decorrer de diferenças nas amostras que os sustentaram.

Outras dimensões têm sido também apontadas pela investigação como sendo particularmente pertinentes na definição do acesso de pessoas com deficiência e incapacidade à inserção socioprofissional: educação, formação profissional, acessibilidade e mobilidade e aceitação pelos empregadores.

A empregabilidade individual poderá ser, antes de mais, condicionada pela formação e qualificação escolares alcançadas, na medida em que determinam as competências técnicas e sociais necessárias ao desempenho profissional (Barnes et al., 1999). Tal como referimos anteriormente, existe alguma inconsistência quanto ao papel dos níveis de escolaridade na inserção profissional das pessoas com deficiência e incapacidade, ainda que a maioria aponte no sentido de ser um factor facilitador (Barnes et al., 1999; Benz et al., 1997; Braun et al., 2006; Capucha, 1998). Blackorby e Wagner (1996) verificaram que alunos com deficiência ou incapacidade que tinham concluído os seus estudos secundários tinham maior probabilidade de encontrar emprego do que os que tinham abandonado a escola. Hernandez e colaboradores (2007), ao inquirirem um grupo de 74 pessoas, com incapacidades diversas, em idade activa para trabalho e estando empregados ou à procura de emprego, apuraram que aproximadamente um quarto deste grupo de participantes apontou os insuficientes níveis de educação formal detidos como um obstáculo à inserção profissional, reconhecendo a necessidade de possuírem níveis mais elevados de formação académica, acompanhados da respectiva certificação. Newman, Wagner, Cameto e Knokey (2009), ao estudarem um grupo de jovens com deficiência (incluindo todas as tipologias de deficiência), entre os 17 e os 21 anos, que haviam concluído o ensino secundário há 4 anos, verificaram que 77,9% dos jovens com deficiência,

ao analisarem as suas condições de trabalho, consideravam que a sua educação e formação se encontravam a ser bem aplicadas, ressaltando positivamente estas aquisições.

Capucha (1998) afirma que, em Portugal, “A exclusão face ao mercado de emprego é normalmente antecipada por percursos escolares curtos, não chegando os alunos com deficiência ao ensino secundário na maior parte dos casos. Muitos ficam mesmo sem qualquer instrução.” (p. 81). Esta informação é corroborada pelos dados obtidos, em 1998, aquando da realização do inquérito nacional sobre incapacidades, deficiências e desvantagens, pelo Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (SNRIPD), actual Instituto Nacional para a Reabilitação (INR). Para a totalidade das deficiências inquiridas – psíquicas, sensoriais, físicas e mistas – verificou-se uma distribuição entre 32,8% e 47,3% de sujeitos que não possuíam qualquer tipo de formação escolar, sendo a taxa mais reduzida verificada para as deficiências físicas. O nível de 3º ciclo do ensino básico era atingido por entre 0,1% e 9,3% dos sujeitos, sendo o cenário mais favorável uma vez mais correspondente às designadas deficiências físicas. O nível universitário assumia ainda valores mais reduzidos, situando-se os valores entre 0,2% e 3,8%, com destaque favorável, novamente, para as deficiências físicas. Dados mais recentes (CRPG & ISCTE, 2007b) apontam que, em população com deficiência, com idade compreendida entre os 25 e os 70 anos, 21,1% não sabe ler ou não frequentou a escola; 57,2% possui o 1º ciclo do ensino básico; 10,6% o 2º ciclo e 6,1% o 3º ciclo. O ensino secundário é concluído por 3,2% desta população e apenas 1,7% atinge o ensino médio ou superior. Ainda que os dados provenientes dos três estudos apresentados evidenciem semelhanças, eles devem ser relativizados, na medida em que correspondem a momentos de recolha distanciados temporalmente (os dados recolhidos pelo SNRIPD forma recolhidos entre 1993 e 1995 e os do CRPG/ISCTE 12 anos mais tarde). As amostras na base da investigação diferiam também bastante, nomeadamente na dimensão idade que poderá ter relação com o nível de escolaridade atingido: a amostra do SNRIPD continha

sujeitos entre os 0 e os mais de 75 anos, e em que se verificava um aumento da deficiência ao longo dos grupos etários, e a amostra do CRPG/ISCTE continha sujeitos maioritariamente com 50 ou mais anos (78,6%). Os dados nacionais revelam aproximação à situação verificada no resto da Europa (European Commission, 2001), verificando-se que as pessoas com deficiência e incapacidade revelam níveis de educação inferiores aos verificados na restante população. Sendo o nível de escolaridade um dos critérios básicos de acesso ao mercado de trabalho, a presente descrição ilustra a dificuldade acrescida das pessoas com deficiência e incapacidade neste domínio de vida.

É de referir igualmente que os percursos escolares além de não atingirem, frequentemente, níveis elevados, são mais extensos do que o verificado entre a restante população (Capucha et al., 2004). Para conclusão do ensino básico, a maioria (80%) dos sujeitos inquiridos necessitou entre 6 a 15 anos, sendo que para a conclusão do 1º e 2º ciclos do ensino básico foram necessários 10 anos, em média.

Discute-se igualmente, no campo da educação, os impactos que a frequência escolar, em estruturas de ensino especial ou em estruturas regulares com apoio, poderá ter no sucesso académico e profissional de crianças e jovens com deficiências ou incapacidade. Se por um lado, poderá ser defendido o ensino especial pela melhor e maior alocação de recursos especializados, por outro lado é afirmada a segregação a que esta modalidade de ensino conduz e a necessidade de se desenvolver uma escola inclusiva, que responda às necessidades de todos e não apenas dos que apresentam as designadas *necessidades especiais*, num quadro de aceitação e gestão da diversidade humana. Esta última perspectiva é a defendida pelos seguidores do modelo social da deficiência, por considerarem que o ensino especial, enquanto forma de segregação, perpetua o isolamento e a opressão social sobre as pessoas com deficiência e incapacidade (Barnes et al., 1999). Afirmam ainda que os currículos ministrados no ensino especial, se bem que à medida de cada um, mas por serem demasiado limitados,

condicionam o perfil de saída de competências e qualificações dos alunos com deficiências ou incapacidade, levando-os a serem menos competitivos do que os seus pares. Tal reflectir-se-á futuramente também no acesso ao emprego e noutras áreas de vida com ele relacionadas. Segundo os mesmos autores, o facto de muitos dos conteúdos proporcionados às pessoas com deficiência, ao longo da sua formação pessoal e escolar, poderem ser específicos da sua própria incapacidade (ex. ensino de Braille, Língua Gestual) ou estar relacionados com aprendizagens sociais, estreita mais ainda o leque de competências adquirido, por limitar o tempo disponível para aquisição de competências escolares.

Sabe-se, ainda, que algumas crianças e jovens com deficiências ou incapacidades diversas são submetidos, por vezes, a processos de reabilitação longos que os afastam da possibilidade de frequência regular da escola (Borgioli & Kennedy, 2003) e da realização de aprendizagens desta natureza, aumentando-se uma vez mais o seu afastamento face ao percurso escolar desenvolvido pelos pares, ainda que eventualmente aligeirado pela introdução de planos de aprendizagem alternativos. Portugal dispõe já de legislação (Lei n.º 71/2009) que pretende colmatar algumas das lacunas a este nível, através da introdução de medidas educativas especiais (ex. apoio educativo no domicílio).

Actualmente e de acordo com a legislação vigente em Portugal (Decreto-Lei n.º 3/2008), é privilegiada a educação inclusiva para crianças que manifestem restrições ao nível da actividade e da participação, resultantes de limitações funcionais permanentes, estando igualmente definidos os meios e medidas educativas com vista a potenciar o sucesso educativo. Este Decreto-Lei prevê igualmente que nenhuma criança poderá ser limitada no seu acesso à escola “com base na incapacidade ou nas necessidades educativas especiais que manifestem” (p. 155).

A formação profissional é reconhecida como particularmente importante para as pessoas com deficiência e incapacidade, pois nem sempre a escola as prepara suficientemente

para o trabalho (Blackorby & Wagner, 1996). Em Portugal, esta tem tido uma forte expressão, nos últimos anos, ainda que com tendência para algum decréscimo recente, possivelmente decorrente do sistema escolar possuir, actualmente, também uma resposta formativa e com dupla certificação. Os dados globais disponíveis (IEFP, 2009, 2010, 2011) revelam que, em 2009, 5551 pessoas com deficiência e incapacidade frequentaram acções de formação profissional em cooperação (a cargo de entidades subsidiadas pelo IEFP) e 540 acções directas (da responsabilidade directa do IEFP). Em 2010, verifica-se uma cobertura de 1952 pessoas em acções de cooperação e 539 em acções directas e em 2011 (dados até Agosto), os valores são, respectivamente, de 1422 e 526. Em investigação anteriormente desenvolvida (Capucha et al., 2004), sobre os impactos da reabilitação profissional nas pessoas com deficiência e incapacidade, verificou-se que um total de 62,2% dos ex-formandos inquiridos se encontravam a trabalhar, quando antes de terem frequentado acções de formação, esse valor era de 5,9%, ou seja, claramente inferior e indicando um eventual efeito positivo da acção de formação. Investigação desenvolvida pelo CRGP e o ISCTE (2007a) indica, igualmente, que 50% do grupo de pessoas que beneficiaram de apoios de reabilitação e estavam empregadas, tinham frequentado, anteriormente, formação profissional. No estudo desenvolvido por Capucha e colaboradores (2004) há ainda a destacar que a obtenção do emprego ocorreu num espaço temporal de três meses, entre 63,2 e 66,7% dos casos, consoante tivessem frequentado uma ou duas acções de formação, respectivamente. Se o espaço temporal ocorrido fosse de um ano, este valor aumentava para 86,6%. Em suma, a frequência de formação profissional parecer ser um factor potenciador da inserção socioprofissional, sendo igualmente promotora de impactos positivos ao nível da pessoa. Na investigação acima referida (Capucha et al., 2004) verificou-se uma apreciação extremamente positiva (respostas médias situadas entre 1,8 e 2, numa escala de 0 a 2, em que 2 indicava o máximo de concordância) ao nível do impacto da formação profissional na melhoria da relação com pessoas próximas, na capacidade para lidar com

problemas de saúde e emocionais, na estabilidade individual, no isolamento e solidão e, finalmente, na aceitação da própria deficiência.

Alguns autores (Benz et al., 1997; Fabian, 2007) constataram a importância de jovens com deficiência realizarem trabalho remunerado durante a frequência da escola secundária, em estudos desenvolvidos com jovens com deficiências ou incapacidades que frequentavam igualmente um programa de orientação e apoio à transição para o trabalho. A experiência profissional revelou-se um bom preditor da transição para um futuro emprego, ainda que não se possa descurar a eventual e concomitante influência do programa de suporte frequentado pelos jovens.

A acessibilidade no domicílio e nos contextos de vida da pessoa com deficiência neuromusculoesquelética destaca-se, nesta tipologia de incapacidade, como um dos factores mais relevantes, dadas as limitações de mobilidade apresentadas, tipicamente, por estas pessoas, não obstante a heterogeneidade observável no grupo.

Os primeiros obstáculos de ordem física são verificados, não raras vezes, no próprio domicílio (Hernandez et al., 2007) das pessoas com condicionamentos ao nível da mobilidade, impossibilitado ou limitando o seu acesso à autonomia nos cuidados pessoais e outros, à educação, ao lazer, à informação e à cultura, ao emprego e à socialização. A existência de espaço edificado inacessível pode levar a que muitos estejam impedidos de trabalhar nos locais e horários desejados ou mesmo de revelar o seu potencial laboral na sua plenitude (Barnes et al., 1999).

De acordo com os últimos Censos (INE, 2002), apenas 9,1% dos portugueses com deficiências ou incapacidade inquiridos residiam em edifícios com rampas de acesso, dos quais cerca de um terço (28,6%) possuía igualmente elevador. Os dados revelam ainda que mais de metade (52,8%) reside em edifícios sem rampa, mas considerados acessíveis, ainda que destes apenas 13% tenha elevador. Finalmente, 37,4% residem em edifícios sem rampas de acesso e

não acessíveis. Dada a importância da acessibilidade física para as pessoas com deficiência neuromusculoesquelética, apresentaremos, igualmente, os dados recolhidos para a categoria deficiência motora contemplada nos Censos 2001. Assim, e no total de pessoas com deficiência motora inquiridas (156 246), verificou-se que mais de metade (52,9%) vive em edifícios sem rampas de acesso, mas considerados acessíveis, embora a maioria (88,2%) não possua elevador. Mais de um terço (36,3%) reside em edifícios sem rampas de acesso e considerados não acessíveis e, finalmente, apenas 10,2% beneficia de viver em edifícios com rampa, dos quais apenas menos de um terço (28,8%) possui elevador. Não se encontram disponíveis dados sobre a acessibilidade no interior dos domicílios.

Portugal dispõe de legislação neste domínio, sendo a actual datada de 2006 (Decreto-Lei n.º 163/2006). Neste articulado estão contidas normas técnicas para a acessibilidade a implementar no espaço público edificado, nos equipamentos de utilização pública, via pública e edifícios habitacionais, com vista à obtenção de uma mobilidade sem restrições. Relativamente à legislação que veio revogar, datada de 1997, a actual distingue-se pela introdução de normas para o espaço edificado habitacional anteriormente inexistentes.

Paralelamente e em resultado de parcerias estabelecidas entre autarquias e instituições de e para pessoas com deficiência e incapacidade, têm sido desenvolvidos projectos com o objectivo de melhorar a acessibilidade quer no domicílio, quer no espaço escolar: Programas *Casa Aberta* e *Escola Aberta*. Estes programas operacionalizam-se na dotação financeira e técnica face a restrições de mobilidade e acessibilidade sinalizadas nestes espaços.

A acessibilidade no posto de trabalho constitui-se igualmente como um dos fortes determinantes do acesso de pessoas com deficiências neuromusculoesqueléticas e com condicionamento de mobilidade ao emprego. Antecedendo o Ano Europeu da Pessoa com Deficiência de 2003, foi desenvolvido um estudo junto de países membros da Comunidade Europeia, designadamente alguns dos aderentes à data e Noruega, com base nos dados das

amostras dos diversos censos de população por país. Os dados europeus globais deste estudo (Eurostat, 2003) apontam que 43,7% das pessoas com deficiência e incapacidade, não inseridas profissionalmente, apresentavam necessidade de assistência ou adaptação por forma a desempenharem as funções requeridas por um posto de trabalho, enquanto apenas 15,7% das que se encontravam a trabalhar a reportavam. Analisados os dados nacionais, trabalhados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2008) e incluídos neste mesmo estudo europeu, o valor decresce para 26,3% entre as pessoas não integradas profissionalmente e 7,1% nos casos das pessoas que se encontravam a trabalhar. A variabilidade observada é explicada como decorrendo da diversidade de países, mas igualmente de postos de trabalho, ou mesmo, acrescentaríamos, da tipologia e severidade de incapacidade detidas pelas pessoas com deficiência que acedem ao mercado competitivo de trabalho. É de supor que a criação de maior número de postos de trabalho acessíveis para todos melhoraria a empregabilidade entre as pessoas com deficiência e incapacidade, ainda que nem sempre a acessibilidade seja uma condição necessária à sua inserção profissional.

De acordo com a informação publicada pela Organização das Nações Unidas (UN, 2006), sobre um estudo desenvolvido nos Estados Unidos da América, junto de empresários, estes declararam que, em 73% dos casos, os seus colaboradores não necessitavam de qualquer adaptação no posto de trabalho ou alteração na sua dinâmica e funcionamento. Os dados aqui obtidos aproximam-se, portanto, do verificado pelo Eurostat (2003) para a realidade dos 25 países inquiridos na Europa, no que concerne à acessibilidade no posto de trabalho, em que apenas 15,7% reportaram a necessidade de adaptações no posto de trabalho, revelando que a maior parte dos trabalhadores com deficiência não sinalizava essa necessidade.

A informação contida no Plano de Acção sobre a Incapacidade e a Reabilitação 2006-2011 da WHO (2006b) indica que, em muitos dos países em desenvolvimento, apenas 5 a 15% da população tem acesso a tecnologia de apoio, sendo esta particularmente importante para os

ganhos de autonomia e independência, sobretudo nas áreas da mobilidade, visão e audição e com repercussões evidentes na inserção laboral.

Hernandez et al. (2007) verificaram que o transporte se constitui como uma barreira à obtenção e manutenção do emprego, para cerca de um terço dos participantes da amostra estudada. Nesta amostra, cuja representação de mobilidade condicionada atingia os 43%, verificaram-se diversos cenários: algumas das pessoas não possuíam viatura própria, outras dependiam de familiares para assegurar a deslocação ou a rede de transportes existente era limitada ou pouco confiável, quer por as adaptações não se encontrarem em funcionamento, quer pelo tempo adicional que consumiam. De entre o grupo de pessoas com restrições ao nível da mobilidade foram explicitadas acentuadas dificuldades devidas à inexistência de opções de transporte adequado e domicílios adaptados. Os dados obtidos por Magill-Evans et al. (2008) demonstram igualmente o transporte enquanto barreira no acesso ao emprego: 67% da amostra inquirida, composta por pessoas com paralisia cerebral ou espinha bífida, apontaram este condicionalismo. Também Catalano, Pereira, Wu, Ho e Chan (2006) apontam a autonomia na utilização de transportes como factor facilitador do acesso ao emprego, verificando que, entre população com lesão cerebral traumática, a taxa de emprego era mais elevada (80%) entre as pessoas que não apresentavam limitações do que entre as que revelavam necessidades especiais de transporte (73%).

Não são do nosso conhecimento dados nacionais sistematizados sobre esta matéria ou sobre a forma como as pessoas com deficiências ou incapacidades percebem a realidade nacional e a relação entre emprego e acessibilidade nos transportes públicos. Os dados disponíveis mais recentes sobre mobilidade (CRPG & ISCTE, 2007a) apontam que 48,4% da população nacional refere limitações nesta área de actividade. Porém, neste grande domínio que é a mobilidade e em que se insere a utilização de transportes públicos, não são conhecidos dados específicos sobre esta última dimensão. Contudo, é do domínio público que a rede

nacional de transportes não se encontra na sua maioria plenamente adaptada para a população com mobilidade condicionada ou reduzida, tal como o evidencia a informação que passaremos a apresentar. Considerando a mobilidade urbana, se verificarmos a rede de metropolitano, acedendo à informação disponibilizada através do *sítio* dos diversos operadores, verificamos que as principais cidades do país – Lisboa (Metropolitano de Lisboa, n.d.) e Porto (Metro do Porto, n.d.) – possuem ambas informação sonora e electrónica de aviso aos transeuntes. Lisboa possui acessibilidade plena, para pessoas com mobilidade condicionada ou reduzida, em 23 das suas 46 estações e meios mecânicos facilitadores da mobilidade: tapetes ou escadas rolantes e elevadores. A aquisição de títulos de transporte, através das máquinas de venda está igualmente garantida a cegos e amblíopes. No que concerne à segunda cidade do país, é afirmada a existência de acesso do exterior ao cais e vice-versa em todas as estações e encontra-se garantido o rebaixamento para acesso às carruagens. Não existem dados disponíveis para a rede de metropolitano recentemente construída em Almada.

No que diz respeito à rede ferroviária (Comboios de Portugal, n.d.), é dada a informação sobre a existência de um serviço vocacionado para clientes com necessidades especiais elegíveis para a prestação do Serviço Integrado de Mobilidade (SIM). Para as diversas estações é igualmente disponibilizada informação acerca da tecnologia de apoio promotora da acessibilidade existente (rampas portáteis, plataforma elevatória, cadeira de transferência, casa de banho adaptada).

Relativamente à rede de autocarros circulante igualmente nas duas principais cidades [CARRIS, n.d.; Sociedade de Transportes Colectivos do Porto (STCP), n.d.] é constatada a existência de alguns projectos de apoio ao cidadão com deficiências ou incapacidade, ainda que a sua implementação seja reduzida e não a ainda desejável. No caso da STCP, foi criado o programa Acesso Fácil: Mobilidade para Todos que prevê garantir a acessibilidade a todos os veículos por parte de utilizadores de cadeira de rodas ou de carros de bebé. No que concerne à

CARRIS, em Lisboa, dispõe de sistema de rebaixamento do piso dos autocarros disponível em 45% da frota e de um serviço especial para cidadãos com mobilidade condicionada ou reduzida. Este último trata-se de um sistema porta-a-porta, accionado a pedido da pessoa com deficiência e incapacidade. Porém e até à data, este serviço tem evidenciado dificuldades em dar resposta a todos os pedidos apresentados, para além de que raramente permite o cumprimento dos objectivos, prazos e horários que a pessoa com deficiência e incapacidade apresentou como necessidade. A CARRIS lançou, ainda, em 2010, um Guia de Carreiras Acessíveis, focalizado nas carreiras que servem as principais instituições de saúde de Lisboa.

Ainda que não tendo percorrido a totalidade dos transportes públicos existentes, procurámos efectuar uma descrição sobre os mais frequentemente utilizados. Pese embora os avanços já criados, o cenário actual aponta para a existência clara de barreiras na mobilidade por via do uso do transporte público, o que para a pessoa com deficiência e incapacidade, não dotada de veículo próprio e capacidade autónoma de condução ou apoio de uma terceira pessoa, poderá significar a impossibilidade de aceder ao emprego.

Outro factor que importa abordar neste domínio é relativo aos desincentivos económicos ao emprego, ou seja, a existência de subsídios ou pensões auferidos pelas pessoas com deficiência e incapacidade e que poderão influenciar a sua decisão de transição ou regresso ao mercado de trabalho, devido a receio de perda de verbas asseguradas ou mesmo de diminuição de rendimento. De acordo com a Comissão das Comunidades Europeias (2005), este tipo de desincentivo pode, entre outros factores, ajudar a compreender as elevadas taxas de desemprego verificadas entre a população com deficiência e incapacidade, quando comparadas com a restante população. A OCDE (OECD, 2010) alerta igualmente para esta questão, considerando que alguns sistemas de benefícios sociais, nomeadamente os mais sustentados em políticas de compensação, poderão contribuir para um maior afastamento das pessoas com

deficiência e incapacidade face ao mercado de trabalho, devido a esta condição ser considerada menos vantajosa. Em contraponto, a aposta em políticas de integração poderá conduzir ao efeito inverso. A OCDE apontava, já em 2003, como possíveis razões para o não abandono de subsídios sociais, por parte das pessoas com deficiência e incapacidade, a eventual dificuldade em retomá-los após uma experiência de insucesso no mercado de trabalho ou o facto de o rendimento proveniente do trabalho ser baixo, perdendo o seu efeito de incentivo à integração no mercado de trabalho.

Esta visão é, igualmente, partilhada por Bound e Waidmann (2000) que, ao analisarem dados norte-americanos, relativos aos anos 90, época em que ocorreu um forte aumento de beneficiários de subsídios relativos à deficiência e atribuídos pela Segurança Social, verificaram um concomitante declínio da taxa de emprego entre esta população, não observado na restante população. É defendido, pelos autores, que o declínio registado na participação no trabalho se deve ao movimento de abandono do mercado do trabalho para adesão a estatutos ligados à deficiência e incapacidade, movimento por eles designado de *acomodação precoce às limitações de saúde*. Chan, Cheing, Chan, Rosenthal e Chronister (2006), verificaram numa amostra composta por 74861 pessoas com incapacidades ortopédicas (envolvendo membros ou medula espinhal), que as que recebiam algum tipo de benefício financeiro apresentavam uma taxa de emprego em mercado competitivo significativamente menor (45%) do que as que não auferiram (60%), sendo obtidos dados similares em população com lesão cerebral traumática, de 52% e 70%, respectivamente (Catalano et al., 2006). Os autores apontam o balanço entre os ganhos financeiros de um trabalho remunerado e a possibilidade de perda dos benefícios sociais como uma potencial explicação para os resultados obtidos. Conclusões similares foram deduzidas por Chapin e Kewman (2001) ao estudarem este tópico junto de população com lesão medular (6 pessoas desempregadas e 6 empregadas): quer os desempregados, quer os empregados referem o desenvolvimento de um processo de tomada de decisão sobre a

sobrevivência financeira individual. Marini, Lee, Chan, Chapin e Romero (2008) verificaram, em população com lesão medular, que a existência de desincentivos económicos, em pessoas que não beneficiavam de apoio à colocação em mercado de trabalho, era preditora de desemprego. Porém, a literatura não parece ser consensual, sendo que Krause e Pickelsimer (2008), igualmente trabalhando com população com lesão medular, verificaram que são os factores de saúde (ex. existência de úlceras de pressão que impeçam o desempenho laboral) e não os desincentivos ou recursos financeiros que funcionam como obstáculo à transição para o mercado competitivo de trabalho. Os autores justificam os resultados inesperados, comparativamente à restante literatura, com base num maior investimento, feito nos Estados Unidos da América, no aconselhamento sobre esta matéria.

Em Portugal, em 2002, é criada legislação (Decreto-Lei n.º 18/2002) que prevê a suspensão da pensão social de invalidez atribuída a pessoas com deficiência e incapacidade. Posteriormente e para que pessoas que se encontraram no regime contributivo, ou seja, cujo benefício decorre do seu histórico de trabalho, está prevista a possibilidade de acumulação de rendimentos de trabalho com pensão por invalidez relativa (Decreto-Lei n.º 187/2007). Desconhecemos os resultados que a introdução destas medidas terá, eventualmente, tido ao nível do acesso desta população ao mercado competitivo de trabalho.

Do ponto de vista das próprias pessoas com deficiência e incapacidade também várias outras barreiras ou inibidores podem ser identificados. Hernandez et al. (2007), no estudo já referido, identificaram como uma das três principais barreiras, segundo a informação devolvida pelos grupos focais implementados, as atitudes negativas dos empregadores face à inserção de pessoas com deficiência e incapacidade.

Na perspectiva das pessoas com deficiência e incapacidade inquiridas, as atitudes negativas dos empregadores evidenciavam-se sobretudo na fase da contratação, com uma

desvalorização do candidato/a e manifestação de receios sobre a necessidade de adaptar os postos de trabalho, ter acidentes de trabalho ou mostrarem mesmo considerar que estas pessoas eram incapazes para o trabalho. Igualmente Magill-Evans et al. (2008) verificaram esta percepção sobre as atitudes dos empregadores junto de pessoas com espinha bífida ou paralisia cerebral.

Embora percepcionada pelos próprios como uma barreira, a literatura existente (Hernandez, Keys, & Balcazar, 2000; Luecking, 2008) aponta no sentido de os empresários evidenciarem, globalmente, atitudes positivas face à inserção profissional desta população. No entanto, e tal como afirma Unger (2002), ainda que a maioria dos empregadores possa concordar com a ideia de inserção profissional de pessoas com deficiência e incapacidade, tal pode não significar que as aceitem como candidatas face a oportunidades de trabalho na sua empresa ou que aceitem igualmente todas as tipologias de deficiência (Gilbride, Stensrud, Ehlers, Evans, & Peterson, 2000). Acresce ainda que algumas das respostas dadas pelos empresários podem estar condicionadas, em alguma medida, por efeitos de desejabilidade (Unger, 2002), dado que as taxas de emprego entre a população com deficiências ou incapacidade permanecem inferiores face à restante população.

A aceitação efectiva dos empresários e potenciais empregadores face às pessoas com deficiência e incapacidade é usualmente reduzida. Estes revelam, em geral, pouca disponibilidade para inserir profissionais com deficiências ou incapacidade ou mesmo para criar condições facilitadoras da sua inserção e que poderão ser operacionalizadas em medidas como a flexibilidade de horário, o acesso ao teletrabalho, reestruturação das funções do posto de trabalho, entre outras (Barnes et al., 1999). Acresce ainda que, para muitos dos empresários e empregadores, as pessoas com deficiência e incapacidade são ainda consideradas não empregáveis (UN, 2006; Unger, 2002). Se considerarmos o ponto de vista das próprias pessoas

com deficiência e incapacidade, verifica-se que estas tendem a sinalizar uma reduzida aceitação entre a generalidade dos empregadores (Sequeira, Marôco, & Rodrigues, 2006).

As atitudes evidenciadas pelos potenciais empregadores face a esta população são, sem dúvida, factores que influenciam a sua empregabilidade. Procuraremos explorar, em seguida, alguns dos factores que podem condicionar o seu desenvolvimento junto deste grupo em particular.

Não obstante a existência de literatura nacional publicada sobre esta temática seja escassa, Baliza (1999) verificou, em investigação desenvolvida junto de 63 empresários, que o grupo composto por 21 empregadores que já havia contratado pessoas com dificuldades intelectuais evidenciava atitudes significativamente mais positivas do que o grupo de 42 empresários que nunca tinha desenvolvido tal experiência, encontrando, ainda, relação significativa entre a intenção de contratação e as atitudes evidenciadas pelos empresários. Internacionalmente, esta tendência parece igualmente confirmar-se. A experiência de contacto prévio com pessoas com deficiência e incapacidade surge como um factor potenciador da contratação (Darling, 2007; Gilbride et al., 2000; Hernandez et al., 2000; Unger, 2002), sendo que a disponibilidade para a contratação é relativa à mesma tipologia de incapacidade com que houve contacto prévio e não à generalidade da população com deficiências ou incapacidade. Esta tendência parece ser mais acentuada quando inquiridos os responsáveis directos, nas empresas, pela gestão de trabalhadores com deficiências ou incapacidade, do que quando os respondentes têm funções de recrutamento ou supervisão indirecta. Os dados nacionais disponíveis (Martins, 2001) tendem a corroborar esta influência do contacto prévio, sendo que em investigação desenvolvida junto de 10 empresas com experiência laboral com trabalhadores com dificuldades intelectuais, se verificou que, após esta primeira experiência, 60% dos inquiridos afirmaram a intenção de contratar novos trabalhadores com idêntica incapacidade.

Numa revisão da investigação sobre as atitudes dos empresários norte-americanos face à contratação de pessoas com deficiência e incapacidade, Unger (2002) encontrou resultados divergentes e inconsistentes, em função da dimensão das empresas, tipologia e severidade da deficiência e metodologia de investigação adoptada (por ex. amostras locais, regionais ou nacionais; recurso a questionários ou entrevistas) nos diversos estudos analisados.

As principais tendências, ainda que não consistentes, apontam no sentido de uma maior aceitação de determinadas tipologias de incapacidade em detrimento de outras, sendo a incapacidade física a mais facilmente aceite e a intelectual e a psicológica as menos aceites (Dalgin & Bellini, 2008; Hernandez et al., 2007; Unger, 2002). Se questionados acerca da sua preferência de contratação para a vaga mais frequente na empresa, os empresários afirmaram optar por incapacidades decorrentes de cancro, deficiência cardíaca ou VIH e preterir pessoas com dificuldades intelectuais ou cegueira (Gilbride et al., 2000). Confirmando, também, uma menor aceitação das dificuldades intelectuais, Hernandez e colaboradores (2000) verificaram igual tendência na deficiência psicológica e uma maior aceitação da deficiência física (neuromusculoesquelética). Por outro lado, Turner e Turner (2004) constataram que pessoas com limitações funcionais severas têm menor probabilidade de inserção profissional do que as que apresentam limitações menos severas. Do mesmo modo, os dados do Eurostat (2003) sobre o emprego das pessoas com deficiência e incapacidade, na Europa, revelam que apenas 20% dos trabalhadores com incapacidade de grau severo se encontra inserido profissionalmente. Em Portugal e segundo dados relativos a 2002 (INE, 2008), mais de metade das pessoas com deficiência e incapacidade inquiridas e que estão inactivas face ao emprego (55,1%) classificavam a sua incapacidade com o grau muito severo, indicando uma eventual influência da severidade da incapacidade no acesso ao emprego. As pessoas empregadas e desempregadas inquiridas tendiam a dispersar a sua autoclassificação da incapacidade entre os quatro níveis disponíveis (muito severa, severa, moderadamente severa e pouco severa).

Quanto aos níveis de produtividade e desenvolvimento de relações interpessoais no contexto de trabalho, a investigação não aponta uma tendência uniforme, sabendo-se apenas que são características que os empregadores consideram quando equacionam a possibilidade de contratar uma pessoa com deficiência. Assim, num estudo, junto de 643 empregadores australianos com experiência de contratação de pessoas com deficiência e incapacidade, Graffam, Shinkfield, Smith e Polzin (2002) procuraram verificar a influência de factores individuais, de gestão, financeiros e sociais na decisão de contratação e manutenção de trabalhadores com deficiências ou incapacidade. Verificou-se que os factores mais valorizados pelos empregadores foram os relacionados com o trabalhador, destacando-se a área dos cuidados pessoais, de um nível de desempenho satisfatório e desenvolvimento da maioria das tarefas atribuídas. Investigação anterior (Lyth, 1973) ressaltava já, igualmente, a importância de indicadores similares, com base em dados recolhidos junto de uma amostra de 31 empresários britânicos, verificando-se um destaque para a qualidade do desempenho laboral. Em termos nacionais, a investigação desenvolvida por Martins (2001), no domínio das dificuldades intelectuais, ilustra, também, a valorização dada pelos empresários ao desempenho profissional, destacando o seu peso na tomada de decisão de contratação ou sua renovação.

Se antes havíamos verificado uma tendência para o contacto prévio ser potenciador da inserção laboral, neste estudo, Graffam e colaboradores (2002) verificaram, em investigação com diversas tipologias de incapacidade (ex. visuais, intelectuais, entre outras) que, mesmo que esse contacto tenha sido uma experiência negativa, esta pesará pouco na decisão de contratação e manutenção de outros trabalhadores. Os factores ligados à gestão surgem em segundo lugar, em termos de importância, salientando-se aqui a relevância de haver articulação com serviços de reabilitação profissional de suporte às empresas e envolvimento do empregador no processo. Os custos e os factores sociais foram valorizados como medianamente importantes. As principais preocupações dos empregadores inquiridos são relativas aos custos decorrentes de

formação e supervisão adicional a ser disponibilizada a trabalhadores com deficiências ou incapacidades e à capacidade dos colegas para interagir com este tipo de colaboradores. O compromisso de desenvolver uma gestão assente em princípios de responsabilidade social é percebido também como medianamente importante. Este estudo aponta, em suma, para a importância atribuída à competência e desempenho individual para o trabalho, em detrimento de factores especificamente relacionados com a deficiência ou de factores de ordem externa como a adopção de uma cultura de responsabilidade social organizacional ou a resposta a pressões sociais para inserção desta população, claramente percebidas como menos relevante por este grupo de empresários. Porém, a investigação nacional, já referida (Martins, 2001), aponta que os empresários nacionais inquiridos aceitam, maioritariamente e em fases iniciais do processo, a pessoa com dificuldade intelectual sustentados em motivos sociais, de entre os quais se destaca a solidariedade. A divergência de dados observada pode resultar de diversidades culturais e também sustentadas na tipologia de deficiência estudada.

Não obstante e tal como já tivemos oportunidade de discutir, a decisão de contratação de pessoas com deficiência e incapacidade poderá não ser fundamentada exclusivamente nas competências ou limitações destes trabalhadores, mas recorrer igualmente a critérios ligados ao compromisso de responsabilidade social, à melhoria da imagem junto da comunidade e dos consumidores ou à gestão da diversidade no local de trabalho, que em alguns contextos e sobretudo para grandes empresas, assumem alguma importância (Darling, 2007; Unger, 2002; Zadek, Hojensgard, & Raynard, 2001). Porém, Graffam et al. (2002) afirmam que, ainda que a postura de empresas possa ser influenciada por estes factores de ordem social, não o será numa perspectiva de “aparências, imagem comunitária ou pressão social” (p. 180), mas sim assente na valorização individual.

O'Reilly (2007), com base numa revisão da informação publicada disponível, elenca as principais razões que permitem melhor compreender as reduzidas taxas de inserção profissional verificadas entre a população com deficiência e incapacidade:

- Baixos níveis de educação e formação;
- Redução da procura de mão-de-obra não especializada;
- Redução de recursos humanos nas grandes empresas e sector público;
- Preocupação com acidentes e custos com seguros;
- Relutância em se identificarem e registarem com tendo uma incapacidade;
- Falta de informação sobre oportunidades de trabalho;
- Falta de informação, entre os empresários, sobre as necessidades e competências das pessoas com deficiência e incapacidade;
- Acomodação aos subsídios auferidos;
- Medo de perder benefícios sociais;
- Desencorajamento devido a experiências de insucesso na obtenção de emprego e/ou interiorização de imagens negativas e
- Suporte técnico/pessoal inadequado (p. 66).

Múltiplos são os factores que poderão eventualmente condicionar o acesso de pessoas com deficiência e incapacidade ao trabalho, como o ilustra a investigação que relatámos até ao momento. Esta diversidade de influências permite, em boa parte, compreender as dificuldades de inserção acrescidas nesta população, realidade que nos propomos descrever seguidamente.

2.3. O Emprego de Pessoas com Deficiência e Incapacidade em Portugal

Antes de passarmos à análise dos dados nacionais, procuraremos efectuar uma breve caracterização do emprego de pessoas com deficiência e incapacidade a nível internacional.

A OCDE reporta, em 2000, uma taxa média de emprego entre as pessoas com deficiência e incapacidade, nos países aderentes, de 40%, valor mantido em 2001 (European Commission, 2001), contra os 75% entre as pessoas sem deficiência (OECD, 2010), sendo as taxas mais elevadas e relativas à população com deficiência e incapacidade, observadas nos países nórdicos, México, Suíça, Alemanha e Luxemburgo e as mais baixas na Hungria, Irlanda e Polónia. Em 2007, a Comissão Europeia reportou uma taxa média de emprego, entre a população com deficiência de 50%, contra uma taxa de 68% verificada entre a restante população, indicadora de um ligeiro crescimento do emprego entre a população com deficiência, possivelmente decorrente da implementação de políticas de incentivo e de uma progressiva maior abertura da comunidade empresarial.

A Comissão Europeia (European Commission, 2001) analisa a questão do emprego como contendo dois momentos distintos, o da participação no mercado de trabalho e o de obtenção de um emprego, tornando-se, assim, pertinente analisar o primeiro do ponto de vista da taxa de participação $[(\text{empregados} + \text{desempregados}) / \text{população em idade activa}] \times 100$ e o segundo de acordo com a taxa de emprego $[\text{empregados} / (\text{empregados} + \text{desempregados}) \times 100]$. Ao nível europeu, um primeiro dado aponta para taxas de inactividade (não participação no mercado de trabalho) na ordem de 52,2% entre a população com deficiência, contra os 28,1% verificados na restante população. A taxa de emprego atinge uma percentagem global, entre os países europeus, de 42,2 e a de desemprego 5,6%. A inactividade poderá resultar de algum desencorajamento resultante da acumulação de situações de insucesso, bem como do reconhecimento de um menor volume de oportunidades de emprego disponíveis para as

pessoas com deficiência e incapacidade. O desemprego poderá estar mais relacionado com a redução do número de postos de trabalho adequados às limitações de funcionalidade, mas também à discriminação.

No que concerne ao tempo de trabalho e de acordo com dados da OCDE (OECD, 2010), constata-se uma maior tendência para os trabalhadores com deficiência e incapacidade ocuparem postos de trabalho a tempo parcial, atingindo a integração neste regime uma proporção de 1 em cada 4 trabalhadores, quando na restante população ela atinge valores de 1 em cada 6 a 7 pessoas. Embora tal não seja discutido pela OCDE, a Comissão Europeia (European Commission, 2001) aponta, com possíveis explicações para esta tendência, condições inerentes à própria deficiência e incapacidade, nomeadamente ligadas a uma menor resistência física, necessidade de apoios terapêuticos ou dificuldade em trabalhar em determinados períodos do dia ou trabalhar um dia completo, podendo mesmo corresponder a uma opção própria.

Segundo os dados do Eurostat (2003), de entre a população activa em Portugal, com idade entre os 16 e os 64 anos, uma percentagem de 20,1 afirma ter uma incapacidade ou uma doença crónica. Esta apresentava, à data de 2002, uma taxa de desemprego situada nos 6,3%, quando para a restante população a taxa obtida era de 4,8% (INE, 2008). A taxa de participação nacional, reportada pela Comissão Europeia (European Commission, 2001), era de 51,3%. Estes dados apontam menor actividade e participação e maior desemprego entre a população com deficiência e incapacidade face à restante população.

Estima-se, e de acordo com o último levantamento censitário nacional (INE, 2002), que apenas 29% da população com deficiência e incapacidade inquirida se encontre em situação de actividade económica, com 26,2% em condição de empregada, o que apresenta alguma

disparidade com a média dos países europeus (40%, European Commission, 2001) e no sentido de um cenário mais negativo.

O número de inactivos: “estudantes, domésticos, reformados, incapacitados permanentes para o trabalho e outros” (INE, 2002) atinge uma dimensão da ordem dos 71%. Dados posteriores (CRPG & ISCTE, 2007b) apontam para taxas de inactividade ligeiramente superiores (74,7%), denotando um agravamento do afastamento das pessoas com deficiência face ao mercado de trabalho. Uma das potenciais justificações, apontada pelo Eurostat (2003), para o elevado número de inactivos entre as pessoas com deficiência e incapacidade, reside no desencorajamento experimentado, posição igualmente defendida pela Comissão Europeia (2001). Barnes et al. (1999) defendem igualmente que as taxas de actividade das pessoas com deficiência e incapacidade não reflectem os dados relativos àquelas que fruto das múltiplas rejeições a que foram sujeitas, desistiram da procura de emprego. O’Reilly (2007) refere que se podem encontrar diversas justificações em função da multiplicidade de países e respectivas condições. Assim, a inactividade pode resultar do receio ou resistência em perder benefícios sociais por iniciar actividade profissional, da relutância dos empresários em contratar por receio de custos acrescidos com adaptações de postos de trabalho ou da dificuldade de despedir ou recusar alguém depois de o/a já ter conhecido. Acrescentaríamos que será de equacionar se alguma da inactividade observada não estará associada às condições de funcionalidade para o trabalho evidenciadas por alguns subgrupos de entre a população com deficiência.

Tal como é possível verificar, existe alguma disparidade nos dados recolhidos acerca das taxas de participação e inactividade, nas diversas investigações apontadas e que poderão resultar do facto de terem ocorrido em momentos distintos no tempo, de recorrerem a instrumentos, metodologias e amostras distintas.

Os resultados obtidos pelos Censos 2001 apontam para que, no conjunto da população empregada, a maior taxa de inserção profissional se localize nas pessoas com deficiência visual

(38%) e outras deficiências (23,1%), seguidas, em terceiro lugar, pela deficiência motora (19,7%). Estes dados não parecem concordantes com o obtido por Hernandez e colaboradores (2007), em que é relatada uma maior aceitação e inserção profissional entre as deficiências físicas ou as resultantes de algumas doenças crónicas. Outros dados europeus, nomeadamente irlandeses (National Disability Authority [NDA], 2005), também assinalam uma maior taxa de participação no trabalho entre as pessoas com limitações resultantes de doenças crónicas (ex. diabetes, cancro), a par de uma menor representação de pessoas com dificuldades intelectuais, orgânicas (ex. insuficiência renal) e com limitações físicas ao nível dos membros superiores e inferiores. Há que ponderar, e tal como já referido, que sendo os Censos metodologicamente baseados no auto-relato individual, os resultados neles obtidos podem espelhar a existência de situações incapacitantes decorrentes do envelhecimento natural ou ligeiras perdas de competência e não a presença de uma deficiência e incapacidade.

Se analisarmos a percentagem de pessoas empregadas dentro de cada tipologia de deficiência (INE, 2002), verificamos que a maior taxa de actividade se localiza na deficiência visual (43,1%), seguida das deficiências auditiva, outras deficiências e deficiência motora (32,7%, 29,2% e 22,5%, respectivamente). Os resultados devem, no entanto, ser lidos considerando o potencial enviesamento já sublinhado anteriormente.

O principal meio de vida entre as pessoas com deficiência e incapacidade inquirida é a pensão ou reforma (55,2%), sendo que o trabalho surge apenas em segundo lugar (24,8%) e a alguma distância (INE, 2002). É ainda notório o número de pessoas que se encontra a cargo da família (11,8%). Os subsídios decorrentes de situações que evidenciam o afastamento temporário da actividade económica como seja o desemprego, os acidentes de trabalho ou as doenças profissionais, constituem o rendimento actual para 1,6 a 1,7% da população com deficiência e incapacidade, respectivamente. Capucha et al. (2004) verificaram, no seu estudo sobre os impactos da formação profissional nas pessoas com deficiência, em Portugal, que os

principais meios de vida de formandos e ex-formandos eram a bolsa de formação (34,2%), o viver a cargo da família (28,8%) ou o trabalho (20,6%). Porém, se forem considerados apenas os ex-beneficiários dos sistemas de reabilitação, verifica-se que para 57,3%, a principal fonte de rendimento decorre do trabalho. Saliente-se, no entanto, que os resultados dos Censos e do estudo de Capucha et al. (2004) não são comparáveis entre si, dada a especificidade deste último sector de população referido: 63,9% encontrava-se ainda em programas de reabilitação ou formação e apenas 21,9% se encontrava a trabalhar.

Nos Censos 2001, a sustentabilidade financeira decorrente de pensão ou reforma tem a sua maior representação na deficiência motora (30,2%) logo seguida da categoria outra deficiência (23%). O rendimento decorrente do trabalho tem a sua maior expressão nas pessoas com deficiência visual (39%), uma vez mais seguida da categoria outra deficiência (22,7%).

No que concerne à situação contratual, a maioria dos trabalhadores (88,8%) parece estar inserido como trabalhador por conta de outrem, em empresas privadas (80%) e em situações de trabalho a tempo inteiro (90,7%) (Capucha et al., 2004).

A literatura aponta para que, globalmente, as pessoas com deficiência e incapacidade desenvolvem actividades menos diferenciadas (Sequeira et al., 2006), a que se associam vencimentos inferiores ao da restante população (European Commission, 2001; WHO & WB, 2011), o que poderá estar relacionado com os seus baixos níveis de escolarização e competências profissionais menos especializadas ou ainda com práticas de discriminação.

Os dados nacionais sinalizados apontam que, à data de 1991, a maior taxa de integração profissional (47,1%) era registada na indústria transformadora, seguida da prestação colectiva de serviços sociais e pessoais (19,8%) (Neves & Graça, 2000). Dados mais recentes e considerando os dados nacionais registados em centros de emprego (Astúcia, 2002), demonstram alteração desta tendência, passando a área de comércio por grosso e a retalho, restaurantes e hotéis a ser a mais expressiva (22,3%) em termos de integração de trabalhadores

com deficiência. A esta seguem-se as áreas já verificadas em 1991, com uma expressão de 14,7% e 13,3%, respectivamente. Esta alteração poderá estar relacionada com um decréscimo de emprego da indústria transformadora, em função da evolução tecnológica, levando à procura de emprego noutros sectores crescentes de actividade, de que é exemplo a hotelaria e restauração. Capucha e colaboradores (2004), em investigação já referida, reportam que as taxas de integração profissional mais elevadas são verificadas em operários, artífices e artesãos não qualificados (25,4%), em pessoal qualificado de serviços (21,1%) e em pessoal não qualificado (18,4%). Uma maior integração em profissões ligadas aos serviços e venda (16,5%) e à agricultura e pecuária (16,4%) é reportada em investigação posterior (CRPG & ISCTE, 2007b). A diversidade das amostras, os diferentes momentos em que foram recolhidas e a utilização de sistemas de categorização distintos não permitem a comparação dos dados entre si.

2.4. Importância do Emprego para as Pessoas com Deficiência e Incapacidade

Procuraremos, nesta secção, desenvolver uma breve resenha acerca da importância do emprego para as pessoas com deficiência e incapacidade, ressaltando a sua pertinência no âmbito do presente trabalho.

Considerando a importância do emprego para as pessoas com deficiência, Schwartz e Frohner (2005) sublinham a valorização que lhe é, actualmente, atribuída, constituindo-se, para a população com deficiência e incapacidade, quer como objectivo de reabilitação (Bolton, 1983; Frain, Tschopp, & Bishop, 2009; Krause, 1996; Krause & Anson, 1997a), quer como critério de sucesso desta e da inserção social em geral, contribuindo para o desenvolvimento

pessoal e de interações e redes sociais (Crewe, 2000; Edén et al., 2007) e para a diminuição de sentimentos de inferioridade (Ritvo et al., 1997).

Alguns dos defensores do modelo social da deficiência e incapacidade (Barnes & Mercer, 2005) destacam, igualmente, o valor atribuído ao emprego remunerado e ao exercício de cada pessoa como “agente económico activo” (p. 532) enquanto indicador do estatuto de cidadania, habitualmente mais associado ao trabalho pago do que a qualquer outra forma de actividade laboral.

A importância do emprego para as pessoas com deficiência e incapacidade, embora seja ressaltada por alguns autores, como tivemos oportunidade de referir no início desta secção, tem sido alvo de escassa investigação, a avaliar pela literatura disponível e consultada.

Ao estudarem o regresso ao trabalho, operado por 10 pessoas com deficiência (6 das quais possuíam deficiência física, associada ou não a outras deficiências e as 4 restantes possuíam doenças de pele ou deficiências orgânicas), Mettävainio e Ahlgren (2004) constataram que, para elas, o trabalho era uma componente muito importante na vida, sendo que “foi enfatizado como uma pedra fundamental na construção da sua identidade” (p. 19). As autoras resumem a percepção dos sujeitos sobre a dualidade desemprego-emprego, nas seguintes afirmações:

O desemprego era descrito como um estado que diminuía a sua alegria de viver, e que os fazia sentir isolados e passivos, o que diminuía a sua autoconfiança. Pelo contrário, o trabalho implicava um sentido de bem-estar com alegria de viver, amizade e autoconfiança aumentada. (p. 19)

A análise destes dados merece-nos, no entanto, algum cuidado, na medida em que se trata de uma amostra muito reduzida e exclusivamente composta por sujeitos com experiência de sucesso na integração profissional, ou seja, que conseguiram regressar ao trabalho após uma

experiência de afastamento devida à deficiência e incapacidade. Acresce, ainda, que estes sujeitos já tinham experiência anterior de trabalho, o que poderá condicionar a sua avaliação sobre a importância do mesmo. Um estudo igualmente qualitativo (Shaw, Segal, Polatajkos, & Harburn, 2002), desenvolvido com uma amostra de 11 sujeitos com deficiências ou incapacidades diversas (musculoesqueléticas, neurológicas ou orgânicas), estudou o processo de regresso ao trabalho, mas também o de abandono após aquisição de uma deficiência e incapacidade. As autoras destacam dois factores como particularmente importantes, no processo de regresso ao trabalho: o significado pessoal da deficiência e a importância que este mesmo regresso tem para a pessoa. Os testemunhos dos sujeitos, durante as entrevistas individuais, apontavam que a importância de regressar ao trabalho assentava no significado que cada sujeito atribuía ao trabalho, nos motivos individuais para trabalhar, nas oportunidades de inserção disponíveis e expectativas face às condições do posto de trabalho. Ainda que não analisando, exclusivamente, casos profissionalmente inseridos, o estudo de Shaw e colaboradores comunga da mesma limitação que o anterior, devido à reduzida dimensão da amostra e impossibilidade de generalização de resultados.

Os dois estudos sinalizados e acima descritos, estão em linha com o genericamente afirmado na literatura sobre a relevância do emprego na vida das pessoas com deficiência (Barnes & Mercer, 2005; Bolton, 1983; Crewe, 2000; Edén et al., 2007; Frain et al., 2009; Krause, 1996; Krause & Anson, 1997a; Ritvo et al., 1997; Schwartz & Frohner, 2005), mas centram-se apenas na componente de regresso ao trabalho. No campo da temática da deficiência e incapacidade não sinalizamos investigação que relacionasse a componente de procura de emprego ou de obtenção de um primeiro emprego com a importância do emprego.

Embora os estudos anteriores afirmem a importância do emprego, a investigação desenvolvida neste domínio não aponta, necessariamente, para que o emprego seja valorizado por todas as pessoas com deficiência. Esta afirmação baseia-se nos dados encontrados por Pain,

Dunn, Anderson, Darrah e Kratochvil (1998) ao desenvolverem um estudo qualitativo sobre os significados do conceito de qualidade de vida. A amostra era composta por pessoas com doenças cardíacas, deficiências musculoesqueléticas (amputação, reumatologia e ortopedia) e distúrbios neurológicos (lesão medular, lesão cerebral e acidente vascular cerebral), num total de 18 sujeitos. Ainda que ressaltada a importância da realização de actividades significativas para a pessoa, enquanto expoente de participação e realização, o exercício de uma profissão, actividade inserida nesta categoria, não se constituiu como a temática dominante, nem foi destacada de entre as actividades significativas. Esta informação deverá, no entanto, ser entendida com a prudência que a reduzida dimensão da amostra impõe.

Outros autores encontraram igualmente dados que apontam que, embora possa decorrer satisfação da condição de integração profissional, outras poderão ser igualmente satisfatórias. Ville e Ravaud (1996) ao estudarem o comportamento de uma amostra de 277 pessoas com lesão medular, em idade activa e com situações de paraplegia ou tetraplegia, verificaram maiores níveis de satisfação com a sua integração entre as pessoas empregadas do que entre as desempregadas com o facto de estarem inactivas. Porém, neste último grupo, foram igualmente encontrados níveis de satisfação (10,6%) e de elevada satisfação (15,7%) com a situação de desemprego, nomeadamente entre as pessoas que apresentavam níveis mais elevados de escolaridade e sendo que apenas 7,2% deste grupo estavam inscritos como desempregados. Uma potencial explicação avançada, pelos autores, para estes resultados reside na interpretação que as pessoas mais escolarizadas possam fazer da sua situação de desemprego, enfatizando menos a realização pessoal e valorizando a possibilidade de se envolverem em actividades de outros tipos. Não obstante o emprego ser condicionado por factores externos, Ville e Ravaud destacam igualmente o facto de este depender do significado individual e social que lhe é atribuído. A satisfação com o trabalho dependerá assim do equilíbrio, encontrado por cada pessoa, entre estes factores. Considerando os resultados

encontrados, os autores questionam a quase obrigatoriedade de o trabalho ser um objectivo a atingir por todas as pessoas com deficiência e incapacidade, ainda que o acesso a ele seja um direito universal: “Enquanto a incapacidade de reconhecer o direito das pessoas com deficiência e incapacidade ao trabalho é uma forma de alienação, também a imposição do trabalho como um objectivo inevitável para todos o é.” (p. 250).

O emprego poderá ser, igualmente, percebido por algumas pessoas com deficiência e incapacidade como uma fonte de stress. Merz, Bricout e Koch (2001) elencam alguns dos factores que poderão estar na origem destas percepções: mudanças das exigências dos postos de trabalho no sentido de uma maior flexibilidade, capacidade de decisão e domínio de novas tecnologias, e condições ambientais dos postos de trabalho (ex. barreiras arquitectónicas ou atitudes dos colegas de trabalho) que devem ser considerados na intervenção em reabilitação profissional e que beneficiariam de estudos empíricos aprofundados.

Em suma, os estudos que sinalizámos apontam, genericamente, o trabalho como importante na vida das pessoas com deficiência e incapacidade, pelo menos na sua componente de regresso ao trabalho. O trabalho e a inserção profissional parecem poder ser perspectivados enquanto fonte de bem-estar, qualidade de vida e satisfação pessoal, ainda que tal possa não ser a opção de todos, podendo mesmo significar para alguns uma fonte de stress. Esta escolha, ou percurso, é condicionada por múltiplos factores, internos e externos, e de ordem demográfica, psicológica, social, médica, relacionados com os contextos de trabalho e político (Edén et al., 2007). Esta área parece-nos, no entanto, bastante deficitária no que concerne à investigação sobre a importância do trabalho em pessoas com e sem experiência profissional ou, ainda, em trabalhadores que, após a aquisição de uma deficiência, não tenham tido sucesso em reingressar no mercado de trabalho ou tenham desistido deste objectivo. Os estudos com amostras mais

representativas quer em número, quer em tipologias de deficiência e incapacidade parecem-nos, também, claramente necessários.

2.5. Procura e Acesso ao Emprego por Pessoas com Deficiência e Incapacidade

O acesso ao mercado de trabalho por parte das pessoas com deficiência e incapacidade beneficia de suportes legais, operacionalizados em medidas que visam acompanhar a inserção no mercado de trabalho e o seu respectivo acompanhamento e cuja descrição já tivemos oportunidade de concretizar neste capítulo, na secção 2.1.2. – medidas de apoio à colocação e acompanhamento pós-contratação, regulamentadas pelo Decreto-Lei n.º 290/2009. Procuraremos, na presente secção, discutir a importância da implementação destas medidas, analisando o papel dos agentes a que têm estado alocadas e os factores que potenciam o acesso ao emprego entre as pessoas com deficiências neuromusculoesqueléticas.

As estruturas que desenvolvem estas acções correspondem, tradicionalmente, a centros de formação profissional para pessoas com deficiência e incapacidade, reconhecidos como centros de recursos locais, por especialidade de deficiência, afectos a centros de emprego por região. Circunscrito à cidade de Lisboa, existe um serviço – OED – já referenciado neste trabalho e que desempenha igualmente estas funções. A importância do papel destas organizações na promoção e acesso ao emprego encontra-se demonstrada. Capucha et al. (2004), ao estudarem a realidade da reabilitação nacional para pessoas com deficiência e incapacidade, verificaram que em 84,4% das situações o suporte de uma organização de reabilitação foi considerado o apoio decisivo na obtenção do emprego, percentagem claramente

superior à atribuída ao suporte proveniente de outras estruturas como centros de emprego (1,6%).

Do ponto de vista qualitativo, a intervenção de organizações de reabilitação parece ser igualmente sublinhada. Hamner, Timmons e Bose (2002) destacam, com base num estudo com 17 pessoas com deficiência e incapacidade (3 das quais com deficiência física), as suas seguintes funções: a disponibilização de uma resposta à medida das necessidades individuais; o incremento da probabilidade de correspondência entre perfil do candidato e da oferta de emprego; o acesso a equipamentos adaptados; a melhoria da preparação para o contacto com empresários; a motivação e suporte por parte dos conselheiros destas organizações e a melhoria na definição de objectivos de procura de emprego. A par do destaque à resposta individualizada e acesso a recursos adaptados, Timmons, Schuster, Hamner e Bose (2002), sustentados num estudo qualitativo com 19 pessoas com deficiência e incapacidade, 3 das quais de natureza física, reportam a importância da articulação entre serviços como factor de satisfação entre as pessoas com deficiência e incapacidade que procuram emprego com apoio destes mesmos serviços. A importância desta articulação é aplicável à relação que se estabelece entre serviços de apoio à colocação e empresas. Gilbride, Stensrud, Vandergoot e Golden (2003) sublinham que empresários com experiência de integração de pessoas com deficiência e incapacidade e que percebem a existência de apoio a esta integração, encaram os serviços de reabilitação enquanto parceiros e fontes de suporte na acção de recrutamento.

Bolton, Bellini e Brookings (2000) constataram que a intervenção dos serviços de apoio ao emprego explicava 26% da variância na predição de obtenção de emprego em mercado competitivo. Também Gamble e Moore (2003) verificaram, em sujeitos com lesão cerebral traumática, que a probabilidade de obtenção de emprego em mercado competitivo era 20,8 vezes superior em pessoas que beneficiaram de serviços de apoio à colocação, comparativamente às que não haviam beneficiado. Chan et al. (2006) verificaram que os

clientes, com incapacidades físicas (lesão de membros ou medula espinhal), que beneficiavam de serviços de apoio à colocação apresentavam uma taxa significativamente mais elevada (75%) de emprego em mercado competitivo de trabalho do que os que não beneficiariam de tal intervenção (51%), sendo obtidos resultados aproximados em pessoas com lesão cerebral traumática, de 68 e 41%, respectivamente (Catalano et al., 2006). Ainda que a importância do papel das organizações de reabilitação no apoio à obtenção de emprego seja evidenciada (WHO & WB, 2011), Bolton et al. (2000) alertam para o facto de existir uma subutilização das mesmas, dado apenas 25% dos clientes beneficiarem deste tipo de serviço. Carey, Potts, Bryen e Shankar (2004) apontam uma utilização ainda mais baixa, na ordem dos 10,5%.

Capucha et al. (2004) verificaram que a ajuda de amigos, familiares ou conhecidos apenas representou um apoio decisivo na obtenção de emprego para 1,6% das pessoas com deficiência e incapacidade inquiridas. Este dado poderá confirmar que as suas redes sociais são menos eficazes do que as da restante população em que se verifica que o emprego, em 40 a 70% dos casos, resulta de contactos iniciados com os elementos das redes sociais (Potts, 2005). A participação e as relações sociais são fundamentais na obtenção de um emprego e adquirem uma importância acrescida na inserção profissional das pessoas com deficiência e incapacidade, pois face a um eventual estreitamento de possibilidades de integração, haverá que investir ainda mais na rede por forma a aceder a um número mais limitado de oportunidades (Carey et al., 2004; Potts, 2005). A investigação sobre a eficácia das redes sociais ou capital social das pessoas com deficiência e incapacidade é indicadora de que estas poderão ser menores e mais redundantes (formadas por diversos contactos repetidos e muitas vezes constituídas por pares com o mesmo tipo de incapacidade), o que poderá aumentar o seu afastamento face ao emprego (Carey et al., 2004; Potts, 2005). A investigação existente aponta, ainda, que algumas incapacidades (ex. relacionadas com a mobilidade, comunicação ou

aparência física), por poderem limitar a interação social, poderão condicionar igualmente o impacto da rede social na obtenção de emprego. Carey e colaboradores verificaram, com base numa amostra composta por 38 utilizadores de sistemas aumentativos e alternativos de comunicação, que 34 dos inquiridos recorreram às suas redes sociais (familiares, amigos, vizinhos, amigos de amigos, colegas e associações profissionais) em processos de procura de emprego actuais e anteriores. De entre estes 38 sujeitos, 10 encontravam-se empregados, tendo utilizado, primordialmente, na sua procura de emprego as ligações menos fortes (ex. amigos de amigos) (6 sujeitos) e o contacto com conhecidos (2 sujeitos). A tendência para algum isolamento e a conseqüente diminuição de acesso a redes sociais é, na generalidade, considerada uma barreira ao emprego (WHO & WB, 2011).

O estabelecimento de parcerias público-privadas pode ser também uma ferramenta de promoção da procura de emprego na população com deficiência e incapacidade. Estas acções, em Portugal, ainda que não se encontrem aprofundadas na literatura, têm sido materializadas em protocolos entre estruturas ligadas ao emprego (Instituto de Emprego e Formação Profissional e entidades não governamentais operantes na promoção do emprego para pessoas com deficiência) e empresas e constituem uma das acções previstas na Linha de Acção 2.2.2. do PAIPDI. O Relatório de Avaliação Anual do PAIPDI (Grupo Interdepartamental de Acompanhamento, 2010) dá conta dos resultados obtidos no que concerne a protocolos estabelecidos e que são claramente diminutos. No período de execução entre 2006 e 2009, havia-se traçado como objectivo o estabelecimento de 20 protocolos com empresas conducentes a 400 estágios e 200 integrações profissionais. Ainda que os objectivos de elaboração de protocolos se tenham aproximado da meta estabelecida, com a operacionalização de 17 protocolos, os restantes resultados foram claramente escassos, traduzindo-se em 4 estágios profissionais e 4 integrações com contrato de trabalho. Uma das potenciais vantagens deste tipo de parceria decorre do facto de as ofertas de emprego serem apresentadas pelas

empresas, tornando o processo liderado pelo mercado, e não angariadas ou solicitadas pelas entidades que medeiam o acesso ao emprego de pessoas com deficiência e incapacidade ou pelas próprias pessoas desempregadas, o que aumenta a probabilidade de obtenção de emprego (Carey et al., 2004)

O termo procura de emprego remete-nos para a condição de angariação de um novo posto de trabalho e reporta-se à maioria da informação que acabamos de explorar. Porém, na condição em que a pessoa com deficiência e incapacidade estivesse empregada aquando da aquisição de uma deficiência, um dos cenários que se colocava é o do regresso ao anterior posto de trabalho. Yasuda, Wehman, Targett, Cifu e West (2002) analisaram a temática do regresso ao trabalho, em população com lesão medular, verificando que a perspectiva de regresso ao antigo posto de trabalho se observa em menor número de casos, sendo mais frequente a inserção em novos postos de trabalho. Porém, quando o regresso ao antigo posto ocorria, era mais rápido do que a obtenção de novo emprego, o que, acrescentamos nós, poderá ser devido a factores de ordem externa, nomeadamente a oferta de emprego existente e compatível com o novo perfil individual de competências.

Como já tivemos oportunidade de sublinhar aquando da análise dos factores macrossistémicos e da sua relação com o emprego das pessoas com deficiência e incapacidade, especificamente na secção 2.1.2. relativa às medidas de apoio ao emprego, as políticas de compensação poderão ser, potencialmente, geradoras de efeitos de dependência entre a população receptora de benefícios decorrentes da deficiência e incapacidade. No âmbito do regresso ao trabalho, este efeito parece ser igualmente existente. Num estudo comparativo sobre o regresso ao trabalho de pessoas com lombalgias, envolvendo seis países distintos (Dinamarca, Alemanha, Israel, Holanda, Suécia e Estados Unidos da América), foram verificadas taxas de regresso ao trabalho bastante distintas e variando entre os 22% na

Alemanha e os 62% na Holanda (Anema et al., 2009). Nesta mesma investigação, foi ainda verificado que políticas em que o acesso aos benefícios era menos restritivo (critérios de elegibilidade menos rígidos e possibilidade de usufruir de benefícios parciais, em simultâneo com o desempenho profissional), eram promotoras do regresso ao trabalho, na medida em que os beneficiários recebiam menos a perda de benefícios por retomarem a actividade laboral. Tal como Anema e colaboradores destacam, a existência de políticas mais centradas nas necessidades individuais dos trabalhadores com deficiência e incapacidade e menos restritivas poderá ser promotora de um maior acesso ao trabalho, na sua perspectiva de regresso ao mercado após aquisição de uma deficiência ou incapacidade.

Previamente ao regresso ao trabalho, a procura ou a retoma do anterior emprego poderá ser condicionada por factores de ordem psicossocial, alguns dos quais tivemos oportunidade de analisar, neste capítulo, aquando da revisão sobre os factores condicionantes do emprego (ex. autoconceito, autodeterminação). Sullivan et al. (2005) demonstraram a importância da intervenção sobre os riscos psicossociais (receios de dor associada ao movimento ou recidiva; catastrofização da dor; percepção da incapacidade e depressão) no regresso ao trabalho na população com deficiência musculoesquelética. Estudando uma amostra com 215 sujeitos com deficiência musculoesquelética, verificaram que 63% dos sujeitos que concluíram um programa de intervenção que visava facilitar o regresso ao trabalho, através da maximização do envolvimento em actividades (ligadas aos papéis familiar, social e profissional) e da redução dos obstáculos à boa evolução da reabilitação, regressavam ao seu posto de trabalho decorridas 4 semanas após a conclusão da frequência do programa. O programa de intervenção integrava profissionais dos domínios da Medicina, Fisioterapia e Psicologia. Foi verificado que a redução dos factores de riscos, decorrente da intervenção efectuada, se revelou um preditor significativo do regresso ao trabalho.

No âmbito da literatura sobre o regresso ao trabalho de pessoas com deficiências e incapacidades neuromusculoesqueléticas, a investigação sobre as intervenções no contexto de trabalho tem reunido o interesse de vários investigadores. Anema e colaboradores (2009) verificaram a importância das intervenções em contexto de trabalho e das características do trabalho, no regresso ao trabalho de pessoas com lombalgias. No que concerne às características do trabalho, o regresso ao trabalho acontecia mais precocemente quando o trabalhador já era um efectivo da empresa, possuía uma elevada avaliação de desempenho, as exigências físicas do posto de trabalho eram menores e existia menor tensão laboral. Relativamente às intervenções no contexto de trabalho, o regresso do trabalhador estava potenciado quando eram desenvolvidas adaptações do posto de trabalho, reformulação das tarefas do posto de trabalho, adaptação das horas de trabalho e retoma do trabalho com manutenção parcial de benefícios. Lydell, Grahn, Månsson, Baigi e Marklund (2009) verificaram, igualmente, que a existência de um trabalho físico leve era preditor do regresso ao trabalho, a tempo inteiro, em população com limitações musculoesqueléticas (não especificadas). Em situações em que o posto de trabalho se encontrava adaptado, por um terapeuta ocupacional, verificou-se que o regresso ao trabalho de pessoas com limitações musculoesqueléticas era menos frequente quando o desempenho exigia o levantamento frequente de pesos e as relações com os colegas não eram as mais favoráveis (Duijn, Lötters, & Burdorf, 2005). Pelo contrário, haveria maior probabilidade de regresso a este posto de trabalho adaptado se já fosse um trabalho antigo e em que o nível de competências exigido não fosse muito elevado.

O acesso ao mercado de trabalho parece, ainda, ser facilitado se a intervenção, em contexto de trabalho, for efectuada articulando diferentes agentes ou partes interessadas. Carroll, Rick, Pilgrim, Cameron e Hillage (2010), ao efectuarem uma revisão de investigação, desenvolvida na Europa e no Canadá sobre população com lombalgias e alterações

musculoesqueléticas relacionadas, constataram que as intervenções mais eficazes (taxa de regresso ao trabalho) com vista à modificação do trabalho eram as que envolviam, em simultâneo, trabalhadores, técnicos de saúde e empregadores (ex. reuniões entre todos os envolvidos para decidir acerca das modificações a operar no posto de trabalho, recomendação de terapia física orientada de acordo com o tipo de trabalho da pessoa com deficiência ou incapacidade).

A investigação tem, ainda, procurado descrever o processo de regresso ao trabalho, através do desenvolvimento de modelos de compreensão deste processo na população com deficiências musculoesqueléticas. Schultz, Stowell, Feuerstein e Gatchel (2007), numa revisão de literatura, constataram a existência de cinco grupos de modelos: biomédicos ou forenses (baseados na avaliação médica e na determinação legal do grau de incapacidade e respectivos benefícios); psicossociais (a incapacidade para o trabalho decorre do ambiente social da pessoa, no qual se incluem o local de trabalho, os sistemas de saúde e de atribuição de benefícios, a família e outras organizações comunitárias); ecológicos/gestão de caso e económicos (centrados na decisão e determinantes do regresso ao trabalho, privilegiam os impactos deste processo nos empregadores, seguradoras e sistema de saúde); biopsicossocial (conceptualizam a incapacidade como resultante da interacção dos sistemas biológico, físico, comportamental e psicológico e social) e integrativos (integram características dos modelos anteriores e neste âmbito insere-se, por exemplo, a CIF). O foco dado por cada modelo a áreas específicas da funcionalidade individual determina a forma como a intervenção é orientada, adoptando níveis de abrangência distintos que poderão condicionar o futuro regresso da pessoa ao mercado de trabalho.

Da análise da investigação acima apresentada decorre a noção de que o tipo de política de apoio ao emprego existente, mais orientada para a compensação ou para a integração, a intervenção que é desenvolvida para colmatar lacunas no acesso ao emprego e o modo como as

empresas e os postos de trabalho se encontram organizados para acolher trabalhadores com deficiência ou incapacidade afectam os seus processos de procura e acesso ao emprego, nomeadamente numa das facetas mais estudadas, o regresso ao trabalho.

3. Adaptação à Deficiência e Incapacidade

Neste capítulo pretendemos explorar as diversas conceptualizações e modelos propostos pelos principais autores com investigação desenvolvida no domínio da adaptação à deficiência e incapacidade. Em complemento a este percurso pelos vários modelos propostos na literatura, analisaremos, igualmente, alguns dos factores cuja investigação aponta como tendo impacto mais significativo na adaptação à deficiência e incapacidade, integrados ou não nos modelos de compreensão previamente abordados. A este propósito e dado o objecto e âmbito do estudo empírico do presente trabalho, privilegiámos os factores de ordem psicológica e psicossocial ou relacionados com a deficiência e incapacidade, mais centrados na pessoa. A revisão e análise da literatura sobre a influência de outros factores ambientais e sociais (família, grupos de apoio, movimento associativo, sistemas educativos, acessibilidades, entre muitos outros) é, no actual quadro de compreensão da funcionalidade humana, essencial, mas excede a abrangência do presente trabalho, pela sua diversidade e vastidão. Finalmente, concluiremos este capítulo aprofundando a análise sobre a relação entre o emprego e o processo de adaptação.

3.1. Conceitos de Adaptação à Deficiência e Incapacidade

Na literatura publicada sobre a adaptação à deficiência, Dembo, Leviton e B. A. Wright (1975) surgem como uns dos primeiros autores com investigação desenvolvida no domínio, com a publicação do artigo, em 1956, na *Artificial Limbs, Adjustment to misfortune: A problem*

of social-psychological rehabilitation. Estes autores consideram o processo de aceitação da deficiência, no contexto da incapacidade física, como sinónimo de aceitação da perda. A aceitação, no âmbito da teoria de aceitação da perda, proposta pelos autores e que detalharemos mais à frente, compreende a alteração da estrutura de valores individual, implicando um conjunto de quatro modificações possíveis, indicadoras desse mesmo processo de aceitação e redutoras do nível de sofrimento do sujeito. Dembo et al. propõem as mudanças de valores conducentes ao alargamento da amplitude de valores e à transformação dos valores comparativos em valores centrados nos recursos. Posteriormente, B. A. Wright (1983) vem complementar esta teoria, acrescentando duas outras mudanças de valores a esta conceptualização da aceitação: subordinação ou minimização do físico e contenção dos efeitos da deficiência e incapacidade. A aceitação da perda, determinada pela condição de deficiência e/ou incapacidade, corresponde à reformulação de valores e reconquista de novos que não os detidos anteriormente.

A aceitação da deficiência e incapacidade é, para B. A. Wright (1983), relativa à conceptualização da incapacidade como não depreciativa, ainda que possa ser considerada como “inconveniente ou limitativa” (p. 159). Do mesmo modo, a autora não revê o conceito de aceitação como a resignação face a algo imutável, mas sim como um desafio a ser encarado positivamente e que conduz à reconquista do sentido de valor pessoal. A perda, inserida na teoria de aceitação da perda (Dembo et al., 1975), é a “ausência de algo valorizado, experimentado como um infortúnio pessoal” (B. A. Wright, 1983, p. 163) e a aceitação é o encarar da perda do valor como não depreciativa ou desvalorizante.

Sustentado nesta teoria da aceitação da perda, Linkowski desenvolve, mais tarde (1971), a *Acceptance Disability Scale*, instrumento que, revisto em 2007 por Groomes e Linkowski, foi adaptado para a população portuguesa, no âmbito do actual estudo.

Posteriormente, Groomes e Linkowski (2007) propõem uma mudança ao nível da designação do conceito, mas não da conceptualização, afirmando o conceito de adaptação à deficiência em detrimento do de aceitação. A alteração é suportada, fundamentalmente, no facto de a aceitação não ter necessariamente de ocorrer no processo de confronto com a deficiência e incapacidade, sendo preferencial considerar que o sujeito com deficiência e incapacidade poder-se-lhe-á adaptar, sem que a aceite necessária ou verdadeiramente.

Evidenciando, de algum modo, divergência face a perspectivas anteriores (Dembo et al., 1975), Zola (1993a) afirmou que a incapacidade, sendo um processo em contínua mudança, evolução e interacção, poderá nem ser encarada negativamente pelos sujeitos, nem resultar necessariamente em aceitação da mesma. Pelo contrário, lidar com a incapacidade e, conseqüentemente ajustar-se a ela, é um processo que decorre ao “longo de toda a vida e não será necessariamente negativo” (p. 30).

Outros autores conceptualizam a adaptação à deficiência não meramente como um resultado em si mesma como defendido, em certa medida, por B. A. Wright (1983) e por Groomes e Linkowski (2007), mas como um processo faseado e gradual. Livneh (1991), um dos autores defensores desta última perspectiva, revê o conceito de adaptação à deficiência na forma de uma sequência de oito estádios de desenvolvimento psicossocial, em que o ajustamento é o resultado final positivo de todo o processo, implicando a construção de uma nova identidade, integradora da deficiência e incapacidade, e de um novo equilíbrio psicológico e comportamental.

Yoshida (1993) propõe uma concepção alternativa da adaptação à deficiência, integrada no desenvolvimento de um modelo de compreensão pendular, em que são analisadas as conseqüências da deficiência e da incapacidade na identidade individual. Nesta óptica, a reconstrução da identidade e do novo eu, e conseqüentemente a adaptação, são conceptualizadas como um movimento pendular entre as condições pré e pós incapacidade.

Reconhecendo a diversidade, e até mesmo algum desacordo, entre autores, quanto à definição de adaptação psicossocial à deficiência e incapacidade, Bishop (2005a) sumariza o conceito de adaptação como “um processo de resposta às mudanças funcionais, psicológicas e sociais que ocorrem com o surgimento e vivência com uma deficiência e incapacidade, doença crónica ou tratamentos associados” (p. 6). Para este autor, a adaptação é:

Uma resposta pessoal e altamente individual a rupturas relacionadas com a deficiência – ou incapacidade – numa grande variedade de domínios de vida. Estas rupturas podem ser experimentadas, por exemplo, nas relações interpessoais, na interacção com o ambiente físico e como mudanças na saúde e funções psicológicas ou emocionais. (p. 7)

Criticando o facto de o processo de adaptação ter sido, muitas das vezes, caracterizado como um movimento para um determinado resultado variável, Bishop (2005a) concebe-o como altamente determinado pela subjectividade e valoração individual dos domínios de vida quanto à sua centralidade para a pessoa. Sendo diversos os domínios de vida, importantes e centrais para uma mesma pessoa, a adaptação, entendida como implicando mudanças na importância e no controlo sobre estes mesmos domínios, é multidimensional e dinâmica e não se traduz num movimento único.

Tal como Livneh, Antonak e Gerhardt (1999) afirmam e já tivemos ocasião de sublinhar, não se encontra consensualizada uma definição única do conceito de adaptação à deficiência, sendo igualmente arbitrário o recurso a termos como adaptação ou ajustamento em referência a uma mesma realidade (Livneh & Antonak, 1997). A diversidade de abordagens tem tido os seus reflexos na investigação, verificando-se, tal como podemos confirmar na apresentação de modelos de adaptação à deficiência e incapacidade, em seguida exposta, uma tendência para estudar aspectos isolados (S. J. Wright & Kirby, 1999) da adaptação ou ajustamento (ex. depressão, ansiedade ou qualidade de vida) e menos o seu todo. Acresce ainda

que o recurso a diferentes instrumentos para avaliação deste constructo, muitas das vezes em populações específicas, com uma tipologia particular de deficiência e incapacidade (ex. amputação, traumatismo craniano, esclerose múltipla, entre outras), pode igualmente condicionar a comparabilidade e generalização dos resultados.

Contrariamente a alguns autores (B. A. Wright, 1983; Yoshida, 1993), e não obstante a proximidade semântica e conceptual, Livneh e Antonak (1997) definem os conceitos de adaptação e ajustamento como distintos. De uma forma muito simples, a adaptação corresponde ao processo, que se inicia com o aparecimento da deficiência e incapacidade e o ajustamento corresponde à fase final deste mesmo processo e que teremos oportunidade de apresentar em maior detalhe, mais à frente neste trabalho. A adaptação é o “processo global e dinâmico e de desenvolvimento através do qual o individuo gradualmente se aproxima de um estado óptimo de congruência pessoa-ambiente” (p. 8). São diversas as manifestações deste processo, percorrendo a participação do sujeito nos vários domínios de vida; a articulação e adaptação dos ambientes físicos; o reconhecimento das limitações, mas também das competências detidas e recursos existentes e disponíveis; a construção de uma auto-estima e autoconceito positivos, de um sentido de mestria e de um equilíbrio psicológico.

No presente trabalho adoptaremos o termo adaptação em conformidade com o defendido pelos autores do instrumento (Groomes & Linkowski, 2007), por nós escolhido, para estudo da adaptação à deficiência neuromusculoesquelética. A análise das diversas propostas conceptuais leva-nos a privilegiar a posição de Groomes e Linkowski, na qual ressaltamos dois pontos determinantes para esta opção: a visão de que a pessoa com deficiência e incapacidade não terá necessariamente de atingir um ponto de aceitação ou de ajustamento, como proposto por Livneh e Antonak (1997), podendo apenas adaptar-se a viver com a deficiência e incapacidade e, em segundo lugar, o reconhecimento explícito da influência do ambiente na adaptação individual: “a pessoa não tem de escolher aceitar ter uma deficiência, mas adapta-se,

inerentemente, a viver com uma deficiência nos vários encontros que desafiam a congruência pessoa-ambiente” (Groomes & Linkowski, 2007, p. 8). Esta última posição, igualmente afirmada por Livneh e Antonak (1997) reflecte a visão, também, defendida pela OMS (DGS, 2003) sobre a funcionalidade humana, na qual a experiência de adaptação se integra, e sobre a influência recíproca entre factores ambientais e funcionalidade individual.

Em 1977, Shontz afirmava já esta posição, atribuindo uma importância, pelo menos idêntica, à influência dos factores ambientais quando comparada com a dos *estados internos* da pessoa na resposta psicológica à deficiência e incapacidade que não terá de ser, necessariamente, de desajustamento. A adaptação poderá, assim, ser condicionada por factores psicológicos, psicossociais e outros relacionados com a própria deficiência e incapacidade, mas também por factores ambientais.

3.2. Modelos de Adaptação à Deficiência e Incapacidade

No ponto anterior tivemos oportunidade de explorar distintas conceptualizações propostas por autores que se dedicaram ao estudo da temática de adaptação à deficiência, alguns dos quais tendo igualmente desenvolvido modelos de compreensão sobre este mesmo processo ou percurso. Propomo-nos, em seguida, expor alguns dos principais modelos criados, analisando concomitantemente pontos de convergência e divergência entre eles e factores críticos à sua implementação.

Os modelos encontrados, na literatura publicada, integram-se basicamente em uma de quatro categorias – modelos estágio-fase; lineares; pendulares e interactivos – ou, pelo contrário, seguem um percurso aleatório (Livneh, 2001; Livneh & Parker, 2005). De acordo

com Livneh e Parker (2005), os dois primeiros tipos de modelo apresentam uma natureza, essencialmente linear e os segundos não linear. A fim de favorecer a compreensão do processo de adaptação à deficiência e incapacidade, através da análise dos vários modelos sinalizados, orientaremos a nossa apresentação considerando a classificação acima referida.

Antes de iniciarmos a análise sobre os modelos lineares e não lineares, importa, previamente, detalhar os critérios presentes na estruturação desta forma de classificação e organização proposta por Livneh e Parker (2005).

Os modelos de estádios-fases apontam para a existência de uma sequência de estádios e fases previsível. Os estádios correspondem a experiências psicológicas temporalmente não sobrepostas, enquanto as fases correspondem a experiências com algum nível de sobreposição, sendo apontadas como estádios e fases comuns, aos diversos modelos (Livneh & Parker, 2005), “o choque, a negação, a ansiedade, a revolta, a aceitação, e alguma forma de reorganização ou “ajustamento final”” (p. 18). Caracteriza, igualmente, este tipo de modelo o facto de o sucesso nas fases temporalmente mais distantes ao evento traumático ser contingente ao sucesso nas fases mais precoces.

Os modelos lineares apresentam-se como mais complexos do que os anteriores pois além de afirmarem a linearidade do processo, atendem a outros factores como igualmente determinantes do processo de adaptação, sendo o papel destes interactivo (a adaptação diverge em função do nível do factor) ou mediador (o factor medeia a influência entre outra variável e a adaptação). Estes factores correspondem às características associadas à deficiência e incapacidade, a atributos pessoais ou a factores ambientais.

Os modelos pendulares conceptualizam a adaptação como um conjunto de mudanças graduais na identidade individual, desenvolvendo uma trajectória pendular, habitualmente, entre a identidade pré e pós deficiência e incapacidade.

Por fim, os modelos interactivos assentam na noção de que a adaptação decorre da interacção e influências mútuas entre a pessoa e o ambiente.

Não obstante a organização em categorias de classificação distintas, os diferentes modelos apresentam, segundo Livneh e Parker (2005), ainda assim, características em comum: reconhecimento de que a adaptação é um processo dinâmico e organizado no tempo, influenciado por variáveis intrínsecas e extrínsecas à pessoa e cujo resultado final aponta para o “crescimento pessoal e adaptação funcional” (p. 18).

3.2.1. Modelos de Estádios ou Fases

Em termos históricos, os modelos que explicam a adaptação à deficiência e incapacidade pela sequência de estádios ou fases são dos primeiros a surgir na literatura sobre o tema (Cohn-Kerr, 1961; Fink, 1967; Shontz, 1965, citados por Livneh & Parker, 2005), ainda que alguns modelos classificados como interactivos lhe sejam contemporâneos e de que é exemplo a teoria de aceitação da perda de Dembo e colaboradores, datada de 1956.

De entre os modelos lineares, iniciaremos a nossa revisão sobre os distintos modelos de adaptação à deficiência e incapacidade pelos que explicam este processo pela sua organização em estádios ou fases sequenciais.

Falek e Britton (1974) desenham o processo de adaptação como composto por quatro padrões de *coping* – negação, ansiedade, revolta e depressão – cuja implementação concorre para a homeostase psicológica em resposta a alterações (como o trauma físico ou doenças terminais) que provoquem desequilíbrios. A sequência de adopção das estratégias de *coping* é entendida, pelos autores, como universal, equacionando-se a possibilidade de a sua base ser

mesmo genética. Para a mudança comportamental e psicológica, a estratégia de *negação* parece ser pouco ou nada contributiva, sendo as primeiras modificações, na pessoa, operadas por recurso à fase de *ansiedade* em que a informação é processada do ponto de vista cognitivo com vista à obtenção de um novo equilíbrio. A terceira fase do processo – *revolta* – está profundamente ligada à fase anterior e emerge quando falham os esforços de procura de equilíbrio desencadeados pela ansiedade. A frustração que resulta deste reconhecimento conduz, por um lado à fase seguinte de *depressão* e, por outro, à reorganização de esforços cognitivos e emocionais com vista, uma vez, à procura do reequilíbrio individual.

M. E. Dunn (1975) propõe, igualmente uma sequência de “estádios de ajustamento emocional” (p. 165), particularizando a sua análise na população com lesão vertebro-medular. Ainda que propondo a existência de uma sequência de fases – fase aguda ou choque; luto; negação e depressão, este autor e contrariamente a Falek e Britton, afirma a sua progressão como variável, permitido a alternância entre fases e o retrocesso a fases anteriores. Este autor acrescenta, ainda, que, não obstante, a progressão sequencial definida, a pessoa detém controlo activo sobre este processo, não se limitando a assimilar as mudanças impostas, mas acomodando-as gradualmente. A fase inicial ou *estado agudo de choque* tem, habitualmente, uma grande proximidade temporal com a emergência da deficiência e incapacidade, sendo observáveis sentimentos de confusão, desorientação e descrença e preocupações quanto ao seu funcionamento físico e mental. O *luto* emerge, segundo M. E. Dunn, quando a pessoa adquire consciência das consequências da sua incapacidade, manifestando reacções de isolamento e fuga ou escape. A *negação*, entendida como uma estratégia de ajustamento não adaptativa, operacionaliza-se em reacções de negociação, fantasia ou no desenvolvimento de expectativas irrealistas que, em suma, correspondem a formas de minimizar a realidade dolorosa. A *depressão* é, de acordo com o autor, tipicamente encontrada à medida que a pessoa se afasta dos ambientes clínicos ou de reabilitação e se aproxima dos seus ambientes naturais, em geral

menos adaptados à deficiência e em que o confronto com a incapacidade e as limitações pode conduzir a uma maior frustração. Nesta fase depressiva, a pessoa mostra-se menos activa, emergindo sentimentos de frustração e de desânimo. Existem algumas semelhanças em relação à fase de luto, porém a pessoa já manifesta um menor isolamento e os seus sentimentos são relativos à tristeza, perda de objectivos, inutilidade e desamparo.

Os modelos sequenciais de estádios ou fases, ainda que provavelmente enquadráveis numa época de investigação, apresentam diversas fragilidades, de entre as quais destacaríamos, em primeiro lugar, a falta de evidência para a existência de uma progressão fixa e obrigatória entre estádios ou fases, tal como poderemos constatar mais à frente, nesta secção, com os estudos desenvolvidos por Livneh e Antonak (1991). Ainda que alguns destes modelos prevejam a regressão a estádios ou fases anteriores, a sequência apontada é universal, ou no extremo genética (Falek & Britton, 1974), determinando que todas as pessoas vivenciem as mesmas experiências psicológicas ou fases.

A omissão da influência de “factores interpessoais e transpessoais” (p. 18) na dinâmica interna de adaptação psicológica à deficiência e incapacidade é uma crítica apontada por Livneh e Parker (2005) a este tipo de modelos. Acrescentaríamos, como igualmente omissa, a referência ao papel exercido pelo ambiente em que a pessoa com deficiência e incapacidade se move nos seus diversos domínios de vida. Porém, Shontz (1965, citado por Livneh & Parker, 2005) apontado como defendendo uma organização por estádios ou fases, vem, mais tarde (1977) reconhecer a importância do ambiente na adaptação à deficiência e incapacidade.

Estes modelos iniciais, apesar da sua menor complexidade e lacunas apontadas, estiveram na base da construção de alguns dos modelos (ex. Livneh, 1991) lineares e que passamos a detalhar em seguida.

3.2.2. Modelos Lineares

Um dos modelos de compreensão da adaptação à deficiência e incapacidade, identificado como integrando os designados modelos lineares, e eventualmente um dos mais referenciados na literatura, corresponde ao modelo criado por Livneh (1991). Segundo este autor, existem diversos pressupostos básicos que nos permitem compreender o conceito de adaptação à deficiência física ou neuromusculoesquelética ou à doença crónica. A adaptação corresponde a todo um processo, desenvolvido pelo sujeito, por forma a atingir um resultado final positivo de ajustamento, ou seja, o alcançar de um novo equilíbrio psicológico. Sendo o processo de adaptação dinâmico e sequencial, prevê igualmente regressões, pelo que não podemos afirmar que atingido o referido estágio final, a pessoa se encontre definitivamente adaptada à sua deficiência e incapacidade.

Livneh (1991) propõe um modelo unificador de compreensão do processo de adaptação à deficiência física, baseado numa revisão efectuada sobre mais de 40 modelos distintos propostos na literatura. O modelo apresentado, organizado em diversas fases sequenciais, pretende-se dinâmico e evolutivo, ainda que considere igualmente processos de regressão e a existência concomitante de mecanismos característicos de diferentes momentos. Para além da definição das diferentes fases e subfases, o autor propõe ainda, e para cada fase, correlatos emocionais, cognitivos e comportamentais, fazendo igualmente referência aos mecanismos de defesa e estratégias de *coping* característicos e genericamente activos em cada uma.

O processo inicia-se com a designada fase de *impacto inicial* e corresponde às primeiras reacções da pessoa ao súbito aparecimento de uma doença ou lesão incapacitantes. O impacto inicial subdivide-se, por sua vez, em dois momentos: *choque* e *ansiedade*. O choque ilustra a reacção face à recepção de informação sobre a condição individual. É-se neste momento incapaz de usar qualquer tipo de mecanismo de defesa, pois estes ainda não se encontram

mobilizados, por não ter havido assimilação afectiva ou cognitiva do impacto. A pessoa caracteriza-se, emocionalmente, por um sentimento de vazio, confusão, torpor e desinteresse. No plano cognitivo, o pensamento encontra-se lentificado, desorganizado e desorientado e existe uma sensação de perda da realidade e de alienação face a si próprio. Comportamentalmente a pessoa apresenta-se imobilizada e apática. O mutismo acompanha muitas vezes este quadro e há completa ausência de expressão facial.

A ansiedade, segunda subfase do impacto inicial, é relativa ao momento em que a pessoa começa a interiorizar as sensações dolorosas associadas ao evento incapacitante, ainda sem recurso a quaisquer mecanismos de defesa. A ansiedade e o pânico caracterizam este momento emocionalmente. O pensamento permanece confuso e desorganizado e a pessoa revela-se incapaz de planear ou mesmo integrar a informação em seu redor. A pessoa está fisicamente muito activa, mas as suas acções carecem de objectivo, mostra-se habitualmente irritada e, por vezes, pode apresentar queixas psicossomáticas.

A próxima fase do processo de adaptação corresponde à *mobilização da defesa*, correspondendo ao empreender das primeiras reacções de confronto face ao impacto inicial. A mobilização da defesa integra dois momentos coexistentes: a *negociação* e a *negação*. A negociação operacionaliza-se, comumente, na argumentação entre a pessoa e uma entidade divina com vista à reversão da incapacidade e, ainda, comportamentalmente, na procura de múltiplas opiniões clínicas. A negação encerra igualmente a expectativa da cura, ainda que a pessoa não negocie activamente, afastando-se dos indicadores concretos e objectivos da incapacidade, procurando rejeitar a realidade que lhe é inaceitável. A defesa organiza-se, neste momento, em torno de negação e do isolamento. Afectivamente a pessoa mostra-se esperançada e optimista, mascarando eventualmente alguma ansiedade vivenciada. Do ponto de vista cognitivo, a pessoa procura ignorar ou rejeitar toda a informação que lhe possa recordar a sua condição actual, manifestando alguma rigidez de pensamento neste sentido.

Múltiplos comportamentos são indicadores de negação e negociação: consultas com diversos peritos, contratos com entidades divinas, formulação de objectivos pouco realistas face à actual condição, recusa no planeamento de objectivos e acções a médio e longo prazo, resistência a terapias, recusa em efectuar ou permitir modificações ambientais no domicílio face à expectativa de cura ou remissão de sintomas, recusa em alterar hábitos pessoais, entre outros.

Livneh designa a terceira fase deste processo de *compreensão inicial*, correspondendo ao processamento de informação acerca da actual condição, subdividindo-se em dois momentos passíveis de distinção: o *luto* ou *depressão* e a *ira dirigida ao próprio*. A pessoa evita os contactos interpessoais, isola-se e reflecte acerca da sua incapacidade. Afectivamente são manifestos os sinais de depressão como a tristeza, a desvalorização, o desespero, o desamparo e outros. Estes sentimentos acompanham a conscienciosidade sobre a incapacidade e o reconhecimento da sua extensão e limitações dela decorrentes. A pessoa revela-se inactiva e sem interesse. Surgem, nesta fase, igualmente, momentos de revolta dirigidos ao próprio, manifestos em autculpabilização associada, ou não, ao surgimento da incapacidade, sobretudo em casos em que esta é vista como uma punição ou consequência de algo desencadeado pelo próprio como poderá ser o exemplo dos acidentes de viação ou trabalho. Em situações reconhecidas como crónicas, pela pessoa, poderão emergir comportamentos de auto-agressão e ideação suicidária.

A *retaliação ou revolta*, considerada por este autor como o momento seguinte no desenvolvimento do processo, manifesta-se pela hostilidade e agressividade face à diferença, dependência e fragilidade experimentadas e é dirigida, externamente, a pessoas, objectos e ambientes percebidos como relacionados com essa mesma diferença, ou a obstáculos com que a pessoa se confronta (Livneh & Antonak, 1997). A pessoa pode evidenciar alguma rigidez de pensamento e sobretudo manifestar desconfiança e revolta face à competência clínica dos diversos profissionais envolvidos, culpabilizando-os, ou não, pela sua actual condição. A

revolta pode ser evidenciada mais activamente através do confronto e crítica aos outros ou mais passivamente através da obstrução ou não adesão ao processo de reabilitação ou outras solicitações.

A *adaptação* à incapacidade, de acordo com Livneh (1991), conclui-se com a fase de reintegração ou reorganização, a qual se decompõe em duas etapas distintas: *reconhecimento ou reconciliação* e *aceitação ou ajustamento final*.

Na fase de reconhecimento a pessoa admite a existência das características e implicações da incapacidade, podendo eventualmente modificar o modo como se percepçiona e reformular o seu autoconceito. Esta fase faz-se acompanhar de alguma ansiedade e apreensão decorrentes da definição de novos objectivos e projectos de vida e da adopção de novos valores, em substituição dos que não se mostram eficazes ou adequados face à nova condição e funcionalidade, criando-se assim um novo equilíbrio pessoal. Em suma, a pessoa começa activamente a construir as condições necessárias para viver com uma funcionalidade diferente, em todos os seus contextos e domínios de vida, incluindo o do lidar com a incapacidade com sucesso.

A aceitação e o ajustamento final correspondem à assimilação emocional da incapacidade e à adaptação, comportamental e social da sua vida por forma a integrar a incapacidade e a deficiência. O atingir desta fase é considerado por Livneh como o estágio final do processo de confronto com a deficiência e incapacidade. Um processo bem sucedido implicará que esta meta seja atingida, culminando na inserção “comportamental, social e profissional” (p. 128). As pessoas que atingem esta fase de desenvolvimento face à deficiência, incapacidade ou doença crónica estão satisfeitas e confiantes face às suas aquisições e futuro, tendo recuperado a auto-estima eventualmente diminuída ou afectada em fases iniciais. O autor refere a emergência de uma nova identidade em que a pessoa integra as suas limitações, mas igualmente o seu potencial remanescente ou recém-descoberto. A pessoa reordena os seus

valores e prioridades, o que lhe permite construir novos projectos adequados à sua nova condição e dos quais retira satisfação e realização. Comportamentalmente e considerando as restrições existentes, analisa os seus ambientes, procurando e construindo as soluções que favorecem a sua autonomia e independência, assumindo eventualmente novos papéis ou reformulando anteriores e recuperando a sua participação e papéis sociais.

Em paralelo com a proposta de modelo de compreensão da adaptação à deficiência, é desenvolvido, em 1991, por Livneh e Antonak, um instrumento de avaliação deste mesmo processo - RIDI: *Reactions to Impairment and Disability Inventory*. O RIDI é composto por 60 itens, organizados em 8 subescalas correspondentes ao mesmo número de fases ou reacções, já explanadas, sendo cada subescala responsável pela avaliação de uma fase. O objectivo deste instrumento não é obter um resultado global sobre o nível de adaptação manifestado pelo sujeito com deficiência e incapacidade, como acontece na *Acceptance Disability Scale* (ADS; Linkowski, 1971) ou na Escala de Adaptação à Deficiência-Revista (EAD-R; Grooms & Linkowski, 2007), e como se pretende no presente estudo, mas sim conhecer o posicionamento do sujeito face a cada uma das reacções que representam o processo global de adaptação. Neste sentido, são obtidos oito resultados distintos, relativos a cada uma das subescalas, permitindo caracterizar o sujeito quanto às reacções de adaptação que vive num momento particular.

A par da apresentação de um modelo de compreensão da adaptação à deficiência e incapacidade (Livneh, 1991), Livneh e Antonak (1991), ao estudarem a estrutura temporal deste processo, afirmam a existência de uma bipolaridade que o caracteriza: um pólo não adaptativo e outro adaptativo, integrando a primeira categoria as fases de choque, ansiedade, negação, depressão, ira interiorizada e hostilidade exteriorizada e estando contidas na segunda categoria as fases de reconhecimento e ajustamento.

Pese embora a estrutura sequencial proposta (Livneh, 1991), para a adaptação à deficiência e à incapacidade, esta poderá não seguir necessariamente o trajecto inicialmente

apontado pelo autor. Assim, Livneh e Antonak (1991) analisaram, com uma amostra composta por 214 pessoas com deficiência e incapacidade (sujeitos evidenciando como principais deficiências físicas lesões vertebro-medulares, acidentes vasculares cerebrais, esclerose múltipla, enfarte de miocárdio e amputações, dos quais 57% encontravam-se institucionalizados), o percurso desenvolvido no sentido do ajustamento à nova condição de deficiência e incapacidade. Para tal, foi estudada a correlação entre as dimensões de cronicidade da deficiência e incapacidade e as reacções evidenciadas pelos sujeitos e avaliadas pelo RIDI. Foi verificado um ordenamento de fases no percurso de adaptação diverso do esperado, ainda que mantendo a bipolaridade, inicialmente proposta, entre um pólo adaptativo e um não-adaptativo: depressão, ira interiorizada, choque, ansiedade, ira exteriorizada, negação, reconhecimento e ajustamento. Neste sentido e ainda que tenham sido encontradas correlações moderadas, foi verificada uma relação inversa entre cronicidade da deficiência e incapacidade e as fases iniciais do processo de adaptação e uma relação positiva com as fases posteriores do processo. Ou seja, sujeitos com deficiência e incapacidade adquiridas há mais tempo situavam-se em fases mais adaptativas do processo, próximas do ajustamento final. Pelo contrário, sujeitos com deficiência e incapacidade mais recentes tendiam a situar-se, mais tipicamente, em fases iniciais do processo de adaptação. A justificação para a disparidade dos resultados face à sequência prevista é afirmada como sustentada nas fragilidades psicométricas do instrumento (RIDI), relativas à reduzida homogeneidade das subescalas a que correspondem os diversos tipos de reacção e na falta de controlo sobre os níveis de severidade das incapacidades. Em particular, a aproximação da subfase de negação ao pólo positivo é igualmente menos esperada, desencadeando investigação adicional.

Ao analisarem a estrutura factorial da adaptação à deficiência, Livneh, Martz e Bodner (2006) e considerando os resultados obtidos aquando da investigação da estrutura temporal deste mesmo processo, investigaram três possibilidades distintas: a existência de um modelo de

um factor global com dois pólos de uma mesma dimensão, um positivo e outro negativo; a existência de dois factores representando a dimensão adaptativa e a não adaptativa e, finalmente, a existência de relação entre o modelo de dois factores e uma terceira dimensão referente à negação. A investigação foi sustentada numa amostra com 313 pessoas com lesão vertebro-medular e recorreu ao RIDI e ao *Purdue Posttraumatic Stress Disorder-Revised*, desenvolvido por Lauterbach e Vrana, em 1996 (citados por Livneh et al., 2006). Os resultados obtidos apontam no sentido da não confirmação da hipótese unifactorial e da confirmação das duas restantes. Assim sendo, é afirmado que a adaptação à deficiência e incapacidade não se explica com base num único factor representativo do sucesso ou insucesso em empreender este processo. Antes pelo contrário, a adaptação parece ser explicada por três factores, sendo os dois primeiros claramente evidentes e necessitando o terceiro de maior clarificação conceptual: funcionamento positivo ou adaptativo, funcionamento negativo ou não adaptativo e um terceiro factor que sugere manifestações de negação, evitamento, refutação da própria deficiência e incapacidade, inversão da imagem mental da deficiência e incapacidade e orientação para um futuro sem deficiência e incapacidade. É assim sugerido o desenvolvimento de investigação mais aprofundada em torno deste terceiro factor – a negação, o que vem a ser consumado posteriormente (Livneh, 2009a, 2009b; Livneh & Antonak, 1997), como teremos oportunidade de explanar detalhadamente ainda neste capítulo, aquando da revisão e análise da literatura sobre a relação da negação com o processo de adaptação à deficiência e incapacidade. Livneh (2009a, 2009b) vem a reconhecer, na negação, uma dupla função – adaptativa e não adaptativa – em função do tempo de confronto e vivência com a condição de deficiência e incapacidade.

De acordo com a estrutura temporal verificada na investigação acima referida e com a proposta no seu modelo, Livneh e Antonak (1991) reforçam a noção de que a pessoa com deficiência e incapacidade pode regredir a fases consideradas anteriores no processo de adaptação ou mesmo não cumprir a passagem por todas elas ou, ainda, permanecer fixada em

alguma por longos períodos, muitas das vezes em função de alterações de vida ou da condição de deficiência e incapacidade. Neste sentido, os autores sublinham a variabilidade individual, intrínseca do ser humano, igualmente afirmada por autores como Williamson (1998). Afirmam, também, que a par desta unicidade de cada pessoa, outros factores como a severidade e carácter crónico da incapacidade, a forma de aquisição da deficiência e incapacidade e outras condições sociais e ambientais podem interferir no processo de adaptação.

Em complemento ao modelo de adaptação proposto e já desenvolvido, Livneh (2001) avança ainda com a proposta de que o quadro conceptual de análise e compreensão da adaptação à deficiência, incapacidade ou doença crónica, considere igualmente os seus factores antecedentes ou desencadeantes e os resultados psicossociais desta mesma adaptação. Os antecedentes correspondem às causas na origem da deficiência e incapacidade ou factores directa ou indirectamente associados ao seu início, mas também às variáveis do contexto associadas à sua ocorrência, sejam elas de natureza psicossocial, biológicas ou ambientais. Os resultados psicossociais que, de acordo com este autor, estão basicamente relacionados com o nível de qualidade de vida global experienciado pelos sujeitos que adquiriram uma deficiência, podem agrupar-se em três tipologias distintas relativas aos funcionamentos intrapessoal, interpessoal e extrapessoal. Enquanto as duas categorias iniciais têm o seu fundamento no bem-estar individual e no exercício de papéis sociais, a última decorre das acções desenvolvidas na comunidade e que a OMS (DGS, 2003) designa como *áreas principais de vida e vida comunitária e cívica*, em que se inserem as actividades recreativas, domésticas, escolares ou as profissionais, estas últimas com especial interesse face ao objecto do presente estudo. Os indicadores de resultados no domínio profissional, pela sua importância para a independência do sujeito, são, muitas das vezes, igualmente considerados indicadores de um processo de adaptação bem sucedido e operacionalizado na obtenção ou manutenção de um emprego ou no desenvolvimento de comportamentos conducentes à obtenção do mesmo ou outras formas de

inserção. Este tema será retomado aquando da revisão e análise de literatura sobre a adaptação e o emprego, neste capítulo.

Em conclusão, Livneh (2001) propõe uma estrutura temporal e dinâmica, na sua opinião comum a muitos outros modelos, para compreensão do processo de adaptação à deficiência, incapacidade e doença crónica. É, no entanto, reconhecido, pelo autor, que embora muito do processo de adaptação se faça internamente, com recurso às características e competências dos sujeitos, o mesmo não deixa de ser mediado e influenciado por factores ambientais presentes nos contextos de vida da pessoa. Os factores ou variáveis intrapessoais correspondem às dimensões relacionadas com a deficiência, associadas à personalidade ou sociodemográficas. Por factores ambientais, contextuais ou situacionais entende-se o conjunto de variáveis relacionadas com os sistemas de suporte social, de suporte económico e institucional, estruturas e ambiente físicos, atitudes e stresse vivenciado (Livneh & Antonak, 1997). A integração de factores ambientais no modelo de compreensão da adaptação à deficiência e incapacidade aproxima o modelo proposto dos designados modelos interaccionistas, diminuindo o peso da classificação dominante de linearidade.

Não obstante a evolução verificada no modelo inicial de Livneh (1991), são diversas as críticas verificadas na literatura, prendendo-se, essencialmente, com a sua organização em fases e a concomitante desvalorização da variabilidade individual da resposta de cada pessoa.

Os defensores dos designados modelos pendulares ou recorrentes, que abordaremos mais à frente, têm-se mostrado particularmente críticos face aos modelos lineares. Kendall e Buys (1998) consideram que um modelo linear não permite explicar nem a complexidade do processo, que entendem como sendo melhor compreendida com a introdução de um quadro de recorrência, nem compreender a variabilidade e individualidade das pessoas com deficiência e incapacidade. Este último facto não apenas é reconhecido por Livneh e Antonak (1991), como a sua influência é claramente explicitada, como oportunamente clarificamos.

Kendall e Buys alertam ainda para o efeito nocivo que a normalização do comportamento e emoções, face à deficiência e incapacidade, poderá ter em contexto de reabilitação. O desenvolvimento não harmonioso, face às etapas previstas, poderá conduzir à categorização dos sujeitos como afastados da norma ou levar a que os técnicos estimulem, inadvertidamente, o aparecimento de determinadas etapas (ex. negação), por crerem que elas são esperáveis em todos os sujeitos. Como já analisado, a evolução do modelo inicial de Livneh veio dar resposta a algumas das críticas apontadas, mas não resolveu o seu determinismo de fases, ainda que reconhecendo a possibilidade de regressão e de nem todas as pessoas atingirem o ajustamento idealizado. Esta visão é igualmente defendida por Galvin e Godfrey (2001) que afirmam a sua discordância face à existência de estádios universais de adaptação conducentes ao estágio final de ajustamento à deficiência e incapacidade, pois estes excluem o reconhecimento da diversidade e variabilidade humana e a influência de respostas de avaliação e *coping*. Alguma literatura (Glass, 1994, citado por Kendall & Buys, 1998) aponta para o facto de “muitas pessoas com deficiência e incapacidade afirmarem acreditar que nunca se “ajustarão” à sua deficiência, pois tal implica aceitar algo que é inaceitável” (p. 17). Ainda que os defensores de modelos lineares admitam a hipótese de que nem todas as pessoas acedam a este estágio, ele é por excelência, o pleno do pólo adaptativo (Livneh et al., 2006).

Neste sentido, acrescentaríamos, como crítica ao modelo em discussão, a tendência para um determinismo da aceitação da deficiência e incapacidade, operacionalizada na fase de reconhecimento, mas sobretudo na de ajustamento. Ou seja, apenas os sujeitos que vivenciam estas fases se encontram adaptados e este é um objectivo para onde todos tendem a orientar-se. Esta afirmação ilustra a adaptação mais como um resultado e não tanto um processo como defendido pelo modelo. Os restantes sujeitos são categorizados em fases não adaptativas, como se os momentos iniciais ou verificados ao longo do processo não correspondessem igualmente a esforços e movimentos no sentido de uma adaptação individual, ou seja, integrando e

concorrendo para o processo. É assim questionável a adjectivação das diversas fases como adaptativas ou não adaptativas. Se a totalidade do processo corresponde à adaptação, as fases adjectivadas como não adaptativas, integram-no, logo concorrem para a adaptação e não deveriam ser lidas como antagónicas, mas sim como entidades precursoras de uma vivência de ajustamento. A evidência empírica recolhida corrobora, de algum modo, as críticas aqui apontadas, na medida em que nem sempre foi possível demonstrar que todas as fases “não-adaptativas” se encontravam relacionadas com indicadores de sofrimento psicológico como a ansiedade, depressão ou insatisfação com a vida (Livneh & Wilson, 2003) ou a não-aceitação da doença (Treharne, Lyons, Booth, Mason, & Kitas, 2003). Eventualmente, a fase geradora de menor consistência é a negação, tal como teremos oportunidade de aprofundar, na secção seguinte.

Uma outra lacuna apontada (Bishop, 2005a), ao modelo desenvolvido e melhorado por Livneh e Antonak (1997), é relativa à incapacidade de identificar os factores motivacionais na base dos movimentos dinamizados para atingir a adaptação, ainda que esta crítica deva ser relativizada dada a afirmação dos autores de que a adaptação é determinada também internamente, por factores que, efectivamente, não vêm a especificar.

Os defensores da teoria da catástrofe e do caos, cujo desenvolvimento faremos mais à frente, têm-se mostrado, genericamente, críticos relativamente aos modelos lineares: Parker, Schaller e Hansmann (2003) sublinham a falta de evidência para a ocorrência das fases ou estádios, descritos em alguns dos modelos e nomeadamente no modelo proposto por Livneh, no processo de adaptação à deficiência e incapacidade.

Não obstante o modelo de Livneh ser um dos mais referenciados na literatura, outros modelos lineares foram desenvolvidos. Igualmente prevendo uma organização por estádios para o processo de adaptação à deficiência e incapacidade física, Salick e Auerbach (2006)

propõem aquilo que designam de modelo de estádios de trauma e recuperação, assente no reconhecimento de que a deficiência e incapacidade adquirida se constituem como um evento traumático gerador de stresse. Junto de um grupo de 10 pessoas com deficiências visíveis – esclerose múltipla, amputação, deficiência visual e lesão vertebro-medular – desenvolveram um estudo qualitativo com base na técnica de entrevista. Os resultados sinalizam a emergência de cinco categorias temáticas ou constructos que, de acordo com os autores, se organizam em fases sequenciais, constituindo um caminho da “devastação à integração” (p. 1025): apreensão; diagnóstico e devastação; escolher prosseguir; construir uma forma de vida; e integração do trauma e expansão do eu. Cada uma destas fases ou constructos foi ainda analisada considerando três dimensões distintas: o eu, a relação social e o significado. Assente na ideia de que existe um crescimento decorrente da experiência de deficiência e incapacidade, os autores defendem que é possível encontrar benefícios e custos nesta mesma vivência. Passaremos a descrever, com maior detalhe cada uma das fases enumeradas.

O primeiro constructo teórico, a apreensão, situa-se na fase anterior ao diagnóstico. Os sujeitos referem a sensação de algo não estar bem com o seu corpo, o que interfere com o seu desempenho social e conduz ao constrangimento e preocupação com o seu comportamento. O conhecimento do diagnóstico é percebido como um alívio, sem que, muitas das vezes, haja capacidade para assimilá-lo do ponto de vista psicológico.

O diagnóstico e devastação, assinalado como o segundo constructo emergente, corresponde à real clarificação e compreensão do diagnóstico e das limitações corporais, acompanhadas dos primeiros impactos psicológicos. O choque com a perda corporal, acentuado pela eventual visibilidade da incapacidade e pela limitação de controlo corporal, emerge. A perda do eu físico torna a incapacidade inegável para os próprios sujeitos, gerando intensos sentimentos de dor psíquica, depressão e desamparo, característicos de um período de

devastação e de mudança de vida. Os sujeitos tendem a isolar-se socialmente, quer pela auto-imagem construída, quer por receios face à reacção dos outros.

A terceira fase – escolher prosseguir – relaciona-se com o encontrar de forças internas que permitam, ao sujeito, avançar, recuperar o controlo sobre a sua vida, não a desperdiçando. Para tal, torna-se fundamental a elaboração de um plano de vida, em que o sujeito é o principal agente activo. Esta mudança determina a passagem de uma postura passiva para uma activa, ainda que, pontualmente, seja solicitado apoio a outros, entendidos como recursos e não como substitutos da pessoa. Este estágio determina também o encontrar de novas formas de agir e lidar com as limitações físicas e o redireccionar do pensamento para o que se consegue fazer e não para as limitações. Ou seja, implica ver capacidade na incapacidade.

A construção de uma nova forma de vida, a quarta fase proposta pelos autores, passa pelo recurso a estratégias de *coping* que permitem ao sujeito reorganizar e retomar a sua vida. A definição de formas alternativas de expressão física permite a recuperação do sentimento de capacidade e poder físicos, importantes na reconstrução da identidade pós deficiência e incapacidade. Nesta fase ocorre a reavaliação dos sistemas de suporte existentes, bem como a procura de novos, quer sobre a forma de apoio dado por pares com condição similar, quer por peritos. A procura de um significado pessoal na deficiência e incapacidade emerge e interfere, positivamente, na reorganização e definição de objectivos para a vida futura. Os sujeitos, neste estágio, parecem igualmente recuperar a esperança. O recurso ao humor, muitas das vezes enquanto estratégia para lidar com situações intoleráveis, parece exercer um papel determinante no ajustamento à nova condição.

Finalmente, a fase de integração do trauma e expansão do eu corresponde à integração dos elementos de vida pré e pós incapacidade. Ocorre a reformulação da vida e a formulação de um novo compromisso e objectivos face a uma vida que se valoriza. Esta revalorização da vida, e do que nela é determinante e importante, poderá conduzir ao sentimento de que, enquanto

cidadão, há um retorno e contributo a dar aos outros e à comunidade em áreas, muitas das vezes, relacionadas com a incapacidade que se possui. Os sujeitos evidenciam, habitualmente, uma maior empatia com os outros. Esta última fase compreende aspectos positivos e negativos da deficiência e incapacidade, numa integração equilibrada. À semelhança do reconhecido noutros modelos, também aqui é afirmada a não linearidade das fases, podendo ocorrer retrocessos a fases anteriores no processo de adaptação.

O modelo de estádios de trauma e recuperação (Salick & Auerbach, 2006), por ser assente em investigação desenvolvida com uma amostra de dimensão muito reduzida, com sujeitos que embora partilhassem a característica de visibilidade da deficiência, apresentavam deficiências ou incapacidades muito díspares, deve ser analisado com reserva, carecendo de maior validação empírica que, tanto quanto seja do nosso conhecimento, não foi desenvolvida.

3.2.3. Modelos Pendulares ou Recorrentes

Na linha de continuidade de modelos de compreensão não lineares, Yoshida (1993) propõe que a análise do ajustamento à deficiência e dos processos dele resultantes se faça com recurso à metáfora de um pêndulo. Sustentada numa investigação desenvolvida com 35 pessoas com paraplegia resultante de lesão vertebro-medular, a autora demonstrou que o processo de reconstrução da identidade pós incapacidade é um sistema dinâmico com origem nas constantes oscilações entre a fase pré e pós incapacidade. A autora isolou cinco perspectivas ou visões sobre a identidade em resultado dos principais movimentos pendulares observados nos sujeitos desta amostra e que correspondem aos seguintes: “1) eu anterior; 2) identidade sobre normal; 3) identidade incapacitada como eu total; 4) identidade incapacitada como um aspecto

do eu total e 5) eu intermédio” (p. 217). Considerando serem estes os resultados do processo de adaptação à deficiência e incapacidade, Yoshida afirma a existência de igual número de processos ou experiências que podem afectar as visões ou perspectivas identitárias acima referidas. Estes processos correspondem às vivências de perda, suporte, integração, continuidade e desenvolvimento do eu e, à semelhança dos resultados, são descritos em maior detalhe seguidamente.

A reconstrução de uma nova identidade individual integradora da incapacidade desenvolve-se através do que a autora apelidou de um movimento pendular e que corresponde às diversas tentativas efectuadas pelas pessoas com deficiência e incapacidade de reformulação da identidade anterior por forma a assimilar os novos acontecimentos ocorridos na sua vida. Contrariamente a um movimento oscilante entre opostos (identidade prévia e posterior à incapacidade), Yoshida aponta a existência de frequentes sobreposições entre factores e aspectos característicos de ambas as fases, descrevendo o processo não como localizado num momento único, mas decorrendo ao longo de extensos períodos de tempo.

Considerando as cinco visões ou perspectivas sobre a própria identidade, e em particular o *eu anterior*, Yoshida integra sob esta designação o que considera serem os aspectos, centrais e secundários, que caracterizam a pessoa previamente à situação de incapacidade e que irão ser a base da construção de uma nova identidade. A *identidade incapacitada como eu total* corresponde a um resultado negativo no processo de adaptação, sendo frequentemente acompanhada de sentimentos de raiva ou agressividade, mais ou menos constantes, e de comportamentos de passividade face a uma assistência que lhes consideram ser integralmente devida. Contrariamente à passividade do tipo de identidade anterior, a *identidade sobre normal* caracteriza-se por uma procura constante de realização de actividades autonomamente, sem o suporte de terceiros e em que são despendidos importantes recursos individuais. Estas acções correspondem normalmente a tentativas de trazer valorização à vida

individual, rejeitando ou substituindo os aspectos negativos que ela contém. A *identidade incapacitante como um aspecto do eu total* representa-se pela integração dos aspectos ligados à incapacidade nos restantes que a pessoa já havia assimilado na sua identidade. Finalmente, o *eu intermédio* corresponde graficamente ao ponto médio alcançado pelo pêndulo nos seus consecutivos avanços e recuos entre identidade incapacitada e não incapacitada. Este resultado é relativo à integração harmoniosa entre ambas as identidades, pré e pós incapacidade, e é, tipicamente, acompanhado do reconhecimento e da aceitação da incapacidade como definitiva; da conscienciosidade das causas da incapacidade e da consciência de pertença a um colectivo de pessoas com restrições similares, grupo para o desenvolvimento do qual poderá contribuir activamente. O equilíbrio entre a identidade incapacitada e a não incapacitada poderá nem sempre ser harmonioso ou igualitário, havendo situações em que uma ou outra poderão ter um peso mais acentuado, ainda que ambas sejam consideradas. A experimentação de todas as fases não assume, neste modelo, um carácter obrigatório ou necessário, sendo que diferentes sujeitos podem não vivenciar a totalidade das identidades propostas. Do mesmo modo, a vivência de uma identidade do tipo eu intermédio, não determina a inexistência das restantes, pressupondo o modelo a existência de novos movimentos face a novas e diversas reflexões e acções dos sujeitos, o que inviabiliza a concepção de um momento de adaptação único. O percurso pendular admite, ainda, a variabilidade individual de respostas, condicionadas por factores de ordem temporal e situacional, assumindo-se este trajecto como resultante de elementos de ordem interna ou pessoais e externa ou ambientais.

Yoshida verificou, na amostra estudada, a emergência dos cinco processos ou experiências já mencionados anteriormente, com base nos seus relatos acerca do “modo como haviam reconstruído a sua vida” (p. 240), nos seus diversos domínios, após a lesão vertebro-medular. A autora não propõe a existência de uma relação causal entre estes e as visões sobre as identidades acima descritas, mas somente uma influência sobre a forma com a identidade se

vai reconstruindo e moldando ao longo do processo de adaptação à incapacidade ou deficiência.

O primeiro processo proposto – *perda* – refere-se à perda dos elementos, centrais e periféricos, presentes na identidade pré-incapacidade e ocorre com maior intensidade na emergência da incapacidade, quando as limitações funcionais e de actividade são mais acentuadas e com menor intensidade, posteriormente, nos diversos confrontos com situações de vida. O segundo processo refere-se à disponibilização de *suporte*, nomeadamente por parte de pessoas íntimas e outros significativos. A *integração*, o terceiro processo descrito por Yoshida e tipicamente observado nos momentos de alta clínica ou de reabilitação, corresponde, por um lado, à tentativa de recuperação de elementos da identidade pré-incapacidade perdidos e por outro, às acções iniciais do processo de integração da nova identidade. A experiência de *continuidade* corresponde à integração activa dos elementos da identidade pré-incapacidade, valorizados pela pessoa, na nova identidade em construção. Finalmente, o processo ou experiência de *desenvolvimento* sinaliza a maturação da identidade global através de um equilíbrio entre identidades pré e pós incapacidade e o seu confronto com as situações de vida diária.

De entre os vários movimentos pendulares observados nos sujeitos da amostra estudada por Yoshida, um dos momentos assinalado como fulcral corresponde à tomada de decisão de prosseguir com a sua própria vida. Como abordado anteriormente, este marco é igualmente destacado como muito relevante por Salick e Auerbach (2006).

É possível salientar alguns pontos de contacto entre o presente modelo, desenvolvido por Yoshida e o modelo originalmente proposto por Livneh (1991) e seus respectivos desenvolvimentos (Livneh, 1997, 2009a, 2009b; Livneh et al., 2001; Livneh et al., 2006; Livneh & Wilson, 2003): em ambos os modelos são definidas trajectórias passíveis de avanços e retrocessos em processos de adaptação que se entendem dinâmicos; os cinco processos

propostos por Yoshida comungam de conteúdos igualmente defendidos por Livneh nas fases propostas e que podemos ilustrar, a título de exemplo, pela proximidade entre o processo de perda e a fase de depressão ou luto. Do mesmo modo, quer Yoshida, quer Livneh reconhecem a sobreposição existente entre fases e processos distintos.

O modelo apresentado por Yoshida assenta, em certa medida, na convergência para uma perspectiva de identidade de *eu intermédio* que aponta, ainda, para algum determinismo da aceitação da deficiência e incapacidade. Porém, e de modo mais marcado do que na proposta de Livneh, assume que a vivência do *eu intermédio* pode conter, temporal e continuamente, outras perspectivas de identidade que interagem com factores individuais e ambientais. Há a referir alguma reserva no que concerne à amostra que sustentou a elaboração do modelo: não apenas a sua dimensão é muito reduzida ($n = 35$), como integra apenas um tipo de patologia – lesão vertebro-medular – o que levanta dificuldades quanto à sua generalização a deficiências ou incapacidades de outra natureza.

Tal como se têm mostrado críticos relativamente aos modelos lineares, os defensores da teoria da catástrofe e do caos, apontam igualmente limitações aos modelos pendulares. Parker et al. (2003) centram a sua crítica na afirmação de que o movimento pendular não se constitui como a melhor explicação do processo de adaptação à deficiência e incapacidade, por ser um sistema fechado, defendendo, os autores, uma explicação baseada em sistemas complexos e que exploraremos mais à frente.

Igualmente integrados nos designados modelos recorrentes ou pendulares, Kendall e Buys (1998) defendem que o processo de ajustamento à incapacidade deveria ser visto como recorrente, na medida em que as reacções de tristeza e sofrimento podem emergir continuamente, em episódios sucessivos. Os autores vêem o ajustamento como um processo, ao longo do ciclo de vida, de “aprendizagem sobre como tolerar um conjunto de circunstâncias

quase intoleráveis” (p. 17). O modelo recorrente de ajustamento à incapacidade assenta no conceito de esquemas (definidos pelos autores como “crenças fundamentais sobre o próprio, os outros e o modo como o ambiente funciona, que filtram e interpretam as experiências individuais, particularmente em momentos de tensão”, p. 17) que permitem a compreensão da realidade. Em fases próximas do momento de início da incapacidade, a pessoa utiliza esquemas prévios a esta mesma situação de incapacidade, ocorrendo a sua substituição à medida que se confronta com novas realidades. A negação ou distorção da realidade podem ocorrer porque o sujeito recorre aos seus esquemas iniciais que já não lhe são úteis na compreensão da nova realidade. Em fases iniciais, sentimentos de depressão emergem, muitas das vezes associados à incapacidade de o sujeito lidar e assimilar todo o conjunto de nova informação, esperando-se, à medida que o tempo decorre, que novos esquemas sejam desenvolvidos e que estes permitam um funcionamento mais adaptado à nova condição. O processo de ajustamento é assim interactivo, podendo ocorrer novas alterações sempre que novos confrontos com condições ambientais ocorrerem, determinando o desenvolvimento de novos esquemas.

Apoiados na teoria da adaptação cognitiva, desenvolvida por Taylor (1983), Kendall e Buys defendem, ainda que, numa perspectiva idiossincrática, com tempos e modos distintos e individualizados, os esquemas podem, para além da influência ambiental, ser condicionados por três temas distintos. O primeiro – a procura de significado na incapacidade e na vida pós-incapacidade – implica compreender as causas da crise, os seus impactos e o significado na vida, bem como a reformulação de atitudes e de prioridades, numa perspectiva optimista e, quando desenvolvido de modo positivo, é conducente a um melhor ajustamento psicológico. A necessidade de um sentido de mestria e controlo sobre o ambiente, a deficiência e incapacidade e o futuro corresponde ao segundo tema e exemplifica-se no desenvolvimento de crenças acerca do controlo percebido como detido, pelo próprio ou por outros, sobre a incapacidade e que, em última análise, poderá ter algum retorno positivo. Finalmente, o

terceiro tema, correspondente ao esforço de proteger e valorizar a identidade pós deficiência e incapacidade e recuperar a auto-estima, materializa-se, muitas das vezes, na comparação com outros casos com idêntica problemática, mas em pior condição ou no recurso, enquanto modelos, a pessoas que se encontravam a lidar melhor com a condição incapacitante ou doença. Estes três temas correspondem às tarefas de adaptação cognitiva a acontecimentos traumáticos, de que a deficiência e a incapacidade são também exemplo.

A teoria cognitiva do ajustamento (Taylor, 1983) afirma que o resultado bem sucedido dos esforços para lidar com os três temas acima propostos assenta, em grande parte, “na capacidade para formar e manter um conjunto de ilusões” (p. 1161) que são formas próprias, não necessariamente irrealistas, de encarar os dados objectivos com que o sujeito se confronta e que a autora considera “benéficas no desenvolvimento da adaptação psicológica” (p. 1167), em contraponto a autores que defendem uma perspectiva realista. Em conformidade, a autora afirma o mecanismo de defesa da negação como protector em situações de crise ou inaceitáveis para o sujeito, recusando a sua correspondência a uma reacção de insucesso. Sendo as ilusões sujeitas a processos de invalidação, face ao confronto com os novos dados objectivos da realidade, Taylor afirma que estas poderão originar processos temporários de frustração, resolvidos, pelos sujeitos, com o desenvolvimento de novas ilusões que dêem resposta à sua procura de significado e com o exercício do controlo sobre outras dimensões, num processo de readaptação.

O modelo proposto por Kendall e Buys (1998), ainda que sustentado na teoria da adaptação cognitiva, desenvolvida por Taylor (1983), resulta em certa medida de uma postura crítica face aos modelos lineares e de suporte aos modelos pendulares ou recorrentes. Neste sentido, são notórias as proximidades entre as perspectivas de identidade propostas por Yoshida e os esquemas a que se reportam Kendall e Buys. Porém, este último modelo carece de validação empírica, não tendo por nós sido sinalizada investigação que a suporte.

3.2.4. Modelos Interactivos

Inserido na categoria de modelos interactivos, o modelo proposto por Dembo et al. (1975) assenta, como já afirmado, no conceito de aceitação da perda, implicando esta aceitação o ajustamento ao *infortúnio*. Aceitar e ajustar-se à incapacidade implica a modificação e substituição de valores no sentido de percursos distintos, ainda que integrando pontos de convergência entre o conjunto de valores da pessoa - alargamento da amplitude de valores e transformação dos valores comparativos em valores centrados nos recursos. A investigação desenvolvida por estas autoras resulta directamente e à data, da necessidade de dar resposta a problemáticas evidenciadas por combatentes da II Guerra Mundial durante o seu processo de reabilitação social e psicológica, sendo, por este motivo, a amostra de investigação totalmente composta por militares.

O infortúnio, a que as autoras se referem, deve ser percepcionado pelas próprias pessoas com deficiência e incapacidade como uma perda de valores, sendo que a diminuição do sofrimento resultante desta perda só poderá ser alcançada através de processos de ajustamento que, objectivamente, correspondem à mudança de valores. É neste referencial de enquadramento que Dembo et al. desenvolvem um estudo qualitativo, com base em entrevistas e posterior análise de conteúdo, sobre uma amostra composta por 177 pessoas com deficiências visíveis e diversas (excluindo cegos e surdos devido às potenciais dificuldades complementares de comunicação), com o objectivo, entre outros, de explorar as principais problemáticas evidenciadas pelos sujeitos na sua relação com o designado infortúnio correspondente à aquisição de uma deficiência e incapacidade. Porque a perda envolve uma componente pessoal, mas igualmente social, em resultado da interacção e comparação com os outros e com padrões de funcionalidade socialmente criados, a aceitação desta mesma perda determina o ajustamento

da pessoa enquanto membro de um grupo, em que tipicamente não é visto como igualmente válido.

Em resultado da investigação desenvolvida, Dembo et al. (1975) ressaltam que a aceitação da perda não significa a “reconciliação com a própria situação de infortúnio” (p. 51), mas sim a mudança de valores que a pessoa deve operar. Para tal, é fundamental que a própria pessoa desenvolva uma compreensão aprofundada sobre a nova condição, mantendo como referencial, não o padrão de valores prévio à deficiência e incapacidade, mas sim aquele que caracteriza a sua actual situação e face ao qual os sucessivos avanços deverão ser comparados e avaliados. Neste sentido, a negação da diferença é entendida, pelas autoras, como uma estratégia que não conduz à redução do sofrimento, podendo mesmo vir a ser geradora de novas dificuldades. O ajustamento para ser obtido requer o reconhecimento da diferença e este último só poderá ser alcançado se a pessoa efectuar uma reavaliação do seu padrão de valores: não apenas os associados à deficiência e incapacidade, mas o padrão total, visto que todos os valores interagem entre si. Ainda que esta reavaliação inicial possa conduzir a processos de desvalorização, poderá ser ultrapassada na medida em que a pessoa alargue a sua amplitude de valores, integrando novos valores e diminuindo a importância dos que, para si, constituem limitações e impedimentos associados à deficiência e incapacidade.

O alargamento da amplitude de valores, uma das mudanças de valores propostas pelas autoras, implica a descentração do conjunto de valores associados à deficiência e incapacidade, e que agora se encontram perdidos ou alterados, e a descoberta de novos em que a pessoa apresenta funcionalidade e que podem vir a adquirir importância na sua vida, definindo um novo sentido para a mesma. Na etapa de choque inicial, a pessoa sente um estreitamento do seu mundo e a perda, pessoal e social, é o sentimento dominante. Tal como B. A. Wright (1983) vem a salientar mais tarde, este sentimento de perda estende-se inicialmente a diversos domínios de vida e a pessoa não consegue distinguir entre áreas afectadas ou não pela

incapacidade, assumindo os valores, por esta condicionados, uma importância capital. A pessoa não consegue fazer a separação face ao passado livre de deficiência e incapacidade. O conseqüente posterior alargamento de valores, que ainda se encontram acessíveis à pessoa, significa um primeiro passo no processo de ajustamento. Esta mudança determina que a pessoa começa a ser capaz de vivenciar o presente e de nele encontrar satisfação. Se por um lado o cansaço, face ao luto vivido nesta fase, funciona como facilitador, as estratégias e as competências decorrentes da reabilitação constituem alicerces fundamentais para que o pretendido alargamento ocorra.

A aceitação da perda determina, igualmente, que as pessoas com deficiência e incapacidade sejam capazes de entender os seus valores não como comparativos, face aos das pessoas sem deficiência e aos da sua condição anterior, mas sim como centrados nos recursos, mudança de valores que as autoras designam de transformação. Deste modo, a pessoa cessa processos em que sistematicamente se compara e evidencia a sua disfuncionalidade ou inferioridade, passando a centrar-se nas suas competências ou recursos potenciadores de um novo padrão de funcionalidade, retirando satisfação da condição presente e reduzindo a insatisfação sentida face ao que deixou de conseguir realizar e que realizava no passado. No que concerne à deficiência neuromusculoesquelética e tal como referido, mais tarde, por B. A. Wright (1983), a propósito da utilização de produtos de apoio, estes poderão ser vistos como recursos valorizados e não depreciados quando comparados com o anterior nível de desempenho da pessoa. O uso de uma tecnologia ou produto de apoio será reconhecido pela sua utilidade e ganho funcional e não pelo resultado diferente face ao padrão anterior à deficiência e incapacidade ou por ser um indicador ou sinalizador da existência desta mesma incapacidade. Os valores centrados nos recursos podem ainda ser relativos às acções que a pessoa desempenha com satisfação, correspondendo a realizações pessoais.

O reconhecimento dos valores físicos (referentes à funcionalidade física das diversas estruturas) como recurso insere-se na máxima, citado por B. A. Wright (1983): “Não é o que perdeste, mas o que ainda tens, que conta” (p. 183).

No seguimento do proposto por Dembo et al., B. A. Wright (1983) amplia o modelo de compreensão da adaptação à deficiência, destacando duas novas mudanças de valores, não conceptualmente isoladas no modelo proposto por Dembo et al., mas, pelo contrário, integradas e interagindo com as restantes: a subordinação do físico e a contenção dos efeitos da deficiência e incapacidade.

A subordinação do físico face a outro tipo de valores, não obstante a sobreposição apontada entre as quatro mudanças de valores, decorre, em parte do alargamento prévio dos mesmos. Ou seja, o facto de a pessoa ser capaz de alargar o seu leque de valores permite a diminuição da importância relativa dos valores afectados pela deficiência e incapacidade, sendo a pessoa capaz de retirar satisfação de outros alternativos ou diversos. Sendo os factores físicos os centrais na teoria de aceitação da perda, a subordinação da componente física pode eventualmente significar a elevação de outra ordem de valores, nomeadamente os de ordem psicológica ou da personalidade ou ainda de desempenho e a concomitante diminuição dos de grandeza física.

A contenção dos efeitos da deficiência ou da incapacidade, outra das mudanças de valores desejada, adquire a sua importância dada a tendência a alargar ou generalizar os efeitos da deficiência a outras áreas com ela não relacionados, sendo que as efectivamente afectadas são também em graus distintos. A centralidade ou saliência que a deficiência e incapacidade possam ter leva a que estas sejam vistas como características pessoais, propagando a conotação de deficiência à pessoa na sua globalidade e não meramente às dimensões afectadas. A visão e percepção da deficiência e da incapacidade enquanto características que a pessoa possui, mas que não a qualificam no seu todo, é um dos caminhos para a contenção de efeitos pretendida e

desejável. O reconhecimento do papel exercido pelo ambiente na construção da incapacidade e da funcionalidade contribui igualmente para a facilitação da contenção dos efeitos da deficiência e incapacidade. A existência de uma deficiência e incapacidade não deixa de ser um facto que, na verdade, pode afectar múltiplas áreas de vida, mas não é generalizável a todas as áreas e nem todos os seus efeitos são necessariamente negativos, sobretudo se atenuados por condições ambientais. A deficiência e incapacidade podem não apenas ser compensadas, quer internamente, quer por recurso a produtos de apoio ou modificação ambiental, como podem ser consideradas periféricas e não nuclear na pessoa. O percurso da contenção dos efeitos da deficiência encontra-se fortemente ilustrado em duas premissas propostas pela autora: “Uma incapacidade envolve certas limitações em certas situações. A fonte da limitação é devida a barreiras impostas pela sociedade e não apenas à incapacidade pessoal.” (p. 178).

As quatro mudanças de valores identificadas, por B. A. Wright, no processo de adaptação são interdependentes entre si e não se constituem como influências isoladas. Neste sentido, se considerarmos o alargamento da amplitude de valores facilmente se compreende que este se poderá fazer acompanhar de uma redução da importância do valor físico. Ou seja, se outros valores emergem na globalidade, a componente física pode perder a sua centralidade ou importância. Por sua vez, esta subordinação do físico implica, em certa medida, a contenção dos efeitos da deficiência e incapacidade, sendo que a diminuição da importância do físico leva à distribuição do foco de atenção por outras áreas, sendo os efeitos reconhecidos como confinados a domínios limitados. A transformação de valores inicialmente comparativos em valores entendidos como recursos funciona com uma mudança de valores transversal e de suporte às restantes três operações, na medida em que a transformação permite o alargamento de valores (com a emergência de novos e a transformação de anteriores) e descentra a atenção sobre as áreas afectadas, recolocando-a na análise do potencial, da competência e da funcionalidade.

Em suma, B. A. Wright (1983) considera que as quatro mudanças de valores apresentadas operam, em interdependência, no processo de adaptação à deficiência e incapacidade, numa perspectiva não desvalorizante em que a pessoa faz uso das suas actuais competências e não valoriza como essencial a comparação do seu desempenho com os normativos populacionais ou com o padrão anterior à deficiência e incapacidade. A não desvalorização, pelo próprio, é fundamental na adaptação, mas a actuação sobre as limitações e restrições ambientais e sociais são-no igualmente.

Um dos principais pontos positivos a destacar, na teoria de aceitação da perda e da qual resulta o modelo de compreensão do ajustamento à deficiência e incapacidade físicas, reside no facto de o ajustamento ao *infortúnio* não implicar uma reconciliação com o mesmo, mas sim um processo sedimentado nas quatro mudanças de valores, relacionadas entre si. Ou seja, ainda que o resultado final possa ser ou a adaptação ou mesmo a aceitação da deficiência e incapacidade, o importante é compreender e apoiar o sujeito no processo de transformação e de desenvolvimento por que passa. Em conformidade com o defendido pelos precursores do modelo social da deficiência e incapacidade, B. A. Wright defende, igualmente, a importância do ambiente no quadro de transformação de valores por parte de cada sujeito, sendo este resultado de mudança mais favorável quando em presença de ambientes facilitadores. Ainda que os restantes modelos já apresentados reconheçam a importância da influência de factores ambientais, B. A. Wright coloca em igualdade de condições os factores individuais e ambientais, salientando a sua interacção mútua. O processo de ajustamento não se estrutura apenas em etapas ou movimentos percorridos pelos sujeitos, mas em mudanças resultantes do binómio pessoa-ambiente. Esta perspectiva parece-nos mais claramente em harmonia com o defendido, actualmente, sobre a funcionalidade das pessoas com deficiência e incapacidade (DGS, 2003), resultado dinâmico da interacção entre a pessoa e o ambiente, e com a variabilidade individual reconhecida, não formatando a adaptação da pessoa em fases

universais, mas respeitando a construção de um processo idiossincrático. O não determinismo da aceitação da deficiência e incapacidade encontra-se mesmo reflectido na evolução na designação de instrumentos de avaliação sustentados na teoria de aceitação da perda. A Escala de Aceitação da Deficiência (Linkowski, 1971) altera a sua designação para Escala de Adaptação à Deficiência-Revista (Groomes & Linkowski, 2007) em virtude do reconhecimento de que nem todas as pessoas com deficiência aceitarão verdadeiramente a sua deficiência e incapacidade, ajustando-se ou adaptando-se a viver com ela, sendo que a sua adaptação vai variando em função da evolução e interacção de factores ambientais e pessoais.

O modelo da *centralidade da deficiência*, proposto por Bishop em 2005, emana de dois modelos anteriormente descritos e desenvolvidos por Livneh (1991) e por Dembo et al. (1975) e B. A. Wright (1983) e assenta no referencial da qualidade de vida. Com este modelo, Bishop procurou a apresentação de um referencial de compreensão da adaptação à deficiência e incapacidade que integrasse os aspectos e mudanças positivos decorrentes do lidar e viver com uma deficiência e incapacidade. Tradicionalmente, embora estes ganhos sejam reconhecidos e relatados por muitos autores, os modelos propostos tendem a centrar-se na orientação para os défices, perdas e problemáticas emergentes face à deficiência e incapacidade. Uma maior sensibilidade face a diferenças individuais e a possibilidade de monitorizar experiências, quer positivas, quer negativas face à deficiência são apontadas, pelo seu autor, como vantagem comparativa deste modelo.

São múltiplas as definições de qualidade de vida existentes, mas Bishop (2005b) centra-se na componente subjectiva deste conceito, isto é, define-o como o “sentido subjectivo de bem-estar global que resulta da avaliação individual da satisfação com um agregado de domínios, pessoal e clinicamente, importantes” (p. 221), afirmando que as designações “qualidade de vida subjectiva” e “bem-estar subjectivo” partilham semelhanças conceptuais. O autor identifica, ainda, alguns dos *domínios de vida* que mais frequentemente contribuem para

a qualidade de vida: “saúde física; saúde psicológica ou emocional; suporte social; emprego ou outra actividade produtiva e bem-estar económico ou material” (p. 221). São propostos dois mecanismos através dos quais se espera que a doença ou deficiência tenham impacto na qualidade de vida da pessoa – *satisfação no domínio e controlo do domínio*. Para além da avaliação do grau de afectação em cada domínio, é proposta a determinação da importância individual (donde decorre o termo centralidade na designação do modelo) desse mesmo domínio no âmbito da qualidade de vida, sendo, em princípio, os domínios mais importantes os que mais influenciarão o nível global de qualidade de vida. O decréscimo de qualidade de vida operacionaliza-se na redução de oportunidades para retirar satisfação de áreas de vida particularmente importantes para o sujeito e na redução do sentimento de controlo pessoal. A adaptação às mudanças operadas na qualidade de vida individual e que habitualmente resultam na sua redução, é conseguida quer em termos de mudanças adaptativas, no que concerne às condições externas ou ambientais, quer em termos de um processo interno de mudança de valores. O autor destaca três respostas que potencialmente podem ser observadas no decurso da adaptação à deficiência e incapacidade. As pessoas podem alterar a importância e centralidade atribuídas a domínios mais afectados e passar a valorizar outros menos afectados (“mudança da importância”), ou seja, a desenvolver uma das mudanças de valores contida na teoria de aceitação da perda – subordinação do físico. Podemos igualmente observar acções conducentes à redução do impacto num domínio importante, através, por exemplo, da modificação e controlo ambientais e da autogestão, mantendo-se assim a importância do domínio (“mudança do controlo”). Finalmente, a opção poderá recair na ausência de qualquer tipo de mudança, permanecendo a pessoa com um nível diminuído de qualidade de vida. Em suma, o processo de adaptação corresponde à resposta às mudanças sofridas na tentativa de recuperar ou aumentar a sua qualidade de vida. A adaptação é pois definida como “a resposta pessoal e altamente

individualizada às disrupções associadas à deficiência – ou doença – numa ampla série de domínios de vida.” (Bishop, 2005a, p. 7).

Bishop (2005b) testou o modelo da centralidade da deficiência junto de uma população de 72 estudantes com doença e com deficiência (défices de atenção, dificuldades de aprendizagem, perturbações de humor, complicações ortopédicas, traumatismo craniano e epilepsia) verificando, de acordo com o esperado, uma elevada correlação entre a adaptação à deficiência (avaliada por uma escala de graduação do ajustamento - *Ladder of Adjustment Scale*, desenvolvido por Crewe e Krause em 1990, citados por Bishop, 2005b) e a qualidade de vida, reafirmando assim a qualidade de vida global como um indicador adequado da adaptação psicossocial à doença crónica e deficiência. A análise de regressão múltipla revelou ainda o forte papel da satisfação nos vários domínios na variância de ajustamento observada. Este mesmo modelo foi posteriormente (Bishop, Shepard, & Stenhoff, 2007) testado junto de população com esclerose múltipla, através do recurso a uma amostra composta por 98 pessoas com este tipo de diagnóstico. Em primeiro lugar, foi verificado que a adaptação à deficiência e incapacidade, avaliada com o mesmo instrumento que na investigação anterior, estava significativa e positivamente correlacionada com a qualidade de vida global e com a qualidade de vida relativa à satisfação conjunta em diversos domínios de vida. Foi igualmente demonstrado, por estes autores, o papel de mediação exercido pelo controlo e satisfação nos vários domínios na relação entre o impacto da esclerose múltipla e a qualidade de vida, e o papel moderador desempenhado pela importância dos domínios na relação entre a satisfação nos domínios e a qualidade de vida global. Em suma, com esta investigação são confirmadas as hipóteses avançadas pelo modelo da centralidade da deficiência.

Tal como aponta o autor, este modelo tem a mais-valia de se centrar também sobre os aspectos positivos da deficiência ou da doença, alertando para a importância do exercício de controlo efectuado pelo próprio sujeito com deficiência e incapacidade e para a importância

que atribui a cada domínio de vida. Porém, e para o estudo da adaptação, comparativamente com outros modelos já apresentados, apresenta a desvantagem de utilizar a qualidade de vida como indicador da adaptação à deficiência ou doença e não directamente o próprio conceito.

Persson e Rydén (2006) propõem um modelo de compreensão do processo de ajustamento à deficiência e que, como podemos constatar com a sua explanação, se revela um modelo integrador de muitas das propostas já conceptualizadas pelos autores referidos ao longo desta secção. Através de entrevistas personalizadas realizadas com 26 sujeitos com deficiência e incapacidade, os autores procuraram discernir os mecanismos e estratégias utilizados pelos próprios no desenvolvimento desse ajustamento. Os sujeitos da amostra apresentavam deficiências visuais, esclerose múltipla, doença coronária, lesão vertebro-medular, asma crónica, artrite reumatóide, miastenia grave ou distrofia muscular, há pelo menos 5 anos e tinham desenvolvido uma boa adaptação à mesma (de acordo com a apreciação efectuada por profissionais responsáveis pelo seu acompanhamento técnico). Com base na análise de conteúdo efectuada, Persson e Rydén constataram que o processo de adaptação bem sucedido decorre de um balanço dinâmico entre dois constructos nucleares e bipolares: reconhecimento da realidade vs. criação de esperança e confiança em si próprio vs. confiança nos outros.

Associados a estes conceitos nucleares encontram-se 5 categorias organizadas do seguinte modo: acções de redução de problemas, mudança de valores associadas ao pólo de reconhecimento da realidade; minimização associada à criação de esperança; autoconfiança e confiança social associadas respectivamente aos pólos de confiança no próprio e nos outros (Persson & Rydén, 2006). As acções de resolução de problemas são relativas a estratégias activas de confronto com a deficiência e incapacidade por forma a minimizar os seus efeitos e limitações delas decorrentes. Os sujeitos mostram crença na mudança positiva e combatem tendências de maior passividade. A mudança de valores, na linha do que já observamos

aquando da descrição das propostas de Dembo et al. (1975), B. A. Wright (1983) e Bishop (2005a), é relativa à reconstrução de novos significados, valores e interesses com uma concomitante avaliação do que deve ser efectivamente valorizado. Estes sujeitos não evidenciam pena pelo que perderam após o surgimento da incapacidade, dada a nova reconstrução individual que efectuaram. A minimização corresponde ao recurso a diversos processos cognitivos cuja meta é a diminuição do sentido de ameaça e de limitação veiculados pela deficiência e incapacidade (ex. centração em aspectos positivos associados à limitação, transformação de aspectos negativos em experiências positivas ou em novas esperanças). Tal como Taylor (1983) sugere, uma das manifestações mais comum consiste na comparação com outras pessoas com problemas similares, mas em pior condição ou comparação da situação de deficiência e incapacidade com outro acontecimento mais grave. Igualmente de acordo com o proposto pela teoria cognitiva da adaptação de Taylor, a crença do sujeito na sua capacidade de mestria e controlo sobre a situação incapacitante revelou-se um factor determinante do sucesso na adaptação. A autoconfiança é visível em sujeitos que assumem o controlo sobre o seu percurso pós-deficiência quando estão criadas as condições para tal, levando a que o controlo assumido por outros passe a ser, gradualmente, menor, mas presente quando necessário. Finalmente, a confiança social é relativa à existência de uma rede de suporte social, em que o sujeito recolhe apoio e compreensão, sendo respeitado não obstante a sua deficiência e incapacidade. Estas manifestações são contrárias aos processos de isolamento e de vergonha em solicitar apoio. A tendência observada na amostra estudada por Persson e Rydén (2006) foi de uma constante flexibilidade comportamental, recorrendo às diversas actuações acima referidas em função do tipo de situação e problema, sendo esta diversidade e complementaridade de estilos apontada, igualmente, como um ponto forte de uma adaptação bem sucedida. Este modelo parece-nos um complemento válido à teoria de aceitação da perda (Dembo et al., 1975), posteriormente desenvolvida por B. A. Wright, com a introdução de uma

bipolaridade dinâmica que ilustra os esforços do sujeito no sentido de melhor se adaptar à sua deficiência e incapacidade, ressaltando a importância de factores externos ao sujeito, como, por exemplo, o suporte social. A reduzida amostra ($n = 26$) sobre a qual assentou o estudo do modelo e o facto de ser composta por uma vasta diversidade de deficiências ou incapacidades, introduz fragilidade no estudo do modelo, carecendo assim de maior investigação empírica.

Considerando que o processo de adaptação corresponde a um fenómeno multidimensional, não linear e descontínuo, Parker et al. (2003) entendem que este poderá ser melhor explicado e compreendido se recorrermos à teoria da catástrofe e às suas sete catástrofes elementares. De acordo com a teoria da catástrofe, fenómenos com as características da adaptação serão melhor compreendidos por recurso a este teorema, cujos elementos – as catástrofes elementares – correspondem a constructos matemáticos, representados por mapas topológicos. De entre as catástrofes elementares identificadas, a da *extremidade* tem sido considerada como uma das que melhor descreve grande número de eventos naturais, ilustrando como pessoas com elevados níveis de stresse e instabilidade psicológica tendem, nesse momento, a passar de elevados a baixos níveis de ajustamento de uma forma, eventualmente, abrupta. Reafirmando, uma vez mais, a não linearidade, imprevisibilidade e descontinuidade dos fenómenos de adaptação, é, igualmente, proposta a teoria do caos como modelo explicativo da adaptação à deficiência e incapacidade. Esta teoria assenta na noção de sistemas dinâmicos não lineares e abertos, de que o comportamento humano é exemplo, e pretende estudar a natureza da desordem e do caos, admitindo que destes resulta a organização, a harmonia e o belo. O comportamento humano, enquanto sistema aberto, interage com os seus ambientes, criando e renovando equilíbrios e desequilíbrios. A desorganização e o desequilíbrio, que caracterizam o caos, estão na origem do reequilíbrio, na medida em que os sistemas abertos tendem a orientar-se para recuperar a organização. O caos corresponde assim a momentos iniciais de confronto com a deficiência e incapacidade, após os

quais as pessoas e os sistemas de relação que as rodeiam se reorganizam atingindo a adaptação ao novo acontecimento ou condição. Parker et al. advertem que, considerando a linha de pensamento descrita nas teorias da catástrofe e do caos, os comportamentos caóticos ou menos organizados não devem ser lidos como negativos ou não adaptativos, na medida em que ilustram a tendência e o percurso de reorganização e ajustamento. Posteriormente, Livneh e Parker (2005), procuram descrever potenciais aplicações da teoria da catástrofe e do caos ao processo de adaptação à deficiência e incapacidade. A habitual confluência entre as componentes cognitiva, emocional e comportamental que caracteriza o regular funcionamento adaptativo, em condições normais, entra em ruptura aquando da emergência da deficiência e incapacidade. Gradualmente, esta condição de caos tende para a reorganização e para um novo equilíbrio psíquico. Neste sentido, a adaptação após aquisição de deficiência ou doença crónica “pode ser percebida como uma “interacção dialéctica” entre o processo de auto-organização do mundo interno resultante da reparação psíquica pós caos e o contexto socio-físico prevaemente do mundo exterior” (p. 23).

O caos pretende cumprir duas funções fundamentais. Tal como reconhecido por Parker et al. (2003), o caos serve uma função adaptativa ao impulsionar a diminuição da desordem. Por outro lado e pelo facto de estarmos face a sistemas abertos, em resultado das interacções geradas pelos comportamentos caóticos com o ambiente, há uma probabilidade aumentada de mudança e logo de criatividade e crescimento. Assim, e em suma, o caos promove a adaptação, a reorganização e a evolução das pessoas com ele confrontadas.

A conceptualização da adaptação psicossocial à deficiência e incapacidade, integrada na teoria da catástrofe e do caos e considerada um processo imprevisível, dinâmico e não linear, determina que a pessoa experimente quatro transições. Aquando do impacto inicial da deficiência e incapacidade a pessoa experimenta padrões comportamentais, cognitivos e de *coping* pouco ricos e diversificados. O processo de reconstrução da identidade e a

reorganização individual implicam um crescimento destes padrões em diversidade e complexidade. A segunda transição corresponde à mudança de elementos de atracção periódicos ou rotineiros para outros imprevisíveis ou estranhos à pessoa, em torno dos quais a sua vida passa a organizar-se. Ou seja, anteriormente habituadas a desenvolver tarefas e a assumir funções cíclicas ou periódicas, as pessoas com deficiência e incapacidade vêm-se confrontadas com novos desafios, solicitações, emoções e cognições que representam para elas um sentimento de caos. As mudanças decorrentes da deficiência e incapacidade, nos planos fisiológico, bioquímico, psicológico e comportamental, são analisadas e entendidas à luz das características demográficas e elementos de personalidade anteriores à incapacidade. A terceira transição opera-se quando, num quadro de sucessivas mudanças e novas informações, os *padrões caóticos*, no *espaço de vida*, se intensificam em séries de *bifurcações turbulentas*, que por sua vez conduzem e resultam em padrões cognitivos e comportamentais claramente mais adaptativos. Finalmente, observam-se diversos padrões comportamentais adaptativos resultantes de uma identidade reconstruída. A abrangência destes novos padrões de vida não se confina às actividades ou áreas afectadas pela deficiência e incapacidade, mas estendem-se a outras, mesmo que funcionais. Esta última transição comunga, tal como Parker et al. (2003) afirmam, do defendido pela teoria de aceitação da perda de Dembo et al. (1975), acerca da noção nuclear e central de que a adaptação corresponde, antes de mais, a uma mudança de valores. Acrescentaríamos que esta proposta de compreensão da adaptação à deficiência e incapacidade comunga, também, de alguma proximidade com outros modelos já analisados, apontando-se, a título de exemplo, na quarta transição, a reconstrução de uma nova identidade, cujo paralelo será, no modelo de Yoshida (1993), o eu intermédio e no modelo de Livneh (1991), as fases de reconhecimento e ajustamento. Tanto quanto seja do nosso conhecimento, a validação empírica da proposta de Parker e colaboradores não foi realizada. Não obstante a teoria da catástrofe e do caos procurar explicar o fenómeno da adaptação à deficiência e

incapacidade como imprevisível e não linear, a apresentação de uma sequência de quatro transições não deixa de adoptar um carácter algo linear e até mesmo sequencial. Contrariamente a alguns dos modelos que já tivemos oportunidade de analisar ao longo desta secção, na presente teoria não se encontram descritos trajectos individuais em que possa ocorrer regressão ou sobreposição entre transições, ou, ainda mesmo, a possibilidade de o sujeito não se conseguir libertar dos seus *padrões caóticos*, isto é, a possibilidade de que do caos nem sempre surja obrigatoriamente a ordem.

Apresentados alguns dos modelos disponíveis na literatura, não podemos deixar de ressaltar a convergência conceptual existente entre eles, ainda que adoptando, por vezes, designações diversas para realidades que nos parecem partilhar algo comum. Não obstante alguns considerarem a adaptação, também, como um resultado (Groomes & Linkowski, 2007; B. A. Wright, 1983) a maior parte partilha do reconhecimento da adaptação como um processo e um fenómeno que determina a mudança e a transformação de valores (Bishop, 2005b; Dembo et al., 1975; Groomes & Linkowski, 2007; Livneh, 1991; Salick & Auerbach, 2006; B. A. Wright, 1983; Yoshida, 1993), a construção de uma nova identidade que se faz acompanhar de um novo equilíbrio psicológico, também ele reconstruído e que corresponde à integração harmoniosa entre personalidade pré e pós deficiência e incapacidade. Parece-nos mesmo possível estabelecer algum paralelismo entre as fases de reconhecimento e ajustamento de Livneh, as mudanças de valores propostas pela teoria de aceitação da perda, a fase de eu intermédio do modelo pendular de Yoshida, a fase de integração do trauma e expansão do eu proposta por Salick e Auerbach, entre outros. Evidencia-se, assim, alguma uniformidade conceptual, ainda que não partilhando de uma linguagem comum.

No que diz respeito ao processo, não obstante alguns autores se mostrarem críticos face aos modelos lineares (Kendall & Buys, 1998), a generalidade dos modelos apresenta percursos

constituídos por etapas ou transformações emergentes, em que se reconhece a adaptação não como um resultado final ou fenómeno estático, mas sim dinâmico e exposto aos condicionamentos da variabilidade humana e ambiental. Igualmente a maioria dos modelos apresentados propõe uma estrutura dinâmica para o processo de adaptação, comportando regressões a etapas ou vivências anteriores e a possibilidade de nem todas as pessoas vivenciarem o processo de modo igual. Nem todas as pessoas têm de experimentar todas as fases, nem todas as pessoas atingem o ponto de equilíbrio associado à adaptação ou ajustamento ou pelo menos apresentarão algumas oscilações, e nem para todas o impacto é percebido de igual modo ou de forma negativa. No entanto, parece ser esperável, para grande parte dos autores, que a maioria das pessoas com deficiência e incapacidade transite de um período não adaptativo para outro de maior adaptação, ainda que não necessariamente total ou estático.

Existe, ainda, em comum o reconhecimento da influência dos factores ambientais na adaptação da pessoa com deficiência, acentuando que esta não é um processo meramente decorrente de dimensões internas à pessoa com deficiência e incapacidade.

Taylor (1993), Elliott e Richards (1999) e Livneh (2009b), introduzem alguma distinção, face aos restantes autores, ao assinalarem o potencial papel adaptativo nos mecanismos de negação e de desenvolvimento de ilusões, dimensões habitualmente consideradas como caracterizadoras de processos disfuncionais na vivência e confronto com a deficiência e incapacidade. Este reconhecimento poderá ser promotor de desenvolvimento e inovação na intervenção e investigação sobre a adaptação à deficiência e incapacidade.

Há, também, a destacar o facto de apenas um dos modelos encontrados fazer referência ao momento anterior ao diagnóstico de deficiência e incapacidade (Salick & Auerbach, 2006). Embora alguns modelos sejam relativos à deficiência adquirida e tenham sido validados com população com deficiência e incapacidade adquirida por doença súbita ou acidente, Salick e

Auerbach analisam a fase anterior ao diagnóstico e que designam de apreensão. Eventualmente, considerando doenças que resultam em deficiência e incapacidade, esta fase de apreensão poderia beneficiar se fosse objecto de análise mais aprofundada.

A sobreposição observada entre os conceitos de adaptação e ajustamento beneficiaria de discussão adicional, sendo que apenas um dos modelos os apresenta como claramente distintos (Livneh & Antonak, 1991): a adaptação correspondendo ao processo e o ajustamento à etapa final deste mesmo processo. Alguns dos estudos, que estiveram na base da validação dos modelos, assentam na análise de indicadores da adaptação (sendo os mais comuns a depressão, a ansiedade e a qualidade de vida) e não, directamente, sobre o constructo, condicionando a comparabilidade dos resultados e mesmo a validade dos mesmos. É ainda discutível se a ausência de manifestação de alguns indicadores, considerados não adaptativos ou facilitadores do processo de adaptação (ex. ansiedade e depressão), é sinónimo de ajustamento ou adaptação (Unwin, Kacperk, & Clarke, 2009). Tal como já tivemos oportunidade de sublinhar, a diversa operacionalização do conceito de adaptação e o conseqüente recurso a instrumentos de avaliação distintos condiciona, igualmente, a comparabilidade dos resultados e conclusões obtidos, sendo que este cenário é, ainda, muitas das vezes, agudizado com a sustentação em amostras compostas por pessoas com deficiências ou incapacidades particulares ou de reduzida dimensão.

Tendo alguns dos modelos sido desenvolvidos com base em investigação centrada em tipologias específicas de deficiência e incapacidade, consideramos ser necessário aprofundar e alargar o estudo a outros grupos de pessoas com deficiência e incapacidade para averiguação e validação das conclusões até agora alcançadas, ou mesmo, replicar a investigação junto de amostras similares à original.

Sendo a adaptação à deficiência e incapacidade considerada, pela maioria dos autores, um processo, ela tem sido estudada, maioritariamente, em momentos isolados no tempo da vida

dos sujeitos, ou seja, transversais. Consideramos que uma compreensão mais aprofundada sobre a adaptação psicológica à deficiência e incapacidade implica o desenvolvimento de estudos longitudinais. No caso particular da deficiência e incapacidade, por amputação dos membros inferiores, Horgan e MacLachlan (2004), numa revisão de literatura sobre a temática, apontam, para além da necessidade de desenvolvimento de estudos longitudinais, a carência de estudos sobre a fase imediata após a aquisição da deficiência.

Alguns dos modelos abordados carecem, não apenas de validação empírica, mas também no plano da intervenção com as populações, considerando o seu potencial benefício e utilidade no domínio da reabilitação e habilitação das pessoas com deficiência e incapacidade. Livneh e Antonak (2008), autores que muito têm investigado a temática da adaptação à doença crónica e à deficiência, reconhecem, por exemplo que o RIDI, instrumento resultante do modelo de adaptação desenvolvido (Livneh & Antonak, 1991), não se encontra ainda em condições de ser utilizado em contexto de intervenção.

3.3. Factores Sociodemográficos, Psicológicos e Psicossociais na Adaptação à Deficiência e Incapacidade

Com base na literatura disponível e consultada, sobre os factores sociodemográficos, psicológicos e psicossociais, procurámos elaborar a presente secção, abordando aqueles que reúnem maior interesse na investigação, destacando-se na literatura pela sua eventual maior importância no processo de adaptação à deficiência e incapacidade (Horgan & MacLachlan, 2004). Tal como já sublinhado, a propósito da análise sobre os modelos de adaptação à deficiência e incapacidade, no processo de adaptação interagem factores pessoais e ambientais,

sendo igualmente reconhecida a sua influência dinâmica e recíproca (Groomes & Linkowski, 2007; Livneh, 1991; B. A. Wright, 1983). Considerando que o objecto do presente estudo versa sobre a influência da adaptação e da funcionalidade para o trabalho no comportamento de procura de emprego, na perspectiva das pessoas com deficiência e incapacidade (ainda que a segunda variável seja também avaliada por técnicos de reabilitação), elegemos a pesquisa sobre factores pessoais, sejam eles de ordem sociodemográfica, psicológica ou psicossocial, em detrimento de outros de ordem ambiental, igualmente relevantes. Algumas características sociodemográficas como a idade e o género têm sido objecto de análise neste domínio, pelo que iniciaremos esta secção como uma breve resenha sobre o tema. O estudo sobre a influência da personalidade na adaptação à deficiência e incapacidade tem, também, reunido alguma investigação, debruçando-se, maioritariamente sobre os traços de neuroticismo-extroversão, optimismo, auto-estima, hostilidade, resiliência e autocontrolo. Como teremos ocasião de aprofundar, em seguida, outra dimensão fortemente estudada é relativa ao *coping*, quer como estratégia global de confronto com a deficiência e incapacidade, quer particularizando algumas estratégias, como sejam a procura de significado, a definição de objectivos, o desenvolvimento de um sentido de coerência ou a negação. Ainda que a procura de suporte social possa ser, igualmente, entendida como uma estratégia de *coping*, o estudo dos níveis de suporte percebidos, a satisfação com o mesmo, a disponibilidade para integração social ou o tipo de suporte de que se beneficia tem reunido o interesse de diversos investigadores. Ainda que reunindo menor investigação em seu redor, o *empowerment* tem sido, também, uma dimensão alvo de atenção nesta matéria. Finalmente e porque se trata de uma dimensão particularmente relevante na deficiência neuromusculoesquelética (dada a frequente alteração da imagem corporal), procurámos ilustrar alguma da investigação desenvolvida sobre a avaliação da condição estética e externa e da visibilidade da deficiência e incapacidade, privilegiando, uma

vez mais, os estudos que integram a componente de autopercepção, ou seja, a que se relaciona com a pessoa com deficiência e incapacidade.

De entre as principais características sociodemográficas estudadas na sua relação com a adaptação à deficiência e incapacidade, destacam-se a idade, o género e o nível de habilitações literárias. Genericamente, a literatura consultada revela a inexistência de consenso quanto à relação entre estas variáveis. No que concerne à idade, autores como Li e Moore (1998) verificaram que os sujeitos mais novos, numa amostra de sujeitos com incapacidades de natureza diversa, se encontravam melhor ajustados à sua deficiência (avaliada pela *Acceptance Disability Scale*, Linkowski, 1971), enquanto D. S. Dunn (1996) verificou, numa amostra de sujeitos com amputação, que eram os sujeitos mais velhos que eram mais capazes de encontrar um significado positivo na aquisição de uma deficiência, revelando menores níveis de depressão. Uma maior adaptação psicológica foi também reportada por Martz, Bodner e Livneh (2009), em veteranos de guerra norte-americanos, com uma média etária de aproximadamente 43 anos. Igualmente na área da amputação, Livneh et al. (1999), observaram níveis de adaptação menores (avaliada pela *Acceptance Disability Scale*, Linkowski, 1971) em sujeitos mais jovens e níveis mais elevados em sujeitos com mais de 65 anos, evidenciando-se a tendência para aumento destes níveis com períodos de aquisição da deficiência mais longos. Porém, Martz, Livneh, Priebe, Wuermser e Ottomanelli (2005) constataram que quer a idade cronológica do sujeito, quer a idade detida aquando da aquisição da deficiência não correspondem a factores que permitam a compreensão do processo de adaptação. Ausência de relação entre idade e adaptação à deficiência (avaliada com recurso à *Acceptance Disability Scale*, Linkowski, 1971) foi igualmente a conclusão retirada por Berglund, Mattiasson e Nordström (2003), em investigação com pessoas com síndrome de Ehlers-Danlos.

A literatura sobre a relação entre género e adaptação parece não ser igualmente conclusiva. Embora alguns autores não tenham encontrado relação significativa entre a dimensão género e a adaptação à deficiência (Berglund et al., 2003; D. S. Dunn, 1996; Joiner, Lovett, & Goodwin, 1989; Li & Moore, 1998), Hampton e Crystal (1999) reportam menores níveis de adaptação (avaliada com recurso à *Acceptance Disability Scale*, Linkowski, 1971) entre as mulheres, com base numa amostra composta por sujeitos com deficiências físicas. Resultados inversos são reportados por Martz et al. (2009), em investigação desenvolvida com uma amostra de 1536 veteranos norte-americanos de guerra: a adaptação psicológica estava positiva e significativamente associada ao género feminino.

Grande parte da literatura consultada aponta no sentido de o nível de ensino detido pelos sujeitos não apresentar relação significativa com a adaptação à deficiência (D. S. Dunn, 1996; Martz et al., 2009; Li & Moore, 1998; Livneh, Martz, & Wilson 2001), ainda que investigação em população com lesão vertebro-medular (Woodrich & Patterson, 1983) e em população com incapacidades diversas (orgânica, física, intelectual e sensorial) (Joiner et al., 1989) revele que pessoas com níveis mais elevados de ensino se encontram melhor adaptadas à sua deficiência.

O estudo da personalidade e dos seus impactos nos processos de ajustamento à deficiência e à incapacidade tem reunido o interesse de vários autores que desenvolveram investigação com populações com deficiências ou incapacidades diversas. A investigação tem privilegiado o estudo de traços de personalidade distintos em detrimento de avaliações mais globais.

A influência do neuroticismo e da extroversão sobre o processo de ajustamento foi demonstrada em população com lesão medular (Krause & Rohe, 1998), tendo ambos correlações significativas com a variável ajustamento (avaliada através do *Multidimensional*

Adjustment Profile, Krause & Anson, 1997b), o primeiro negativa e a segunda positiva. Ou seja, pessoas com traços mais acentuados de neuroticismo revelam menor adaptação ou ajustamento e pessoas mais extrovertidas mostram maior facilidade na adaptação à deficiência e incapacidade. De entre a dimensão do neuroticismo, a depressão destacou-se como o traço de personalidade melhor preditor de ajustamento à nova condição.

Outro traço de personalidade, a que tem sido dedicada alguma investigação, é relativo ao optimismo e ao papel exercido por esta disposição nos processos de ajustamento ou adaptação à deficiência e incapacidade. Rasmussen, Wrosch, Scheier e Craver (2006) afirmam, com base em revisão de literatura, o papel benéfico do optimismo em situações em que a pessoa é ameaçada na sua condição de saúde. A sustentação para diferentes comportamentos observados entre pessoas consideradas optimistas e pessimistas reside na adopção de estratégias de *coping* diferenciais e mais adaptativas no caso dos optimistas. Nos optimistas são reconhecidas estratégias mais focalizadas no problema e de maior aceitação da realidade e o estabelecimento de objectivos e planos futuros, e nos pessimistas a negação e o desinvestimento ou desistência comportamental. Os autores apontam, porém, outro dado igualmente relevante: nem sempre a adopção de estratégias de *coping* se revela adaptativa. Em condições em que os objectivos não são efectivamente atingíveis (ex. voltar a adquirir marcha), será mais benéfico não adoptar o confronto, desistir de alguns objectivos de vida não alcançáveis e identificar e adoptar novos objectivos (ex. utilizar um produto de apoio como um andarilho ou uma cadeira de rodas) por forma a recuperar o bem-estar individual e ajustamento psicológico. A influência do optimismo foi também estudada por D. S. Dunn (1996) junto de 138 jogadores de golfe com amputação de membros, verificando-se que os menos optimistas revelam maiores níveis de depressão e menores níveis de auto-estima, sendo estas duas variáveis equacionadas, pelo investigador, como medidas de adaptação à amputação e bem-estar global.

Analisando outros traços de personalidade, nomeadamente a auto-estima e a hostilidade, Li e Moore (1998) demonstraram a sua influência na construção do processo de aceitação e concomitante ajustamento à deficiência e à incapacidade. Numa amostra composta por 1266 pessoas, com incapacidades diversas (doença mental, dificuldades de aprendizagem, lesões medulares, défices de audição e de visão, dificuldades intelectuais e dependências químicas), verificaram que a auto-estima positiva era o melhor preditor do ajustamento psicossocial avaliado por recurso a uma versão reduzida (10 itens) da *Acceptance Disability Scale* (Linkowski, 1971). Constataram também que a tendência para comportamentos hostis estava relacionada com uma reduzida adaptação à deficiência e incapacidade. A auto-estima também foi analisada, num estudo longitudinal (organizado em duas fases, distando 18 meses), numa amostra de 251 pessoas com esclerose múltipla, tendo sido constatado que a auto-estima era preditora de ajustamento decorridos dois meses. (McCabe & di Battista, 2004). Neste caso, a avaliação do ajustamento continha dados relativos a indicadores como a depressão, ansiedade e confusão. A propósito, Oliveira, Milliner e Page (2004) sublinham o paradoxo que as reacções de hostilidade e as recusas constituem, face a qualquer tentativa de promover a autonomia individual, na medida em que podem limitar muitas das vezes a recuperação, para além do que seria esperado considerando a real condição física do sujeito.

Finalmente, sinalizámos investigação sobre a influência dos mecanismos de resiliência e de controlo (Berry, Elliott, & Rivera, 2007). Estes autores verificaram, numa amostra composta por 199 pessoas com lesão vertebro-medular, que as que evidenciavam um tipo de personalidade resiliente (caracterizadas por um baixo neuroticismo e elevada conformidade, extroversão e conscienciosidade) ou com baixo controlo (caracterizadas por uma baixa conscienciosidade, elevado neuroticismo e baixa conformidade) mostravam melhores resultados de adaptação à deficiência e incapacidade, avaliados pela *Acceptance Disability Scale* de Linkowski (1971). Por outro lado, pessoas com elevados níveis de controlo

(caracterizadas por elevado neuroticismo e baixa extroversão) evidenciavam níveis de adaptação claramente mais deficitários.

A vulnerabilidade percebida, ainda que retendo menor atenção por parte da investigação sobre a adaptação psicológica à deficiência e à incapacidade, parece igualmente desempenhar um papel neste domínio. Conceptualizando a vulnerabilidade percebida como relativa aos medos de vitimização e preocupações com a segurança individual, Behel, Rybarczul, Elliott, Nicholas e Nyenhuis (2002) estudaram a influência desta dimensão nos processos de adaptação desenvolvidos por 84 pessoas com amputação de membro inferior, verificando que as que se autopercepcionavam como mais vulneráveis se revelavam mais depressivas e manifestavam menor ajustamento, dimensão avaliada através de um indicador de qualidade de vida.

A influência da percepção de controlo nos processos de ajustamento mereceu igualmente a atenção de diversos investigadores, verificando-se a existência de estudos sustentados em tipologias de deficiência e incapacidade distintas. Elfström e Kreuter (2006) constataram, em população com lesão medular traumática, a influência do *locus* de controlo interno no desenvolvimento de estratégias de *coping* aceitantes face à deficiência e incapacidade. Os autores consideram aqui o conceito de aceitação, integrado na investigação, como indicador de bem-estar, à luz do afirmado por B. A. Wright (1983). Ou seja, a aceitação é conceptualizada não como um acto de resignação, mas como um confronto activo face à nova condição, sustentado na mudança de valores, nomeadamente os de subordinação do físico e os de contenção dos efeitos da deficiência e incapacidade.

Livneh, Lott e Antonak (2004) procuraram conhecer os padrões de adaptação psicossocial à doença e à deficiência, recorrendo para tal à técnica de análise de *clusters* junto de uma amostra de 121 estudantes universitários, com incapacidades diversas (deficiências

intelectuais, sensoriais, psicológicas, ortopédicas, neurológicas e traumatismos cranianos). Verificando a emergência de 3 agrupamentos distintos – adaptativo, não adaptativo e adaptativo intermédio, constataram no primeiro grupo evidência de níveis mais elevados de ajustamento psicossocial (avaliado através de 2 subescalas do RIDI), maior recurso a estratégias de *coping* focalizadas no problema e percepções de controlo interno mais frequentes quando comparado com o padrão obtido no grupo designado de não adaptativo. As percepções de controlo dos elementos do grupo com baixos níveis de adaptação tendiam a ser maioritariamente externas, quer associadas ao acaso, quer decorrentes da influência de outros, como os profissionais de saúde ou de reabilitação.

Investigação anterior (MacLeod & MacLeod, 1998; S. J. Wright & Kirby, 1999) alertava para o facto de nem sempre o recurso ao *locus* de controlo interno ser adaptativo, sobretudo em situações em que a pessoa poderia exercer pouca influência sobre o acontecimento, como ocorre em algumas condições de saúde. Neste sentido, de acordo com a tipologia e evolução da incapacidade podemos observar níveis de ajustamento potenciados ou associados quer a um controlo mais de ordem externa, quer interna e pessoal. No aprofundamento de questões desta ordem, Affleck, Tennen, Pfeiffer e Fifiield (1987) referem a importância de não encararmos a condição de saúde como global, discriminando os aspectos da condição que podem ser mais ou menos afectados pelo controlo interno, podendo decorrer efeitos adaptativos do uso selectivo do *locus* de controlo. Neste sentido, a atribuição externa do controlo a outros, nomeadamente aos profissionais de saúde e de reabilitação, em situações em que o controlo pessoal é diminuto, poderá ser uma estratégia adaptativa e promotora do ajustamento. Concomitantemente, ou não, o controlo interno poderá ser exercido sobre elementos sobre os quais a pessoa tem efectivamente influência. Estes autores demonstraram, num estudo com 92 pessoas com artrite reumatóide, que estas consideravam possuir maior controlo pessoal sobre os sintomas da doença e atribuir o controlo sobre o decurso da doença

aos seus cuidadores de saúde. A adaptação à doença foi, neste estudo, investigada face aos critérios estado de humor (avaliado pelo *Profile of Mood State-B*, desenvolvido por Lorr e McNair, em 1982, citados por Affleck et al., 1987) e ajustamento psicossocial (avaliado por recurso à *Global Adjustment to Illness Scale*, desenvolvida por Derogatis, em 1975, citado por Affleck et al., 1987). O reconhecimento, pelos próprios, de um maior controlo sobre o tratamento estava associado a um humor positivo, enquanto o controlo externo sobre os sintomas se encontrava associado a humor negativo. Do mesmo modo, a percepção de controlo pessoal sobre o tratamento estava associada a um ajustamento psicossocial positivo. Em situações em que a incapacidade era mais severa, o exercício de controlo interno sobre a doença estava associado a níveis de ajustamento mais reduzidos, reforçando a noção de que o controlo interno não será uma resposta adaptativa e ajustada face a situações ou eventos em que a pessoa tem efectivamente pouca influência ou controlo.

Evidência sobre a influência do controlo sobre a doença ou deficiência nos processos de ajustamento havia já sido encontrada, anteriormente, por Felton e Revenson (1984) num estudo desenvolvido com pessoas com doenças cuja controlabilidade era variável: pessoas com doenças com menor oportunidade de controlo (artrite reumatóide e cancro) e com doenças mais controláveis clínica e individualmente (hipertensão e diabetes). As autoras constataram que a controlabilidade da doença era responsável por parte significativa da variância da dimensão de adaptação à doença, medida por recurso a uma escala contendo 8 itens extraídos da ADS. Verificaram, ainda, que doentes com menor controlo sobre a doença manifestavam afectos menos positivos e menor aceitação da doença do que os que possuíam maior controlo.

Comparando duas doenças com características distintas, mas ambas conducentes à deficiência neuromusculoesquelética – lesão medular e esclerose múltipla – MacLeod e MacLeod (1998) procuraram estudar a eventual emergência de padrões diferenciais de *locus* interno em função da diversidade da deficiência e incapacidade, condição que foi verificada: as

peessoas com lesão medular eram significativamente mais orientadas internamente do que as que apresentavam esclerose múltipla, eventualmente devido ao carácter mais imprevisível da segunda doença, logo implicando menor controlo efectivo do sujeito. Foi também constatada a ausência de correlação significativa entre níveis de depressão ou ansiedade e o *locus* de controlo interno. Nesta amostra, e em particular nas pessoas com lesão medular, o *locus* de controlo externo estava associado a níveis mais elevados de incapacidade, avaliados pelo *Índice de Barthel* (Mahoney & Barthel, 1965), e a elevados níveis de depressão, revelando o eventual carácter não adaptativo do *locus* de controlo externo. Esta mesma tendência foi verificada, posteriormente (Vuger-Kovačić, Gregurek, Kovačić, & Kalenić, 2007), em população com esclerose múltipla: a maioria da amostra revelava tendência para a atribuição de controlo externo, estando esta condição associada a elevados níveis de ansiedade e depressão, classificadas pelos autores como comportamentos não adaptativos. Incluindo, também, o estudo sobre população com lesão medular, Krause, Stanwyck e Maides (1998) recolheram evidência sobre o carácter adaptativo e de ajustamento do controlo interno: numa amostra composta por 127 pessoas, o *locus* de controlo interno (avaliado pelo *Multidimensional Health Locus of Control* Wallston, Wallston e DeVellis, 1978, citados por Krause et al., 1998) revelou-se preditor do ajustamento (avaliado pelo *Multidimensional Adjustment Profile*, MAP, Krause & Anson, 1997b).

As estratégias de *coping*, utilizadas pelos sujeitos com deficiência no seu confronto com esta e com a eventual incapacidade a ela associada, têm sido também alvo de investigação diversa junto de tipologias de incapacidade igualmente distintas. Livneh et al. (1999) analisaram o papel exercido, neste domínio, por quatro estratégias de *coping*, recorrendo para tal ao estudo de uma amostra de 61 pessoas com amputações em diferentes localizações dos membros corporais. De entre as quatro estratégias estudadas, verificaram que a resolução

activa de problemas foi a que maior influência exerceu no processo de adaptação pós-amputação, avaliado com recurso ao RIDI (Livneh & Antonak, 1991) e à ADS (Linkowski, 1971). Esta estratégia incluía a combinação de um envolvimento nos planos comportamental, emocional e também cognitivo. Em conformidade com o habitualmente descrito neste domínio, esta estratégia apresentava correlações significativas e negativas com estados de depressão e agressividade direccionada para o próprio e correlações significativas e positivas com o ajustamento e a adaptação (avaliada pela ADS) As restantes estratégias revelaram-se menos funcionais e adaptativas, sendo que a focalização na componente emocional (contendo a expressão de emoções, a autocrítica, o pensamento orientado por desejos e o isolamento social) e a ruptura cognitiva (incluindo a negação e o desinvestimento mental) revelaram uma correlação significativa e negativa com o nível de adaptação avaliado pela ADS. Finalmente, o afastamento face ao problema (contendo o refúgio em consumos de álcool ou droga, a conversão religiosa ou o desinvestimento comportamental, operacionalizado na desistência de esforços de confronto com o problema) apenas revelou relação positiva com a hostilidade externa. Os autores concluem, assim, da importância do recurso a estratégias de confronto activas e centradas no problema, em detrimento de outras mais passivas e emocionalmente focadas, de forma a atingir processos de adaptação à deficiência e à incapacidade bem sucedidos. A centração em recursos de natureza emocional e o afastamento do processamento cognitivo revelou-se, antes pelo contrário e nesta amostra de pessoas com amputação, um preditor de processos de desajustamento face à deficiência e incapacidade, dada a sua associação a estados pouco adaptativos como a depressão e a hostilidade.

Como afirmam Livneh e Wilson (2003), de diferentes avaliações sobre acontecimentos traumáticos resulta a adopção de estratégias de *coping* diversas, utilizadas em momentos distintos do ajustamento a estes mesmos acontecimentos. Basicamente e tal como já referimos acima, é possível distinguir entre estratégias focadas no problema e estratégias focadas na

emoção, tendo as primeiras por objectivo modificar ou controlar, comportamental ou cognitivamente, a origem do problema, e as segundas fazer divergir a atenção ou significado ou alterar a percepção sobre o mesmo, habitualmente através da expressão das emoções e da procura de apoio social junto da sua rede. Podemos ainda falar de estratégias de desinvestimento ou ruptura que consistem na procura de um afastamento face ao acontecimento traumático, o que poderá conduzir à negação da situação ou ao desenvolvimento de percepções irrealistas. Envolvendo 121 estudantes universitários com deficiências distintas (ortopédicas, orgânicas, sensoriais, psicológicas, intelectuais ou relacionadas com limitações nas estruturas cerebrais), estes autores verificaram, tal como na investigação anteriormente descrita, que o recurso a estratégias de *coping* centradas no problema foi o melhor preditor de um melhor ajustamento psicossocial (avaliado através de uma escala de satisfação com a vida – *Faces Scale*, Andrews & Withey, 1976, citados por Livneh & Wilson, 2003 – e das subescalas de Ajustamento e Reconhecimento do RIDI). Neste mesmo estudo, o recurso a estratégias centradas na componente emocional não se revelou preditor do ajustamento à deficiência e incapacidade.

O papel das estratégias de *coping* no processo de adaptação ao uso da prótese foi também estudado numa amostra composta por 44 pessoas com amputações traumáticas e diversas quanto à localização e origem (Gallagher & MacLachlan, 1999). Nos casos de amputação traumática, a estratégia de *coping* mais frequentemente utilizada foi o evitamento, quando estabelecida a comparação com sujeitos com amputação congénita ou resultante de doença. Foram também observados níveis de ajustamento mais elevados em sujeitos com amputações abaixo do joelho do que em sujeitos cuja amputação estava acima do joelho. Ainda que não equacionado pelos autores, poderá estar aqui presente a possibilidade de uma melhor adaptação em sujeitos com menores limitações de funcionalidade (amputação abaixo do joelho).

Igualmente estudando os mecanismos de ajustamento psicológico face à perda de parte ou da totalidade de um membro, Oaksford, Frude e Cuddihy (2005) verificaram que os sujeitos com amputação recorrem fundamentalmente a cinco estratégias de *coping* distintas visando o ajustamento à nova condição: estratégias de afastamento ou distração face à condição; procura activa e diversificada de suporte; recurso ao humor; estratégias cognitivas para compreender e dar significado à condição e, finalmente, acções para lidar com as questões colocadas pela nova condição. Confirmando o já afirmado por autores como Livneh e Wilson (2003), Oaksford et al. (2005) observaram o recurso a estratégias de *coping* diversas em função da duração da amputação. O recurso a estratégias de evitamento e de procura de suporte era mais frequente em sujeitos com amputações há 6 meses ou 1 ano, ou seja, as mais recentes. O humor surgiu como uma estratégia comum em pessoas com amputações há 6 meses e há 5 anos. A avaliação cognitiva e as acções para lidar na prática com a condição surgiram em todos os sujeitos, independentemente da duração da amputação, diminuindo a primeira nos sujeitos com uma duração de condição de 5 anos e sendo mais frequente a segunda em sujeitos amputados há 1 ano. A implementação das cinco estratégias citadas, ainda que variável ao longo do tempo, é a base do desenvolvimento de *respostas psicológicas positivas* (crescimento psicológico e resignificação positiva) que, por sua vez, se vão traduzir no ajustamento psicológico. Contrariamente à proposta de Livneh e outros colaboradores (Livneh, 1991; Livneh & Antonak, 1991; Livneh et al., 2006), Oaksford et al. (2005) não se referem à existência de estratégias adaptativas ou não-adaptativas, adoptando uma conceptualização e terminologia distintas de respostas psicológicas positivas, indicadoras de maiores níveis de adaptação à deficiência e incapacidade.

Em população com deficiência física, visual ou psicológica, o papel das estratégias de *coping* na construção do ajustamento à deficiência e incapacidade foi também evidenciado. Groomes e Leahy (2002) verificaram uma associação significativa e positiva entre a

implementação de estratégias de *coping* e a aceitação da deficiência avaliada pela ADS (Linkowski, 1971), sendo que sujeitos que recorriam a estratégias de *coping* focadas no problema apresentavam níveis de ajustamento mais elevados do que os que faziam recurso de estratégias emocionalmente sustentadas ou que optavam pelo evitamento, confirmando o igualmente verificado por Livneh e Wilson (2003).

Num estudo desenvolvido com 313 pessoas com desordem medular (ex. esclerose múltipla, tumor na medula espinhal ou medula espinhal isquêmica), Martz et al. (2005) verificaram a existência de estilos de *coping* do tipo desinvestimento, como a negação da incapacidade, o evitamento, a fuga e o pensamento orientado por desejos, associados a menores níveis de ajustamento (avaliados pelas subescalas de reconhecimento e ajustamento do RIDI).

Ainda que avaliando o ajustamento social e a adaptação conjugal após lesão medular, Chan, Lee e Lieh-Mak (2000) verificaram, numa amostra de 66 pessoas chinesas, a tendência para um melhor ajustamento em pessoas que adoptavam um amplo leque de estratégias de *coping* e que, em simultâneo, revelavam um *locus* de controlo interno.

Estudos no âmbito de população com traumatismo craniano (Anson & Ponsford, 2006) revelaram que o recurso a estratégias de *coping* não adaptativas, objectivadas em comportamentos de evitamento, autoculpabilização, pensamento orientado por desejos ou a evidência de comportamentos aditivos, estava relacionado com menores níveis de funcionamento psicossocial (avaliado pelo *Sickness Impact Profile*, desenvolvido por Bergner, Bobbitt, Carter e Gilson, em 1981, citados por Anson & Ponsford, 2006). Os autores constataram ainda que os sujeitos que mais evidenciavam estes comportamentos eram os que apresentavam menor consciência sobre a sua real condição. As conclusões afirmadas por estes autores devem, porém, ser lidas considerando a reduzida amostra de investigação, composta por 33 pessoas com traumatismo craniano. Um estudo qualitativo conduzido com população com problemática idêntica (Shotton, Simpson, & Smith, 2007) e ascendendo a uma amostra de

9 pessoas, cuja lesão havia ocorrido há pelo menos 2 anos, revelou que um tema recorrente nas afirmações dos sujeitos era relativo ao *coping* com a deficiência e incapacidade. As estratégias iniciais de confronto com a nova condição modificavam-se à medida que os sujeitos percepcionavam outras alternativas, habitualmente equacionadas e desenvolvidas pelo próprio. Em momentos iniciais do processo de ajustamento, as estratégias utilizadas relacionavam-se mais com indicações e orientações dadas pelos outros, nomeadamente os profissionais ou com a procura do apoio em outros significativos. À medida que o tempo avançava e que o sujeito se apercebia realisticamente das suas incapacidades, e em suma aceitava melhor a sua incapacidade, as estratégias escolhidas eram mais determinadas pelas suas próprias percepções e avaliações, operacionalizando-se em estratégias focadas no problema. Nesta investigação foi igualmente despistada a tendência, em pessoas consideradas mais adaptadas, para comparações depreciativas, considerando que os outros se encontravam em pior situação, o que se lhes revelava benéfico. Esta tendência adaptativa foi também encontrada na investigação desenvolvida por Taylor (1983). Os mais adaptados manifestaram diversas formas activas de *coping*, em quaisquer dos momentos temporais: inicial ou ao longo do processo de confronto com a nova condição. Tal como em alguns dos trabalhos apresentados por outros autores (Livneh & Wilson, 2003; Oaksford, 2005), foi recolhida evidência sobre o facto de o recurso selectivo a estratégias de *coping* diferenciais (inicialmente do tipo emotivo e mais tarde focalizadas no problema), em diversos momentos do processo de ajustamento, se revelar adaptativo para os sujeitos.

Investigação desenvolvida (Martz et al., 2009) com uma amostra de 1536 veteranos norte-americanos da guerra do Vietname demonstrou que a existência de deficiência e incapacidade predizia, significativa e negativamente, a adaptação psicossocial, tendo sido igualmente verificada inter-relação entre a existência de deficiência e incapacidade e a adopção de estratégias de *coping* de resolução de problemas no âmbito do processo de adaptação. Este

tipo de estratégia de *coping* assume o papel de moderador entre as dimensões deficiência e incapacidade e o processo de adaptação. À semelhança de Gallagher e MacLachlan (1999), estes autores verificaram uma associação entre uma maior incapacidade de que se poderá, eventualmente, esperar uma menor funcionalidade, e menores níveis de adaptação. Outras variáveis podem apoiar a compreensão destes resultados, eventualmente lidos como contraditórios se considerarmos o habitual efeito adaptativo atribuído às estratégias de *coping* centradas no problema (Groomes & Leahy, 2002). Tal como afirmado por autores como Livneh e Wilson (2003), Oaksford et al. (2005) e Shotton et al. (2007), o recurso a estratégias de *coping* poderá ser diferencial em função dos momentos de adaptação em que os sujeitos se encontram. Em fases iniciais as estratégias emocionais poderão ter um efeito mais adaptativo do que as centradas na resolução de problemas. Tal como já tivemos oportunidade de sublinhar, a propósito da apresentação da investigação desenvolvida por Affleck et al. (1987), o controlo exercido pelos sujeitos, em fases distintas do processo de vivência da deficiência e incapacidade, poderá também ser variável (mais localizado no próprio ou nos outros), pelo que em etapas em que a possibilidade de controlo é efectivamente menor, as estratégias de resolução de problemas poderão não ser as mais adaptativas, ou em momentos muito stressantes, os sujeitos poderão recorrer a uma multiplicidade de estratégias.

Em consonância com a maioria da restante literatura publicada, Elliott (1999) verificou, junto de uma amostra de 186 sujeitos com lesões vertebro-medulares recentes (em média, adquiridas há 6 semanas), que estratégias de *coping* de resolução de problemas impulsivas ou menos cuidadas estavam associadas a menores níveis de aceitação, apurando-se o oposto quando a resolução de problemas adoptava uma marca mais racional. A aceitação da deficiência e incapacidade estava também associada, na amostra referida, a uma orientação positiva para o problema.

Para além da diferenciação entre estratégias de *coping* centradas no problema ou emotivas, alguma da investigação tem-se debruçado sobre estratégias específicas de *coping*, nomeadamente a *procura de significado*, a *definição de objectivos*, o *sentido de coerência* na experiência e a *negação* no confronto com a condição de deficiência e incapacidade. Propomos, em seguida, apresentar alguns dos estudos, mais recentemente, desenvolvidos nesta área.

Integrado na teoria de adaptação cognitiva de Taylor (1983), já aprofundada ao longo deste trabalho, o conceito de *procura de significado*, descrito como o processo de desenvolvimento de explicações para a adversidade (Pakenham, 2008), tem sido igualmente considerado relevante no desenvolvimento de percursos de adaptação à deficiência e à doença. Tendo por objectivo conhecer as relações eventualmente existentes entre a procura de significado (avaliada através de 3 questões sobre a capacidade, actual e antecipada, de encontrar um significado na doença ou deficiência) e os resultados do ajustamento (avaliado através da *Positive States of Mind Scale*, Horowitz, Adler, & Kegeles, 1988, da *Satisfaction with Life Scale*, Pavot & Diener, 1993, e de 8 itens das subescalas de depressão e ansiedade da *Symptom Checklist-90*, Derogatis & Cleary, 1977, citados por Pakenham, 2008), Pakenham estudou uma amostra de 388 pessoas com esclerose múltipla. Quando os sujeitos da amostra eram capazes de encontrar significado na esclerose múltipla (verificado em 53% dos sujeitos), as categorias de conteúdo mais frequentes correspondiam ao desenvolvimento de uma explicação causal (ex. biomédica, psicossocial), à aceitação (ex. a deficiência como um facto na vida que poderá acontecer a muitas pessoas), à experiência de crescimento após a doença (ex. tornar-se uma pessoa mais assertiva) e ao desenvolvimento de crenças religiosas/espirituais (ex. ser escolhido por Deus para viver com esclerose múltipla). Nestes sujeitos foi verificada uma relação significativa e positiva entre os resultados do ajustamento considerados adaptativos ou positivos (operacionalizados como “satisfação com a vida” e “estados mentais positivos”) e a procura de significado e, uma relação significativa e negativa

com a depressão, aqui apontada como um resultado negativo de ajustamento. O autor conclui pela importância das estratégias de *coping* baseadas no significado no desenvolvimento de processos de ajustamento à deficiência e incapacidade, sendo que um dos significados mais frequentemente atribuídos pode ser o de aceitação da própria condição como um facto de vida. Se já anteriormente, aquando da análise sobre os processos de adaptação à deficiência e incapacidade, havíamos feito referência ao uso, algo mesmo pouco discriminado, dos conceitos de adaptação, ajustamento e aceitação, impõe-se, neste momento, nova nota. Em primeiro lugar, importa referir que na investigação desenvolvida por Pakenham, o ajustamento, uma vez mais, é avaliado através de indicadores do mesmo – estados mentais positivos, depressão e ansiedade, e satisfação com a vida – não existindo uma avaliação directa sobre o mesmo. O uso de medidas diversificadas e o recurso a indicadores múltiplos poderá condicionar a comparabilidade dos resultados e o avanço da compreensão neste domínio. Porém, e potencialmente mais gerador de alguma confusão conceptual, o conceito de aceitação é aqui entendido como estratégia de *coping*, quando para outros autores (ex. Linkowski, 1971) ela é entendida como o resultado final do processo de confronto com a deficiência e incapacidade, ainda que possa adoptar uma designação, por exemplo, distinta – ajustamento (Livneh, 1991). Eventualmente, seria benéfica uma maior uniformização ou delimitação conceptual, neste domínio, para que uma mesma entidade – seja ela denominada aceitação, adaptação ou ajustamento – não seja, em simultâneo, estratégia de *coping*, etapa de um processo, resultado do processo ou mesmo, designação para a globalidade do processo.

Quando a procura de significado, na deficiência e na incapacidade, se verifica no sentido positivo parece estar relacionada com o bem-estar e ajustamento à incapacidade. D. S. Dunn (1996), numa investigação já referida neste trabalho, verificou a existência de maiores níveis de depressão em pessoas que não encontraram um significado na condição pós deficiência e incapacidade. A procura de significado conducente a condições de maior

ajustamento estava mais frequentemente relacionada com a procura de benefícios laterais à condição incapacitante (ex. encontrar um novo trabalho em que se tem sucesso) e com a redefinição desta mesma condição no contexto da sua vida (ex. tornar-se uma pessoa “melhor” e menos egoísta).

A *definição de objectivos* na vida entendida como a procura de significado através dos mundos biológico, relacional e interior foi igualmente estudada enquanto mediadora do ajustamento à deficiência e incapacidade (Thompson, Coker, Krause, & Henry, 2003). Os autores verificaram, em população com lesão vertebro-medular, que esta dimensão mediava a relação entre o *locus* de controlo interno, dimensões de personalidade (neuroticismo-ansiedade, agressão-hostilidade, actividade e sociabilidade, avaliadas pela *Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire* desenvolvido por Zuckerman, Kuhlman, Joireman, Teta e Kraft, em 1993, citados por Thompson et al., 2003) e o resultado de ajustamento (avaliado pelo *Ladder of Adjustment Scale* desenvolvido por Crewe e Krause em 1990, citados por Thompson et al., 2003). Igualmente a correlação significativa mais forte encontrada foi entre a existência de objectivos de vida e o nível de ajustamento. As evidências encontradas levam os autores a afirmar que, mais do que as variáveis de personalidade ou o *locus* de controlo, a definição de objectivos na vida exerce uma influência mais próxima e directa sobre os processos de ajustamento.

Sustentados na teoria psicanalítica, Elliott, Uswatte, Lewis e Palmatier (2000) analisaram a influência da instabilidade de objectivos nos processos de ajustamento à deficiência física, recorrendo a uma amostra de 109 pessoas, inseridas em contexto de reabilitação médica e apresentando lesões vertebro-medulares há mais de um ano. A primeira constatação é relativa à associação significativa observada entre níveis elevados de instabilidade de objectivos e resultados elevados de depressão e de sofrimento no momento de

admissão na estrutura de reabilitação. Verificaram, ainda, que uma reduzida aceitação da deficiência e incapacidade, avaliada com recurso à ADS (Linkowski, 1971), no momento da alta, estava associada ao comportamento depressivo e à instabilidade de objectivos manifestados na admissão. Os autores concluem, com base no estudo desenvolvido, da importância da orientação por objectivos na construção de processos de adaptação à deficiência e à incapacidade bem sucedidos. Neste sentido, pessoas com uma fraca ou instável orientação por objectivos poderão ver os seus processos de ajustamento à deficiência e incapacidade dificultados em virtude de evidenciarem uma orientação mais sustentada em valores externos do que internos, logo mais difíceis de controlar, alterar ou substituir após a condição incapacitante. Como é reconhecido pelos próprios autores, esta investigação, embora sustentada na teoria psicanalítica, aproxima-se igualmente de resultados obtidos com investigação conceptualmente orientada pela teoria cognitiva da adaptação (Taylor, 1983), na medida em que é afirmada a postura de optimismo, controlo e autovalorização no desenvolvimento de processos de adaptação de sucesso.

O *sentido de coerência* em pessoas com deficiência adquirida e a sua modificação considerando as fases pré e pós incapacidade parecem igualmente influenciar o ajustamento à deficiência (Lustig, 2005; Lustig, Rosenthal, Strauser, & Haynes, 2000). O sentido de coerência, na linha do proposto por Antonovsky em 1987, é entendido como “Esta crença de que o mundo é compreensível, gerível e tem significado” (Lustig et al., 2000, p. 135). A característica de compreensibilidade refere-se à medida em que o sujeito consegue entender o seu mundo como funcionando com ordem e previsibilidade e sendo também explicável. A capacidade de gestão é relativa à crença do sujeito de que possui recursos, quer pessoais, quer sociais, para lidar com eventuais exigências que se lhe apresentem. Finalmente, a significância corresponde à crença de que as exigências que vão surgindo devem ser encaradas enquanto

desafios que merecem o seu empenho e envolvimento. Um forte sentido de coerência implica a existência destas três componentes, permitindo que o sujeito lide com acontecimentos que lhe causam tensão. A significância, a componente emocional do conceito de sentido de coerência, é considerada o elemento mais determinante na activação deste mesmo sentido, na medida em que se constitui como a fonte motivacional ou impulso que leva a que os sujeitos procurem a ordem e organização no seu mundo, vejam os desafios como dignos de investimento e mobilizem recursos existentes ou novos para lidar com novos confrontos e exigências.

Lustig e colaboradores (2000) verificaram, numa população de 89 estudantes com deficiência, a existência de uma correlação positiva e significativa entre o sentido de coerência e o ajustamento à deficiência, sendo à semelhança do previsto, a dimensão de significância a que mais contribuía para esta relação. A dimensão de ajustamento à deficiência foi, nesta investigação, conceptualizada como “satisfação de vida”, definida como “auto-aceitação, relações positivas com os outros, autonomia, mestria ambiental, objectivos na vida e crescimento pessoal” (p. 136), e avaliada com recurso à *Scales of Psychological Well-Being* desenvolvida por Ryff, em 1989 (citado por Lustig et al., 2000). O sentido de coerência foi avaliado através da aplicação da *Sense of Coherence Scale* (SOC) desenvolvida por Antonovsky, em 1987 (citado por Lustig et al., 2000). Posteriormente, Lustig (2005) estudou uma amostra de 48 pessoas com lesão vertebro-medular, verificando-se igualmente uma relação significativa e positiva entre um sentido de coerência fortalecido (avaliado pela SOC) e o ajustamento (avaliado pelo RIDI). O autor verificou ainda que, após a aquisição da deficiência, aproximadamente dois terços da amostra inquirida revelava ter enfraquecido o seu sentido de coerência, estando esta condição correlacionada significativa e positivamente com elevados níveis de choque, ansiedade, depressão, agressividade interna e hostilidade externa, avaliados pelo RIDI. Contrariamente, um sentido de coerência fortalecido estava significativa e negativamente correlacionado com estas dimensões e significativa e positivamente

correlacionado com dimensões consideradas adaptativas como a negação, o ajustamento e o reconhecimento, igualmente avaliadas pelo RIDI. A dimensão do sentido de coerência foi igualmente estudada em população com síndrome Ehlers-Danlos (Berglund et al., 2003) verificando-se conformidade com as investigações anteriores: uma maior aceitação da deficiência, avaliada com uma versão modificada da ADS de Linkowski (o termo “deficiência” foi substituído por “síndrome de Ehlers-Danlos”), estava associada a níveis igualmente elevados de sentido de coerência, obtidos com a aplicação da SOC, numa amostra composta por 77 pessoas com este tipo de diagnóstico.

Finalmente, gostaríamos de concluir esta revisão da literatura sobre o papel das estratégias de *coping* nos processos de adaptação à deficiência e incapacidade, abordando uma das estratégias mais estudada, e sobre, a qual recai, ainda, maior indeterminação quanto à sua função – negação.

A influência adaptativa da negação nos processos de ajustamento foi evidenciada por Olney, Kennedy, Brockelman e Newsom (2004). Ao testarem a hipótese de a negação da deficiência estar relacionada com um fraco ajustamento psicossocial, junto de uma amostra de 12,9 milhões de norte-americanos adultos com deficiência, verificaram que são as pessoas que rejeitam o estatuto de deficiência que se encontram melhor ajustadas. As pessoas que aceitavam a sua deficiência e incapacidade, isto é, que a integravam na sua própria identidade, tendiam, significativamente, a manifestar mais sintomas de ansiedade, de depressão, fobias, dificuldade em lidar com o stresse diário, dificuldades na relação com amigos, entre outros indicadores de ajustamento psicossocial.

Livneh e colaboradores (Livneh, 2009a, 2009b; Livneh et al., 2004) afirmam que a negação poderá ter um papel adaptativo e associado a níveis de ajustamento positivos nas fases iniciais de diagnóstico da deficiência e incapacidade, mas, a longo prazo, tenderá a observar-se

uma relação inversa, manifesta na não adesão aos procedimentos terapêuticos, em comportamentos auto-agressivos e outros (Livneh & Antonak, 1997). Em fases precoces do processo de adaptação à deficiência e incapacidade, e de acordo com Livneh e Antonak, a negação protege o sujeito no confronto com a nova condição e respectivas implicações, permitindo-lhe manter as competências, recursos e coerência pessoal para uma futura e gradual assimilação e acomodação da nova realidade. A função adaptativa da negação foi também defendida por Elliott e Richards (1999), afirmando-se a sua importância nos momentos iniciais de emergência da deficiência e incapacidade. Estes autores estudaram uma amostra de 40 pessoas com lesão vertebro-medular, cujo acompanhamento foi efectuado em três momentos distintos (3 semanas, 3 meses e 1 ano) ao longo do primeiro ano após o surgimento da lesão, verificando a associação significativa das respostas de negação a menores níveis de sofrimento, de percepção de dificuldades relacionadas com a deficiência e de reacções hostis, nos três momentos de recolha de informação. Também Taylor (1983), como já sublinhado anteriormente, afirma a negação como mecanismo protector e não gerador de insucesso, em situações em que o sujeito é confrontado com situações adversas.

Posteriormente e ao procurar aprofundar o papel exercido pela negação no processo de adaptação à deficiência e à doença crónica, Livneh (2009a) aponta para a diversidade de conceptualizações existentes, provenientes de correntes teóricas distintas. Não obstante a multiplicidade, considera possível a identificação de elementos comuns, referindo os seguintes como presentes na generalidade das propostas de compreensão do processo de negação:

- (a) uma estratégia protectora que escuda o indivíduo da ansiedade e da ameaça percebida; (b) um esforço para afastar a realidade stressante; (c) um processo inerentemente inconsciente (com uma penetração consciente limitada); e, no contexto da incapacidade e da doença crónica, (d) uma tendência para negar ou repudiar a realidade alterada e os afectos dolorosos associados com o seu surgimento e

consequente reconhecimento das implicações a longo prazo da doença crónica ou incapacidade. (p. 228)

Diversas significações de negação conduzem ao reconhecimento de diferentes funções exercidas pela negação face à adaptação, sendo afirmado o seu papel, na fase de surgimento da deficiência e incapacidade, de suporte ao ajustamento. Sobretudo numa fase inicial do confronto com a doença, deficiência e incapacidade, Livneh (2009a) reconhece, na negação, um mecanismo afectivo, cognitivo e comportamental que permite estreitar o reconhecimento da realidade dolorosa, combater a ansiedade, o desespero e o desamparo e preservar a auto-estima.

Contexto, duração e uso dado à negação constituem os determinantes do seu valor enquanto custo ou benefício. Livneh (2009a) defende assim que o efeito da negação poderá ser nocivo quando esta é o recurso continuado no confronto com as situações stressantes associadas à deficiência, incapacidade ou doença. A negação será um benefício sempre que corresponder a uma estratégia limitada no tempo e na sua utilização. Não obstante o anteriormente afirmado, a negação não deve ser entendida como um mecanismo dicotómico ou bipolarizado. Pelo contrário, a negação corresponde a um conjunto dinâmico de estratégias que adquirem o seu carácter adaptativo em função do tempo e do contexto. Finalmente, é considerado que o tipo de incapacidade e as limitações de funcionalidade dela decorrentes poderão condicionar diferentes efeitos e impactos da negação.

Outros autores, como Kortte e Wegener (2004), analisaram igualmente a influência da negação no processo de adaptação à doença em contexto de reabilitação. Partindo da revisão teórica sobre a negação em pessoas com doenças cardíacas, cancro, lesão cerebral, acidente vascular cerebral e lesão vertebro-medular verificaram a dualidade de efeitos, adaptativos e não adaptativos, deste mesmo mecanismo. Do ponto de vista não adaptativo, as manifestações de

negação sinalizadas correspondiam à procura tardia de tratamento; à pouca adesão ao mesmo e ao reduzido ajustamento emocional. Indicadores como um bom ajustamento emocional, menor número de complicações clínicas e uma melhor recuperação foram elencados como elementos adaptativos. De acordo com os autores, a forma como o conceito de negação foi conceptualizado no âmbito das investigações revistas ajuda a compreender esta polaridade. Foi verificada uma maior associação a resultados adaptativos quando a negação era entendida como uma reinterpretação da doença, e a negativos quando era analisada à luz dos comportamentos e estratégias de evitamento. A negação é, de acordo com as conclusões dos autores, mediada pela dimensão temporal, sendo observadas diferentes reacções em função de os doentes se encontrarem no momento do diagnóstico, tratamento ou período pós recuperação. A negação terá um papel negativo se contribuir para adiar o diagnóstico e tratamento e se assumir a forma de evitamento nas fases de tratamento e pós-alta. Inversamente, a negação, sobre a forma de reinterpretação da realidade da doença, poderá conduzir a efeitos adaptativos nas fases de tratamento e pós tratamento. Considerando a extensão de efeitos que a negação pode assumir, os autores propõem duas categorias de classificação deste constructo: negação completa e negação parcial. A primeira é relativa a afirmações sobre a inexistência do problema clínico ou crença numa recuperação próxima e eminente. A negação parcial corresponde ao reconhecimento da condição clínica, mas acompanhado de alguma relutância em aceder a informação sobre a condição e respectivas implicações, o que poderá ser manifestado por comportamentos de evitamento ou de reinterpretação da condição por forma a diminuir a percepção de ameaça que esta constitui, de que é exemplo o conceito de crenças ilusórias proposto por Taylor, em 1983.

A complexidade do conceito de negação ajuda também a compreender o seu multifacetado papel nos processos de ajustamento ou adaptação à doença, deficiência e incapacidade. A dificuldade em encontrar uma única definição, partilhada por várias correntes,

associa-se, em certa medida, à multidimensionalidade do próprio conceito e que, por sua vez, está na origem da emergência de indicadores e designações igualmente diversificadas como o evitamento, a fuga, a diversão da atenção ou o desinvestimento.

A literatura publicada sobre a adaptação à deficiência e à incapacidade contém, com alguma frequência, referência ao suporte social, sendo a procura desencadeada pelos sujeitos vista como uma hipotética estratégia adaptativa de *coping* (Unwin et al., 2009). Importa-nos aqui aprofundar a componente do suporte percebida pela própria pessoa com deficiência e incapacidade e a sua relação com o processo de ajustamento individual. Investigação desenvolvida (Wilson, Washington, Engel, Ciol, & Jensen, 2006) junto de crianças e jovens com deficiência física (37 com doença neuromuscular e 33 com espinha bífida) revelou que níveis mais elevados de suporte social (avaliado através da *Multidimensional Scale of Perceived Social Support*, Zimet, Dahlem, Zimet, & Farely, 1988, citados por Wilson et al., 2006) percebidos pelo próprio, prediziam o ajustamento psicológico (avaliado pela resposta às questões da *Mental Health Scale* do *Child Health Questionnaire*, Landgraf, Abetz, & Ware, 1996, citados por Wilson et al., 2006), destacando-se para esta população, em particular, o suporte disponibilizado pela família comparativamente com o recebido do grupo de amigos, evidência eventualmente relacionada com a composição etária da amostra (crianças e jovens, dos 8 aos 20 anos, com possível maior dependência da família face a actividades de vida diária nos domínios da higiene, do vestuário, mobilidade, entre outros). O suporte social, avaliado com recurso ao mesmo instrumento da investigação anterior, mostrou-se também preditor do ajustamento global à amputação (avaliado através da *Trinity Amputation and Prosthetic Experiences Scales* (Gallagher & MacLachlan, 2000, citados por Unwin et al., 2009), em sujeitos com amputações recentes (seis meses) dos membros inferiores (Unwin et al., 2009) e com uma média etária de aproximadamente 60 anos. Unwin et al. definem o

ajustamento como “a presença de humor positivo e uma avaliação subjectiva do ajustamento geral à amputação, em oposição à ausência de ansiedade ou depressão” (p. 1045), focalizando a componente positiva da adaptação em detrimento da negativa. A evidência de ambas as investigações parece sublinhar a importância do suporte social, independentemente da idade do sujeito.

Utilizando três medidas distintas de ajustamento à deficiência física – *Index of Psychological Well-Being*, *Life Satisfaction Index* e *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* – Schulz e Decker (1985) verificaram, com base numa amostra de 100 sujeitos que sofreram lesões vertebro-medulares há mais de 20 anos, que o relato de níveis mais elevados de suporte social e de maior satisfação com a quantidade e qualidade dos contactos sociais se revelou preditor de qualquer uma das três medidas de ajustamento incluídas na investigação.

Também Jadwisienczak (2008) constatou a existência de uma correlação positiva e significativa entre o suporte social disponibilizado pela família e amigos, avaliado como uma das componentes da *Measure of the Quality of the Environment* e a adaptação à deficiência, avaliada com recurso à ADS-R, numa amostra de 109 sujeitos com deficiências físicas e/ou psicológicas.

King, Willoughby, Specht e Brown (2006) desenvolveram um estudo qualitativo sobre o papel do suporte social no ajustamento em momentos críticos de vida. Recorreram, para tal, a uma amostra composta por 15 pessoas com doença crónica, não progressiva: espinha bífida e paralisia cerebral. Assente nos testemunhos recolhidos, os autores afirmam a importância do suporte social, avaliado a nível emocional, cognitivo e instrumental (tangível), no desenvolvimento da auto-estima, auto-eficácia e autoconceito. Este desenvolvimento, por sua vez, estará relacionado com a “adaptação a decisões, o desenvolvimento de qualidades fortalecidas de determinação e persistência e compromissos com novos objectivos de vida” (p.

915). O suporte social desempenha assim um papel determinante no ajustamento de pessoas com deficiência e incapacidade no confronto com novas e desafiantes experiências, contribuindo para que se sintam melhores com elas próprias e que adquiram novas competências e ferramentas para interagirem com os seus ambientes, interação em que não se sintam isoladas ou afastadas das suas comunidades de inserção.

Elfström, Rydén, Kreuter, Taft e Sullivan (2005) constataram também a importância do suporte social, na sua componente de disponibilidade de integração social, numa amostra com 256 pessoas com lesão vertebro-medular traumática: pessoas com maior suporte social relatavam níveis mais elevados de percepção de qualidade de vida relacionada com a saúde, enquanto indicador do ajustamento à lesão vertebro-medular. Igualmente estudando a mesma componente do suporte social – integração social – considerada como a medida em que a pessoa participa numa variedade de relações sociais, Williams e colaboradores (2004) apontam a importância do suporte social no ajustamento à amputação dos membros inferiores. O estudo longitudinal comportava uma amostra de 89 pessoas entrevistadas telefonicamente, em quatro momentos distintos: 1, 6, 12 e 24 meses após a cirurgia de amputação. Embora os que percepcionavam elevado suporte social apresentassem igualmente elevada satisfação com a vida no primeiro mês após a amputação, tal deixou de se verificar decorridos 6 meses da cirurgia. A este propósito e sendo que a literatura disponível aponta no sentido de o suporte social funcionar, maioritariamente, como uma dimensão favorável ao desenvolvimento do ajustamento à deficiência e à incapacidade, os autores alertam para a possível deterioração das relações sociais, ao longo do tempo e após o surgimento da deficiência, com uma diminuição da sua qualidade e quantidade, quer ao nível das actividades desenvolvidas, quer dos papéis sociais exercidos. Ainda assim, esta eventual diminuição, real e percepcionada, poderá ser transitória e carece de maior investigação.

Para além dos níveis ou dimensões de suporte social percebidos ou tipo de prestadores deste mesmo suporte, já referenciados nos estudos acima descritos, a investigação tem procurado aprofundar o conhecimento sobre o tipo de suporte social disponibilizado – tangível ou instrumental e emocional. Abraído-Lanza (2004) analisou estes dois tipos de suporte na sua relação com o ajustamento psicológico (avaliado considerando o bem-estar e o sofrimento psicológico), junto de uma amostra de 98 mulheres, donas-de-casa latinas com artrite. A autora conclui, com base nos dados da amostra, que o suporte social emocional possui uma relação positiva e significativa com o bem-estar psicológico, mas não significativa com o sofrimento psicológico. Pelo contrário, o suporte social tangível não se correlaciona com o bem-estar psicológico e revela relação negativa e significativa com o sofrimento psicológico. Para Abraído-Lanza, o primeiro resultado seria esperável e na direcção verificada, mas o segundo contraria a hipótese avançada pela autora. Nem sempre o suporte social tangível é potenciador de bem-estar e de ajustamento, na medida em que poderá lembrar à pessoa apoiada a sua deficiência, a sua incapacidade de realização e a necessidade de ser substituída nos seus papéis por outros. Porém, e dado que na amostra estudada o principal prestador de suporte correspondia à filha da pessoa inquirida, este apoio era culturalmente aceite e avaliado como positivo.

Outras dimensões têm sido estudadas no âmbito da sua relação com a adaptação ou ajustamento à deficiência e incapacidade. O *empowerment*, definido por um conjunto de quatro subdimensões que integram este conceito (auto-eficácia, auto-representação, estigma percebido pelo próprio e competência) foi estudado por Frain e colaboradores (2009). Estes autores verificaram, numa amostra composta por 114 sujeitos, dos quais 55% apresentava deficiência física, que o *empowerment* se revelou um bom preditor do ajustamento avaliado

pela *Ladder Adjustment Scale*, desenvolvida por Crewe e Krause, em 1990 (citados por Frain et al., 2009).

Os processos de ajustamento à deficiência e incapacidade parecem também poder ser influenciados pela avaliação da condição estética e externa da deficiência e incapacidade, nomeadamente a desenvolvida pelas próprias pessoas com deficiência e incapacidade - autopercepção da visibilidade da deficiência e incapacidade, ainda que, uma vez mais, a investigação desenvolvida não aponte uma tendência unidireccional. Livneh e Wilson (2003), num estudo desenvolvido com 121 estudantes universitários, já anteriormente referido e descrito, verificaram existir uma correlação significativa e positiva entre a visibilidade da deficiência e incapacidade (avaliação numa escala de 6 pontos, variando entre “nada visível” e “muito visível”, sobre a medida em que a sua deficiência era visível para as outras pessoas) e o nível de adaptação à mesma [avaliado pelas escalas de ajustamento e reconhecimento do RIDI e pela *Faces Scale* que pretende avaliar a satisfação com a qualidade de vida (Andrews & Withey, 1976, citados por Livneh & Wilson, 2003)]. Ou seja, pessoas que consideravam que os outros percepcionavam a sua deficiência como mais visível, apresentavam uma maior adaptação. Este resultado não corrobora o verificado por Olney et al. (2004), em que as pessoas que não se autoconsideravam como tendo uma deficiência, apresentavam menores níveis de sofrimento psicológico. Alerte-se, porém, que no estudo de Olney et al. a visibilidade da deficiência correspondia a uma auto-avaliação da visibilidade, enquanto Livneh e Wilson se reportaram à opinião que o sujeito detinha sobre a visibilidade percepcionada pelas outras pessoas. Porém, e ainda no estudo desenvolvido por Livneh e Wilson, foi verificado, com recurso à análise de regressão múltipla, que a visibilidade da deficiência não contribuía para explicar a variância observada na adaptação psicológica. Também já, anteriormente, Livneh et al. (2001) tinham verificado, numa amostra com 97 estudantes universitários com deficiência,

que a visibilidade percebida não contribuía para explicar a variância observada no processo de adaptação. É avançado pelos autores que pessoas com deficiências ou incapacidades invisíveis poderão ter maiores dificuldades na aceitação da mesma, experimentando um menor número de indicadores que lhe relembram a sua existência. Poderá, ainda, pesar neste processo o receio de que a sua deficiência seja descoberta por outros. Os estudos sobre a dimensão da visibilidade da deficiência e incapacidade carecem de maior aprofundamento nomeadamente no que se refere aos instrumentos usados na sua avaliação e que têm sido tipicamente a colocação de uma questão única, face à qual o sujeito se pronuncia sobre a sua ausência, existência ou nível desta última.

Estudando um grupo de 400 pessoas com desfiguração corporal (de etiologia congénita ou adquirida por trauma, doença ou resultante do desenvolvimento natural), Moss (2005) constatou que a severidade subjectiva dos problemas de aparência, ou seja, a resultante da avaliação dos próprios, se encontrava fortemente relacionada com o ajustamento. Quanto maior a severidade percebida, menor o ajustamento psicológico, sendo esta relação mantida quando se considerava a aparência global ou uma única parte do corpo e este efeito era mais acentuado em diferenças ou alterações particularmente visíveis. O autor afirma, ainda, que a avaliação da severidade da alteração na aparência e o ajustamento psicológico podem exercer influências recíprocas. À semelhança do que já reportámos em referência a outras investigações, igualmente Moss recorreu a um instrumento distinto para estimar o ajustamento - DAS24 (*Derriford Appearance Scale*, Moss, Harris, & Carr, 2004, citados por Moss, 2005), uma escala que pretende avaliar o ajustamento face ao sofrimento e disfunção relativos à autoconsciência sobre a aparência. A severidade da alteração da aparência foi estimada com recurso a dois itens sobre a aparência global e sobre a aparência de uma parte ou zona corporal, facto que o autor reconhece como uma fragilidade na investigação.

As disparidades de resultados obtidos nos estudos desenvolvidos por Moss (2005), Olney et al. (2004) e Livneh e Wilson (2003) podem, em certa medida, ser devidas às características das amostras utilizadas. Olney e colaboradores recorreram a dados de uma grande amostra nacional, com tipologias de deficiência e incapacidade muito diversas. Embora também houvesse diversidade na amostra utilizada por Livneh e Wilson, apenas 9,9% possuíam limitações físicas (logo com maior probabilidade de serem visíveis) e os sujeitos eram estudantes universitários. A amostra a que recorreu Moss destaca-se claramente das restantes, por ser composta, exclusivamente, por pessoas com alterações físicas na aparência, em que a visibilidade é um dado maioritariamente presente.

A visibilidade da deficiência e incapacidade tem, por vezes, sido estudada na sua relação com a negação da mesma. Em investigação desenvolvida por Livneh et al. (2001), junto de 97 estudantes universitários com deficiência, foi demonstrado que apenas a negação da deficiência, e não a visibilidade, contribuía positiva e significativamente para a adaptação psicossocial à deficiência e incapacidade, trazendo para esta reacção uma conotação de resposta adaptativa.

Um dos pontos que se destaca na literatura apresentada sobre os factores psicológicos e psicossociais com eventual influência nos processos de adaptação à deficiência e incapacidade é a diversidade de conceptualizações (Martz et al., 2009) e instrumentos de avaliação da adaptação, o que limita a formulação de conclusões acerca de tendências e respectiva generalização de resultados (Horgan & MacLachlan, 2004). Tivemos a possibilidade de nos debruçar sobre estudos que analisaram a adaptação como conceito global (Berry et al., 2007; Elliott et al., 2000; Frain et al., 2009; Groomes & Leahy, 2002; Li & Moore, 1998; Livneh et al., 2004) ainda que com recurso a instrumentos distintos, mas também sobre outros que apenas recorreram a manifestações parciais deste processo, como sejam as reacções de depressão,

ansiedade ou outras (Affleck et al., 1987; MacLeod & MacLeod, 1998; Moss, 2005). Outras investigações, ainda, consideraram constructos relacionados como indicadores de adaptação, como são exemplo a satisfação ou a qualidade de vida (Behel et al., 2002; Lustig et al., 2000; Pakenham, 2008). A diversidade de conceitos conduz a que as diversas investigações nem sempre sejam comparáveis e que os seus resultados possam ser lidos como aparentemente contraditórios (Livneh & Antonak, 1997).

Uma vez mais a possibilidade de generalização dos resultados à população com deficiência e incapacidade poderá ficar comprometida se considerarmos a natureza das amostras utilizadas na investigação. A maioria dos estudos, que tivemos oportunidade de analisar, reporta a uma tipologia específica de deficiência e incapacidade (ex. esclerose múltipla, amputação, lesão vertebro-medular), sendo menor o número de investigações acedido com diversas tipologias de deficiência e incapacidade.

Considerando o elevado número de factores que parecem influenciar o processo individual de adaptação, alguns dos quais reportados ao longo desta secção, Horgan e MacLachlan (2004), com base em revisão de literatura sobre a adaptação à amputação, sublinham a necessidade de desenvolvimento de planos de investigação quer quantitativos, quer qualitativos que permitam melhor conhecer estas relações e, acrescentaríamos, trazer novos esclarecimentos em áreas em que a investigação parece não ser conclusiva (ex. negação, visibilidade percebida).

É escassa a investigação que relaciona mais do que um dos factores psicológicos e psicossociais antes mencionados, e outros que possam influenciar o processo de adaptação individual à deficiência e incapacidade. Seria importante desenvolver investigação com uma orientação multivariada, em que diversos factores pudessem ser analisados em simultâneo, aproximando a investigação à realidade, em que uma mesma pessoa pode ser afectada na sua vivência de adaptação por uma multiplicidade de variáveis, com eventuais interações

recíprocas não apenas com a dimensão de adaptação, mas também com outras variáveis. Sendo reconhecido, por diversos autores (Groomes & Linkowski, 2007; Livneh, 1991; B. A. Wright, 1983), o papel do ambiente nos processos de adaptação, seria, igualmente, desejável o estudo de influências mútuas entre factores ambientais e factores individuais. Alguns dos estudos, atrás citados, são sustentados em amostras recolhidas em contexto institucional, tipicamente de reabilitação, não representando verdadeiramente o contexto de vida em que o sujeito se moverá no período pós-reabilitação e descurando os factores nele operantes. Neste sentido, seria de equacionar investigação a desenvolver no contexto natural dos sujeitos, ainda que a realizada em contexto de reabilitação seja não menos importante, em virtude de contemplar os momentos iniciais de adaptação à deficiência e incapacidade, trazendo novos contributos à intervenção em reabilitação.

Em conclusão e face aos dados anteriormente reportados, parece ainda assim ser possível equacionar algumas tendências nesta temática. Algumas características de personalidade como a extroversão, o optimismo e a auto-estima elevada parecem estar associadas a processos de adaptação melhor sucedidos. A existência de um *locus* de controlo interno aparenta igualmente ser promotora de uma melhor adaptação, pelo seu recurso a estratégias de *coping* mais funcionais. Porém, o controlo interno revela-se funcional em situações em que o sujeito tem capacidade real de interferência, sendo mais adaptativo o recurso ao controlo externo quando a situação em causa é, efectivamente, controlada por outros como técnicos ou pessoas significativas na sua vida.

Igualmente relacionado com a capacidade de confronto do sujeito com a condição de deficiência e incapacidade surge a necessidade de estabelecer significado e sentido na experiência de incapacidade. Pessoas que revelaram conseguir atribuir um significado à

incapacidade, construindo sobre ela um sentido coerente e definindo objectivos estáveis mostraram-se mais adaptadas à nova condição.

A literatura aponta, também, no sentido de os sujeitos que adoptam estratégias de *coping* activas e centradas no problema desenvolverem processos de adaptação melhor sucedidos. Porém e à semelhança do demonstrado para o *locus* de controlo, as estratégias de *coping* centradas no problema poderão não ser as mais adaptativas em todas as fases do processo. O recurso a estratégias mais passivas e emocionais em fases precoces do processo parecem desencadear resultados mais benéficos, dado que o sujeito se encontra a ser confrontado com uma condição que eventualmente excede os seus actuais recursos. O recurso a estratégias de índole vária, em situações altamente stressantes, também se revelou um factor promotor da adaptação. A negação, enquanto estratégia de *coping* emocional, revelou idêntico impacto. Poderá assumir uma função adaptativa em fases iniciais de confronto com a deficiência e incapacidade, mas a sua instalação como recurso continuado poderá ser prejudicial ao processo de adaptação.

As tendências acima apresentadas estão em continuidade com a maioria da formulação proposta por autores de modelos de adaptação. Os factores psicológicos que parecem influir sobre a adaptação estão presentes na transformação de valores nas fases finais da adaptação e num percurso iniciado com estratégias mais emocionais e terminado com estratégias mais racionais em que o confronto centrado no problema, a definição de objectivos e novos projectos são mais dominantes.

A dimensão do suporte social, percebido pelas pessoas com deficiência e incapacidade, revelou-se igualmente um factor de ajustamento, sendo o seu impacto variável em função das características sociodemográficas dos sujeitos.

Finalmente, sendo uma das implicações da deficiência e incapacidade a alteração do aspecto e aparência física, efectuámos alguma análise acerca das implicações da visibilidade percebida. Neste sentido, a literatura analisada não revelou uma tendência única.

3.4. Factores Relacionados com a Deficiência e Adaptação à Deficiência e Incapacidade

Neste ponto procuraremos abordar a influência de alguns dos factores relacionados com a deficiência e incapacidade, destacando os que a literatura identifica como influentes nos processos de adaptação à deficiência e incapacidade. Especificamente, centraremos a nossa atenção em dimensões como a duração, o tipo (por estrutura afectada), a natureza (congénita ou adquirida) e a severidade da deficiência e incapacidade e os impactos destas últimas nas restrições à actividade. Como é possível constatar, seguidamente, e à semelhança do verificado ao longo deste trabalho, a apresentação de investigação desenvolvida com populações com distintas tipologias de deficiência e incapacidade pode condicionar a comparabilidade entre os resultados expostos.

A duração da deficiência e incapacidade tem sido apontada como um dos factores potencialmente actuantes sobre o processo de adaptação à deficiência, ainda que os dados de investigação não demonstrem concordância, sendo que alguns estudos não encontram evidência significativa de adaptação à medida que a duração aumenta (Krause, 1998; Livneh et al., 2004; Lucas, 2007; Martz, 2004) e outros sim (Ford, Gerry, Johnson, & Tennant, 2001; Livneh et al., 1999; MacLeod & MacLeod, 1998). Este factor adquire uma maior importância nos chamados modelos lineares de ajustamento à deficiência e incapacidade, em que se espera

uma evolução temporal, no sentido de um estado de equilíbrio de adaptação (Livneh & Antonak, 1991). Tal como é afirmado pelos autores, a cronicidade da deficiência e incapacidade parece estar inversamente relacionada com as fases iniciais do processo de adaptação. Ou seja, pessoas com história de vivência de deficiência e incapacidade mais longa parecem evidenciar reacções mais adaptadas e menor ansiedade ou depressão, características de fases iniciais.

Ainda que a dimensão tempo possa ter um papel no processo de adaptação, não parece, no entanto, possível encontrar um tempo médio para o seu desenvolvimento, sendo tal impossibilidade decorrente da singularidade e variabilidade humana e da multiplicidade de factores actuantes no processo. Desde B. A. Wright (1983) que afirma que a duração deste processo se situa num percurso de anos, até autores como Lucas (2007) que questiona se o ajustamento pode ser verdadeiramente alcançado, assiste-se a uma diversidade de propostas em função da investigação desenvolvida e resultados encontrados, como se constata na seguinte revisão de literatura.

Num estudo longitudinal de 20 anos (Krause, 1998), incluindo 4 momentos de avaliação (inicial, passados 11, 15 e 20 anos), com população com lesão medular com uma duração média de incapacidade de 28,7 anos, foi solicitado aos sujeitos que avaliassem o seu ajustamento presente e futuro. Krause conclui que as pessoas que mostravam bons níveis de ajustamento no momento inicial do estudo mantinham condições idênticas no seu final, indicando que a duração e o factor temporal não parecem ser um indicador de relevo. Igualmente, Livneh et al. (2004) não verificaram relação entre a duração da deficiência e incapacidade e os níveis de adaptação a esta condição, ainda que tivessem observado uma maior duração média entre pessoas com níveis de adaptação mais elevados. Do mesmo modo, Martz (2004), verificou, em 39 estudantes com deficiências diversas, que, além de não serem observadas diferenças nas oito reacções à deficiência e incapacidade propostas por Livneh e

avaliadas pelo RIDI, os sujeitos com maior duração (entre 19 a 55 anos) de deficiência e incapacidade manifestavam reacções mais acentuadas de hostilidade, quer externa, quer interna, do que os que tinham adquirido a deficiência e incapacidade há menos tempo (entre 4 a 18 anos). Tal como a própria autora reconhece, este dado não deve ser lido como sinónimo de reacção não adaptativa, na medida em que estas duas fases – hostilidade interna e externa – estão próximas da fase de reconhecimento e ajustamento propostas por Livneh (1991).

Em dois estudos longitudinais, desenvolvidos por Lucas (2007), foi encontrada reduzida evidência sobre o processo de adaptação ao longo do tempo, sobretudo se a medida utilizada para avaliar esta progressão fosse o nível de satisfação individual (estimado através da auto-avaliação sobre o nível de satisfação global com a vida numa escala de 0 a 10 pontos, na amostra alemã, ou de 1 a 7 pontos, na amostra inglesa). Quando a dimensão em avaliação, ao longo do tempo, era o sofrimento psicológico (avaliado pelo *General Health Questionnaire*, Goldberg, 1992, citado por Lucas, 2007) foi possível encontrar evidência relativa de adaptação passados alguns anos sobre o surgimento da deficiência. Este autor estudou duas grandes amostras, uma alemã e outra britânica, compostas, respectivamente por 675 e 272 sujeitos com deficiência adquirida, mas de natureza diversa. Contrariamente ao habitualmente adoptado em investigação, este autor não recrutou especificamente pessoas com deficiência para a sua amostra, tendo recorrido à participação de diversos adultos integrados em agregados familiares e analisado as suas respostas ao longo de um extenso período de tempo. No momento da análise, eram então sinalizados, no conjunto total de sujeitos, aqueles que, no decurso da investigação, haviam adquirido deficiência. A informação recolhida longitudinalmente possuía, assim, dados relativos aos períodos anterior e posterior à deficiência. Com a amostra alemã apenas foi analisada a dimensão nível global de satisfação com a vida, verificando-se que não ocorreu adaptação, nesta variável, ao longo dos 5 anos subsequentes ao aparecimento da deficiência e incapacidade. Foi ainda observado que, embora os sujeitos com incapacidades de

nível severo e moderado apresentassem, inicialmente, níveis de satisfação similares, rapidamente os primeiros começavam a apresentar menor satisfação, permanecendo, ao longo do tempo, com níveis igualmente baixos. Com a amostra britânica, os resultados sobre a dimensão satisfação com a vida foram replicados. A dimensão de bem-estar psicológico apontou para alguma tendência para um percurso de adaptação: após o surgimento da deficiência, o sofrimento psicológico aumentou, verificando-se, em seguida e ao longo dos anos, um ligeiro decréscimo. Face aos resultados obtidos, o autor ressalva a possibilidade de a adaptação à deficiência e incapacidade não ser um processo inevitável ou mesmo que todos os sujeitos tenham de completar, na medida em que os sujeitos com deficiência e incapacidade adquirida mostram que, ao fim de diversos anos, não foram ainda capazes de atingir os níveis de satisfação e alegria ou sofrimento psicológico que apresentavam anteriormente à deficiência. No caso da última dimensão, apenas estudada na amostra britânica, parece ter sido evidente uma diminuição do sofrimento decorridos 4 anos após o surgimento da condição de deficiência e incapacidade, apontando-se aqui algum desenvolvimento no sentido adaptativo.

Por outro lado, Livneh et al. (1999), em investigação desenvolvida junto de pessoas com amputações, constataram que pessoas que viviam há mais tempo com a condição de amputação reportavam menores níveis de ansiedade e depressão, enquanto indicadores de ajustamento. Este dado aponta no sentido de reforçar a noção temporal de adaptação à deficiência e incapacidade, defendida pelo próprio autor, em que em etapas iniciais são evidenciadas, com maior intensidade, reacções de ansiedade e depressão.

Num estudo comparativo entre lesão medular e esclerose múltipla foi verificada (MacLeod & MacLeod, 1998) uma correlação significativa e negativa entre níveis de depressão e duração da doença apenas para a primeira condição de saúde. Também Ford et al., (2001) verificaram, numa amostra composta por 180 pessoas com esclerose múltipla, melhores níveis de qualidade de vida subjectiva (avaliada por recurso à *Leeds Multiple Sclerosis Quality of Life*

Scale, Ford, Gerry, Tennant, Whalley, Haigh, & Johnson, 2000, citados por Ford et al., 2001) definidos como reflexo do ajustamento à doença, em sujeitos cuja manifestação da doença havia ocorrido há mais tempo (acima dos 14,4 anos).

A literatura existente sobre a adaptação à esclerose múltipla e a sua relação com factores relacionados com a deficiência e incapacidade tem tendencialmente revelado uma maior influência exercida pela natureza e impacto da deficiência do que por factores como a duração ou severidade da doença (Pakenham, 1999). Não obstante, os dados obtidos na área continuam a não ser reveladores de uma tendência unidireccional. Ao analisar esta dimensão em população com esclerose múltipla, Pakenham verificou que o nível de deficiência e incapacidade, avaliado pela aplicação da subescala física do *Sickness Impact Profile* (instrumento que pretende avaliar a disfunção comportamental relacionada com a doença desenvolvido por Bergner, Bobbitt, Carter e Gilson, em 1981, citados por Pakenham, 1999), junto de uma amostra de 122 pessoas com uma duração média de doença de 16 anos, se revelou a única variável preditora do ajustamento. Porém, foram verificadas correlações significativas entre níveis elevados de ajustamento e uma maior duração da doença, menor severidade da doença (avaliada com recurso à *Expanded Disability Status Scale*, instrumento, a ser aplicado por neurologistas e que permite obter uma avaliação das limitações neurológicas em oito sistemas funcionais, desenvolvido por Kurtzke, 1983, citado por Pakenham, 1999) e menores níveis de deficiência e incapacidade.

Similarmente, Martz et al. (2005) verificaram que maiores níveis de severidade e impacto (dor e recidiva) da deficiência e incapacidade estavam, significativamente, relacionados com menores níveis de adaptação (avaliados pelas subescalas de reconhecimento e de ajustamento do RIDI), em população com desordem medular.

Em população com artrite reumatóide, em que a dor e a limitação funcional são características fortemente destacáveis, Revenson e Felton (1989) analisaram a influência da incapacidade na adaptação e bem-estar percebidos pelos sujeitos. Uma amostra de 45 pessoas com artrite reumatóide participou na investigação longitudinal desenvolvida, respondendo, entre outras medidas, a uma escala contendo seis itens relativos a limitações físicas. A amostra caracterizava-se por uma incapacidade moderada, revelando uma média de 2,2 actividades que não poderia desempenhar aquando do primeiro momento de recolha de dados e de 2,6, aquando do segundo, seis a sete meses após o primeiro. A adaptação foi determinada com recurso a instrumentos de avaliação da auto-estima, auto-eficácia, afectos positivos e negativos e 8 itens da ADS de Linkowski (1971). Os resultados obtidos apontam que as pessoas com maiores níveis de incapacidade revelaram uma menor aceitação da respectiva condição e maior evidência de humor negativo.

Williamson, em 1998, considerando a depressão enquanto indicador do ajustamento à amputação, constatou, numa amostra de 160 sujeitos, que a restrição e limitação de actividades regulares na vida do sujeito se revelaram fortes preditores do humor depressivo. Esta relação evidenciou-se como particularmente intensa nos sujeitos com amputações acima do joelho, claramente mais limitativas da actividade e menos facilitadoras do uso de prótese.

O tipo de deficiência e incapacidade e a sua influência no ajustamento foi igualmente investigado por Livneh et al. (2004) junto de pessoas cuja limitação foi classificada numa de três categorias: física/sensorial, psiquiátrica/emocional e de aprendizagem/cognitiva, verificando-se, com base numa análise de *clusters*, uma maior tendência para as pessoas com deficiências físicas ou sensoriais estarem integradas no grupo de pessoas com elevados níveis de adaptação à deficiência e incapacidade. Anteriormente, Joiner et al. (1989) verificaram, numa amostra de 160 pessoas com deficiências ou incapacidades diversas

(neuromusculoesquelética, sensorial, orgânica e intelectual), que o tipo de incapacidade se revelou um bom preditor da aceitação da deficiência e incapacidade, sendo que as deficiências sensoriais (auditiva e visual) apresentavam níveis significativamente mais elevados de adaptação do que todas as restantes, o que está, parcialmente, em consonância com os dados apresentados por Livneh e colaboradores. Este dado é justificado, pelos autores, com a existência de sistemas educativos e outros de suporte que poderão ser facilitadores dos processos de aceitação. Outros dados, não explorados, podem, eventualmente, apoiar a compreensão dos resultados: o carácter congénito ou adquirido destas deficiências em comparação com as restantes, o nível de limitações funcionais experimentadas ou o facto de serem filhos de pais com limitações similares podem ser eventuais factores explicativos. Verificaram também que pessoas com lesões vertebro-medulares evidenciavam estar melhor adaptadas do que as que apresentavam limitações ortopédicas. Neste caso, a potencial explicação, avançada por Joiner et al., residia na recente disponibilização de suporte legal e económico à reabilitação de população com lesão vertebro-medular, constituindo-se como um momento em que a aceitação poderia estar particularmente facilitada. Este dado deve ser entendido com a prudência que a antiguidade e contextualização nacional do estudo implicam. O potencial de reabilitação face a ambas as limitações, não avaliado neste estudo, poderá, também, ter sido uma variável influente no confronto dos sujeitos com a sua incapacidade e no desenvolvimento do seu processo de aceitação.

Em investigação já anteriormente referida neste trabalho, Li e Moore (1998) sublinharam que as pessoas com deficiência e incapacidade congénita se encontravam melhor ajustadas do ponto de vista psicossocial. Ainda relacionado com a caracterização da deficiência e incapacidade foi ressaltado o facto de a multideficiência estar igualmente associada a processos de ajustamento menos bem conseguidos, o que poderá relacionar-se com uma maior diversidade de limitações e concomitante acrescido número de obstáculos a enfrentar.

Sustentado na prática clínica, Oliveira (2001) afirma que, na incapacidade crónica, não são os factores físicos os preditores da adaptação, mas antes pelo contrário, são os de ordem psicológica que condicionam a forma e o resultado deste processo: “Sabemos que o grau de deficiência, a sua funcionalidade e até a tradução estética, sem dúvida influentes, não determinam o sucesso ou fracasso deste processo, por ventura essencialmente determinado pelas capacidades de funcionamento mental do sujeito.” (p. 56).

Em suma e embora os estudos apresentados evidenciem divergência, em alguns domínios, parece emergir uma tendência para que pessoas com uma história mais longa de deficiência, com menores níveis de severidade e possuindo deficiências de natureza sensorial, revelem uma maior adaptação à deficiência, ainda que exista, também, alguma evidência na deficiência física. No caso específico da severidade da deficiência e consequentes limitações de actividade, é discutível se o que estará em causa será efectivamente a gravidade em si e a limitação, ou o impacto psicológico destas na pessoa. É igualmente sugerida uma adaptação mais facilitada em casos de deficiência congénita.

Como já sobejamente destacado, a compreensão sobre o processo de adaptação não se confina a factores desta ordem, pelo que outros, até eventualmente com maior impacto, deverão ser igualmente equacionados e integrados. Mais do que a importância da duração da deficiência e incapacidade (MacLeod & MacLeod, 1998) e sendo as incapacidades de natureza e evolução diversa, devemos atender à relação entre o ajustamento e os padrões de progressão da doença ao longo do tempo e a antecipação da incapacidade.

Como afirma Bishop (2005b), a descentração destes factores clínicos, físicos ou mesmo demográficos e a cada vez maior inclusão dos factores idiossincráticos e ambientais na explicação dos processos de adaptação acompanha o afastamento face ao modelo médico e

corroborar o carácter multifacetado da adaptação à deficiência e à incapacidade afirmado por Livneh et al. (2004):

Na verdade, uma das razões significativas pela qual o campo se afastou das noções baseadas no modelo médico sobre a adaptação é que simplesmente considerar variáveis objectivamente mensuráveis, como o diagnóstico ou o grau de deficiência, independentemente de outros factores, tem falhado consistentemente em servir como um importante preditor da adaptação geral de um indivíduo. (p. 220)

3.5. Emprego e Adaptação à Deficiência e Incapacidade

Com a presente secção pretende-se aprofundar o conhecimento sobre a relação entre o processo de adaptação à deficiência e incapacidade e o acesso destas pessoas ao mercado de trabalho, analisando não apenas a obtenção de um trabalho (quer se trate de um primeiro emprego ou do regresso ao mercado, na mesma área ou noutra distinta), mas também o processo prévio de procura. De entre a literatura disponível e consultada, constata-se que os estudos tendem a centrar-se sobre amostras compostas por uma única tipologia de deficiência ou um mesmo tipo de doença. Igualmente, a adaptação nem sempre é avaliada directamente, mas através de indicadores ou componentes isoladas do processo (ex. orientação para o futuro, sofrimento psicológico, estratégias de *coping*, ansiedade e depressão), o que dificulta a verdadeira compreensão do seu papel e ainda mais a generalização dos resultados ou conclusões.

Considerando a especificidade da maioria dos estudos por tipologia de deficiência e incapacidade, organizaremos a apresentação da literatura consultada segundo este mesmo

critério. A maior parte da literatura acedida aponta no sentido de a adaptação ou seus indicadores estarem correlacionados ou serem preditores da condição de emprego, ainda que em uma das investigações, sobre o caso particular da esclerose múltipla e a referir em seguida, tal não se tenha verificado. Nesta análise sobre a relação entre adaptação e emprego, teremos ainda oportunidade de discutir o sentido desta mesma relação e a sua potencial influência mútua.

Tal como referido no parágrafo anterior, apenas num dos estudos consultados não foi encontrada evidência para a relação entre adaptação e condição face ao emprego. Em população com esclerose múltipla, numa investigação desenvolvida com uma amostra de 69 sujeitos, não foi verificada relação entre a dimensão de saúde mental da qualidade de vida e o emprego. Esta dimensão foi avaliada pelo *Mental Health Inventory*, instrumento composto por 18 itens que avaliam a ansiedade, depressão, controlo comportamental e afectos positivos (Ritvo et al., 1997), e considerada como possível reflexo do ajustamento desenvolvido pelos sujeitos face à doença e suas condicionantes. Entre o conjunto de sujeitos estudado, o estatuto de emprego, isto é, estar ou não empregado, não se revelou um bom preditor do nível de saúde mental, sendo que, na generalidade, os sujeitos reportavam níveis elevados de saúde mental e foi verificada a ausência de diferença significativa entre os dois grupos.

Berglund et al. (2003) verificaram que, em população com síndrome de Ehlers-Danlos (doença genética, com sintomas de alterações musculares), as pessoas que estavam a trabalhar a tempo inteiro aceitavam (sendo a dimensão de aceitação avaliada por uma versão modificada da ADS e correspondendo essa modificação à substituição da palavra deficiência pela designação do síndrome) melhor a sua deficiência do que as que recebiam pensão por doença ou incapacidade. A análise de regressão múltipla revelou que uma maior aceitação estava associada a um melhor estatuto de saúde funcional (avaliado pelo *Sickness Impact Profile*,

desenvolvido por Bergner, Bobbitt, Carter e Gilson, em 1981, citados por Berglund et al., 2003).

Jason et al. (2000), ao estudarem os mecanismos de *coping* em população com fadiga crónica (doença degenerativa com implicações, entre outras, musculoesqueléticas), verificaram que os sujeitos que se encontravam a trabalhar apresentavam melhores indicadores psicossociais (*coping*, optimismo e stresse) do que os que estavam desempregados. Estudada uma amostra de 32 sujeitos, foi ainda verificado que os sujeitos integrados apresentavam menores limitações físicas decorrentes da doença, sendo portanto de equacionar a influência da funcionalidade física.

Os estudos anteriores reportam à incapacidade física em consequência de uma doença. Em seguida, procuraremos ilustrar alguma da investigação desenvolvida, também no domínio da deficiência adquirida, mas resultante de traumatismo. Não podemos deixar de destacar que não obstante a, por vezes, até algo ampla, investigação no domínio da amputação, ela não foi por nós encontrada neste campo particular do conhecimento.

Felmingham, Baguley e Crooks (2001), ao analisarem factores que podem funcionar como preditores da obtenção de emprego em pessoas que sofreram traumatismo crânio-encefálico, verificaram que a introdução de factores associados à alta de reabilitação, em complemento aos tradicionalmente utilizados, como as características pré-incapacidade ou as demográficas, melhorava significativamente a capacidade de predição do emprego futuro. Especificamente, a investigação foi desenvolvida com um grupo de 55 pessoas que sofreram traumatismo crânio-encefálico e que foram avaliadas 6 meses e 2 anos após a alta. Foi verificado que o sofrimento psicológico (avaliado com recurso ao *General Health Questionnaire* e à *Trauma Complaints List*), observado 6 meses após a alta, se revelou um bom preditor do emprego 2 anos após a mesma, sendo esta dimensão responsável por 26% da

variância do estatuto profissional. Ou seja, era mais provável que a pessoa se encontrasse a trabalhar passados 2 anos após a alta se revelasse um maior bem-estar psicológico 6 meses após a alta de reabilitação.

Igualmente na área do traumatismo craniano, foi estudado o ajustamento psicossocial, considerando como indicadores desta dimensão os níveis de ansiedade e depressão, avaliados com recurso às *Escalas de Hamilton* de Ansiedade e Depressão, respectivamente, e a sua relação com o emprego. Esta investigação, desenvolvida por Franulic, Carbonell, Pinto e Sepulveda (2004), integrou três grupos de pessoas, empregadas e desempregadas, que haviam sofrido traumatismo há 2, 5 e 10 anos, sendo o primeiro grupo constituído por 71 pessoas, o segundo por 73 e o terceiro por 58. Os resultados obtidos apontam níveis significativamente mais elevados de ansiedade no grupo de desempregados com traumatismo há 10 anos e de depressão no grupo de desempregados com traumatismo há 5 anos. Sistemáticamente as pessoas desempregadas apresentavam níveis de ansiedade e depressão mais elevados. Não sendo avançada uma hipótese explicativa para as diferenças observadas face a diferentes durações de incapacidade, os autores alertam, porém, para a importância de aprofundar investigação desta natureza, na medida em que a associação de características de depressão e ansiedade ao grupo de desempregados levanta a questão de se o desemprego se deve à sua actual condição de incapacidade e menor ajustamento, ou se o trabalho, tendo uma eventual função terapêutica, poderá ter contribuído para uma melhor condição de ajustamento psicossocial verificada nos grupos de pessoas empregadas.

O ajustamento após lesão vertebro-medular (Krause & Anson, 1997a) foi, também, estudado numa amostra estratificada composta por 362 sujeitos em diferentes condições ocupacionais: empregados; desempregados, mas estudantes; e desempregados e não estudantes, sendo que todos já haviam sofrido a lesão há pelo menos 2 anos. À totalidade da amostra foram

aplicadas sete escalas do *Multidimensional Adjustment Profile* (MAP, Krause & Anson, 1997b): Satisfação Global; Satisfação com a Carreira; Satisfação Doméstica; Défice de Competências; Ajustamento; Sofrimento Emocional e Limitações Funcionais. Os autores constataram que as pessoas empregadas apresentavam um nível global de ajustamento mais elevado do que as dos restantes dois grupos. Porém, enquanto entre os empregados e os desempregados não estudantes foram observadas diferenças significativas no que concerne às áreas de Satisfação Global, Défice de Competências, Ajustamento e Satisfação com a Carreira, tal apenas foi verdade, na comparação entre o grupo de empregados e o de desempregados estudantes, no que diz respeito à última dimensão. É discutível, também, se estas diferenças se devem ao facto de empregados e desempregados estudantes se encontrarem ambos ocupados, comparativamente com os outros desempregados. Acresce ainda que os desempregados que não se encontravam a estudar apresentavam menor ajustamento e maiores défices de competências, quando comparados com os desempregados estudantes.

Ainda que sendo diminuto o número de estudos sinalizados, foi possível encontrar alguma investigação, no domínio em análise, contendo amostras com mais do que uma tipologia de incapacidade, e cuja descrição apresentamos em seguida.

Em investigação, já citada no capítulo anterior, e abordando as deficiências física, de pele e orgânica, Mettävainio e Ahlgren (2004) verificaram que um dos factores que contribuía para o sucesso na experiência de regresso ao trabalho era o desenvolvimento individual de um processo de *reorientação*, contendo o ajustamento à deficiência e incapacidade, associado à aceitação de uma menor capacidade, mas considerada suficiente, pelo próprio, para a realização de um trabalho, e a definição de uma nova identidade profissional. Este processo de reorientação, emergente da análise de conteúdo sobre os testemunhos dos sujeitos, em entrevista, aproxima-se da conceptualização de adaptação à deficiência e incapacidade

avançada por autores como B. A. Wright (1983), Livneh (1991) ou Groomes e Linkowski (2007), contendo a mudança de valores e a criação de uma nova identidade mais consonante com a nova condição. Por se tratar de um estudo qualitativo, sobre uma amostra de dimensão muito reduzida, há que adoptar alguma prudência na análise dos dados, ainda que nos pareça possível afirmar que este estudo parece contribuir no sentido de evidenciar a influência do processo de adaptação à deficiência e incapacidade na obtenção de emprego, e em particular, numa das suas formas – o regresso ao trabalho. Também Shaw et al. (2002), num estudo já igualmente referido no capítulo anterior, com uma amostra contendo sujeitos com deficiências musculoesqueléticas, neurológicas ou orgânicas, evidenciaram a importância de atribuir um significado à deficiência como estratégia facilitadora do processo de regresso ao trabalho. Como tivemos oportunidade de observar anteriormente, neste capítulo, esta estratégia, entendida como estratégia de *coping*, é observável em sujeitos que exibem respostas mais positivas no seu processo de adaptação. No estudo qualitativo desenvolvido por Shaw e colaboradores, a procura e construção de significado na deficiência e incapacidade operacionaliza-se na compreensão dos seus impactos a longo prazo, resposta que se integra no processo de adaptação descrito por vários modelos de compreensão da adaptação à deficiência e incapacidade já analisados (Livneh, 1991; Salick & Auerbach, 2006; B. A. Wright, 1983; Yoshida, 1993).

Os estudos anteriormente abordados sugerem, na sua maioria, e à excepção da investigação desenvolvida com população com esclerose múltipla, a existência de uma relação entre a adaptação à deficiência (ou seus indicadores) e a condição de integração profissional. Porém, e tal como Franulic et al. (2004) discutem, não é claro o sentido desta relação, impondo-se assim a necessidade de aprofundar, idealmente longitudinalmente, os efeitos da adaptação psicossocial à deficiência e incapacidade na futura integração profissional. A

investigação desenvolvida por alguns autores (Felmingham et al., 2001; Mettävainio & Ahlgren, 2004) sugere que a adaptação poderá ser um eventual preditor da futura integração profissional. Nos restantes estudos transversais permanece a questão de se serão os sujeitos mais adaptados que mais facilmente obtêm ou regressam ao trabalho, ou se é a condição de integração profissional, pelos seus benefícios e importância, que leva a que os sujeitos com emprego manifestem melhores níveis de bem-estar e adaptação.

Contrariamente aos autores acima referidos, Krause (1996) defende que é o emprego que promove e conduz a um maior ajustamento e não o inverso. Tendo desenvolvido investigação com uma amostra de 142 pessoas com lesão vertebro-medular, avaliada em dois momentos temporais separados por onze anos, verificou que efectivamente um melhor ajustamento estava relacionado com a obtenção de emprego. Foi igualmente verificado que o fim da relação laboral conduzia também à redução do ajustamento percebido pelos próprios. Procurando indagar se a relação entre a transição para o emprego e a adaptação passa pelo facto de pessoas mais adaptadas terem maior probabilidade de se integrarem profissionalmente ou pelo efeito positivo do emprego no desenvolvimento do ajustamento, Krause estudou 4 grupos com estatutos diversos face ao emprego: 47 pessoas que estavam empregadas no primeiro e segundo momentos de avaliação; 15 pessoas que estavam empregadas na primeira avaliação e desempregadas na segunda (transição negativa); 31 pessoas que estavam inicialmente desempregadas e obtiveram emprego (transição positiva) e 49 pessoas que estavam desempregadas nos primeiro e segundo momentos. Os sujeitos foram avaliados pela aplicação do *Life Situation Questionnaire*, desenvolvido por Crewe e Krause, em 1991 (citados por Krause, 1996), instrumento que pretende avaliar o ajustamento à vida e é composto por 5 subescalas: Actividade; Instabilidade Clínica; Ajustamento; Insatisfação Económica e Insatisfação Interpessoal.

Inicialmente, comparados os quatro grupos, apenas foram verificadas diferenças significativas nas subescalas Actividade e Insatisfação Económica, apresentando os desempregados (em ambas as avaliações) menor actividade e os empregados (em ambas as avaliações) menor insatisfação económica, o que se encontra em conformidade com o esperado face ao exercício ou não de actividade profissional. Os resultados obtidos, pelo autor, e no que concerne aos grupos em que não ocorreu alteração de estatuto profissional, apontam no sentido de as pessoas empregadas reportarem maior actividade, menos insatisfação económica e maiores níveis de escolaridade.

Relativamente aos grupos em que ocorreu transição e especificamente positiva, ou seja, do desemprego para a integração profissional, foram observadas diferenças significativas comparativamente com os restantes três grupos, a maioria das quais anteriores ao processo de integração. Assim, as pessoas que obtiveram emprego caracterizavam-se como um grupo mais jovem, com menor severidade de deficiência e eram mais letrados do que os dois grupos que estavam empregados na primeira avaliação, apontando para um maior potencial de integração. Embora apresentassem estas divergências sociodemográficas com os que estavam empregados no início, o mesmo não era verdade quando comparados com os desempregados que permaneceram desempregados. Ou seja, do ponto de vista sociodemográfico, os dois grupos de desempregados apresentavam semelhanças. Da perspectiva do ajustamento, os dois grupos, inicialmente em condição de desemprego, apenas diferiam relativamente à actividade, evidenciando os que mais tarde encontraram emprego um maior nível de actividade. Traçado este quadro, o autor defende que a evidência sobre marcadas divergências foi obtida mais tarde na transição positiva efectuada pelos que obtiveram emprego. O grupo de pessoas que havia encontrado emprego não apenas continuava a ser mais activo, como havia diminuído a sua insatisfação quer económica, quer interpessoal (a níveis abaixo dos verificados no grupo que sempre esteve empregado). Mas, e mais importante, além destas pessoas terem melhorado o

seu padrão de ajustamento, atingiram níveis idênticos ou mesmo superiores às que sempre tinham estado empregadas. Com base nesta evidência, Krause conclui pela existência de uma influência entre ajustamento e emprego. Embora o ajustamento diminua com a perda do emprego, facto evidenciado pela diminuição de actividade e aumento de insatisfação económica apresentada pelos sujeitos que entraram em situação de desemprego, Krause defende um maior impacto inverso. Ou seja, para este autor, o emprego tem um maior impacto em diversas áreas do ajustamento, tal como foi verificado com os sujeitos que fizeram uma transição positiva.

A perspectiva de inserção profissional e de associação entre bem-estar, enquanto indicador de adaptação, e emprego, é igualmente defendida como válida e evidenciada por Edén et al. (2007). A análise qualitativa, desenvolvida com um grupo de 17 pessoas com deficiência e incapacidade musculoesquelética reformadas que decidiram regressar ao trabalho, revelou que algumas delas se sentiam como socialmente não inseridas por se encontrarem fora do mundo do trabalho e a receber uma pensão. O trabalho era visto como uma “parte natural integrante da vida e seria quase imoral não trabalhar” (p. 1724). Em reforço desta ideia declararam que após terem regressado ao mundo do trabalho (9 regressaram ao antigo emprego e 8 encontraram um novo) sentiram melhoria na sua auto-estima e na sua qualidade de vida.

Ainda que não seja consensual a posição quanto à influência recíproca entre adaptação e emprego, a maioria dos estudos admite a existência de uma associação positiva entre ambos. Outros autores apontam, no entanto, que o emprego pode constituir-se como um factor de stresse para as pessoas com deficiência. Szymanski (1999) aborda esta questão no contexto das mudanças verificadas no mundo do trabalho e de que são exemplos a globalização, o avanço tecnológico e a emergência de novas exigências profissionais. Para as pessoas com deficiência e incapacidade, lidar com estes novos desafios poderá constituir factor de stresse na medida em que, tal como a autora afirma, estas poderão dispor de menor suporte social no contexto

profissional (variável potencialmente atenuadora deste impacto) em função das atitudes negativas que a sociedade tende a desenvolver face a este grupo. O carácter progressivo da incapacidade poderá também aumentar o stresse entre as pessoas com deficiência e incapacidade integradas profissionalmente, na medida em que a incerteza quanto a esta progressão ou a perspectiva de agravamento condicionam o planeamento futuro de carreira. Este poderá ser um dado para ajudar a compreender os resultados obtidos com a investigação, anteriormente descrita, com população com esclerose múltipla (Ritvo et al., 1997) e em que não foi encontrada associação entre a saúde mental dos sujeitos e o seu estatuto face ao emprego. A evolução por surtos e a perspectiva de agravamento da funcionalidade individual, características desta doença, poderão explicar, em função da condição individual, que alguns sujeitos se sentissem melhor a trabalhar e outros não, sendo o exercício da profissão, para estes últimos, um problema adicional. Szymanski alerta, ainda para um terceiro factor, relacionado com a severidade da deficiência e incapacidade. Pessoas com um quadro mais acentuado de limitações funcionais poderão de ter de despende maior esforço e recursos para trabalhar, podendo, assim, o trabalho ser visto como uma fonte de stresse adicional. Independentemente da importância dos factores enumerados pela autora, a sua influência não é linear, havendo a considerar o papel de outros factores contextuais e pessoais, nomeadamente a importância individualmente atribuída ao emprego.

O esforço emocional adicional, algumas das vezes gerador de sofrimento, que alguns trabalhadores com deficiência e incapacidade têm de empreender para obter emprego ou manterem-se no mercado de trabalho, foi analisado por Wilton (2008). Este autor realizou um estudo qualitativo, sustentado numa amostra de 59 pessoas com deficiências intelectuais, psicológicas, físicas e sensoriais, 17 das quais possuíam deficiência física. A análise das respostas às entrevistas individuais permitiu verificar a existência de diversas condições que exigem um esforço emocional por parte das pessoas com deficiência e incapacidade nelas

envolvidas e de entre as quais destacaremos as mais significativas para o presente trabalho. No caso particular da deficiência física, o facto de a maioria das organizações não se encontrar adaptada para receber trabalhadores com estas características é uma das fontes de esforço emocional adicional na medida em que as terão de solicitar junto das suas chefias ou tenderão a tentar aproximar-se do padrão de desempenho dos restantes colegas, superando a inexistência de condições apropriadas. Este esforço poderá ainda estar incrementado quando os sujeitos possuem deficiências não visíveis e a sua existência não foi nem pretende vir a ser comunicada às chefias e colegas. A propósito das deficiências ou incapacidades não visíveis, o autor reporta o desconforto sentido por alguns destes trabalhadores quando confrontados com a escolha das pessoas, sejam elas colegas ou chefias, a quem se poderá confiar tal facto sem que daí advenham consequências negativas para o próprio (ex. comentários irónicos, sentimentos de pena ou alguma hostilidade decorrente de um tratamento diferencial por parte da organização).

Face à resenha de estudos apresentada, constata-se não ser clara a relação entre a adaptação à deficiência e emprego, ainda que boa parte da investigação aponte para que os trabalhadores com deficiência e incapacidade revelem níveis de adaptação mais elevados do que os que se encontram fora do mercado de trabalho. Porém, existe evidência empírica demonstrando que a condição de integração profissional pode ser igualmente sinónimo de sofrimento emocional dado o esforço acrescido a desenvolver ou exigido a estes profissionais. A relação de causalidade entre as variáveis adaptação e emprego não é, igualmente, consensual. O esclarecimento sobre estas questões de investigação beneficiaria de investigação adicional, nomeadamente de carácter longitudinal. A escolha de múltiplos e diversos indicadores de adaptação à deficiência não tem igualmente favorecido o desenho de conclusões neste domínio.

A informação recolhida e explanada até ao momento refere-se à relação entre adaptação ou ajustamento, perspectivada nas diversas conceptualizações e instrumentos adoptados por diversos autores, e o emprego de pessoas com deficiência. Não obstante o esforço de pesquisa realizado, apenas conseguimos detectar um estudo averiguando a relação entre procura de emprego e adaptação ou ajustamento, uma das questões em investigação no presente trabalho. Esta investigação publicada por Bolton, em 1983, debruçou-se sobre uma amostra de 211 pessoas com deficiência e incapacidade (deficiências ortopédicas; dificuldades intelectuais, perturbações emocionais, cardiovasculares, circulatórias, respiratórias e neurológicas) que haviam concluído a sua formação profissional há 2 anos. Dois anos após a primeira recolha de informação sobre os sujeitos e a conclusão da formação, 41% da amostra encontrava-se empregada e 27% estava desempregada, mas à procura de emprego. O subgrupo de desempregados apontou diversos argumentos que explicavam a sua dificuldade de inserção no mercado de trabalho e que correspondiam a problemas relacionados com a própria incapacidade; questões curriculares como a falta de formação ou experiência profissional; o reduzido número de ofertas de trabalho na comunidade envolvente e problemas com o transporte. Considerando este leque de dificuldades, foi verificado que os sujeitos que realizavam uma atribuição causal externa, localizando a dificuldade de inserção na falta de emprego, tinham maior probabilidade de continuar a procurar emprego do que os que atribuíam a questões relacionadas com a sua própria incapacidade. Ou seja, os que localizavam as dificuldades de inserção no próprio mercado de trabalho tendiam a continuar mais motivados e persistentes na procura de emprego. A par destes resultados foi, também, evidenciada a importância de factores como a percepção de uma melhor saúde física e mental, o suporte familiar e a perspectiva optimista face à inserção profissional na obtenção de emprego. Estas características eram evidenciadas, não apenas pelas pessoas que se encontravam integradas aquando da recolha de informação dois anos após a formação

profissional, mas também pelas desempregadas que se mantinham em procura de emprego. Em suma e considerando os resultados obtidos, Bolton (1983) aponta como factores críticos no ajustamento profissional “(a) o estatuto de saúde mental, (b) o suporte familiar no que concerne a objectivos de emprego, (c) o optimismo relativamente à perspectiva de emprego e (d) a atribuição da fonte do problema ao ambiente.” (p. 43), factores que como já vimos a propósito dos estudos sobre a adaptação são indicadores deste mesmo processo (saúde mental, no sentido de bem-estar e optimismo) ou apresentam correlações significativas e positivas com o mesmo (suporte familiar, *locus* de controlo).

4. Funcionalidade para o Trabalho

No presente capítulo pretende-se uma revisão sobre o conceito de funcionalidade e a sua evolução histórica no contexto da promoção da saúde e reabilitação (até ao culminar de alguma uniformização com a introdução da CIF), revisão esta que culminará com a investigação especificamente dedicada à componente laboral deste conceito, isto é, a funcionalidade para o trabalho.

O estudo da influência da funcionalidade para o trabalho no comportamento de procura de emprego por parte de pessoas com deficiência e incapacidade é um dos objectos do presente trabalho, pelo que se impõe, neste capítulo, aprofundar o tema da funcionalidade para o trabalho e da sua relação com outras dimensões como seja o acesso ao emprego e o exercício de uma actividade profissional. Contrariamente às nossas expectativas iniciais, a literatura sobre a procura de emprego e a sua potencial relação com a funcionalidade para o trabalho mostrou-se escassa, encontrando-se mais centrada ou na vertente de regresso ao trabalho ou na determinação do actual estatuto profissional e sendo, não raras vezes, impulsionada por razões políticas e económicas associadas ao peso da protecção social na incapacidade.

4.1. Conceitos de Funcionalidade

O entendimento sobre o conceito de funcionalidade tinha, até final do século passado, sido maioritariamente conotado com o funcionamento dos vários órgãos e estruturas do corpo, claramente espelhado na CIDID (SNR, 1995). Em resultado desta perspectiva conceptual, em que o estatuto funcional correspondia ao impacto da deficiência, a avaliação da funcionalidade tinha por objecto os défices existentes nessas estruturas ou órgãos, traduzidos em sintomas de

doenças ou de deficiências (Costa, 2006), ou seja, os seus resultados em incapacidade ou funcionalidade (Cohen & Marino, 2000). A centração no défice e na sua avaliação introduz o termo “limitações funcionais” ou limitações da funcionalidade, contido em parte da literatura analisada (Nagi, 1991; Pope & Tarlov, 1991; Verbrugge & Jette, 1994).

Nagi, criador do modelo de incapacidade já oportunamente discutido (capítulo 1), é reconhecido (Masala & Petretto, 2010; Snyder et al., 2008) como o primeiro autor a discutir o conceito de funcionalidade, integrado neste mesmo modelo. Sustentado num estudo epidemiológico sobre a incapacidade na população dos Estados Unidos, Nagi (1976) distingue três domínios de funcionalidade individual: física, emocional e mental. A funcionalidade física remete para o funcionamento sensorial e motor do organismo e as suas limitações são evidenciadas em actividades como a marcha, a utilização das mãos e dedos ou a audição. No plano emocional, a funcionalidade traduz-se na utilização de estratégias de *coping* eficazes no confronto com situações de stresse e pode ser observada em diversos sintomas de ordem psíquica e fisiológica (ex. ansiedade, dificuldade em dormir, tonturas). Por fim, a funcionalidade mental compreende as capacidades intelectuais e de raciocínio, sendo habitualmente aferida com base em testes de avaliação da inteligência ou outros de resolução de problemas.

A limitação funcional é considerada o contributo mais directo, ainda que não necessariamente obrigatório, da deficiência para a emergência da incapacidade, na medida em que envolve o desempenho de tarefas essenciais ao desempenho de papéis pessoais e sociais (Snyder et al., 2008). Ainda que limitação funcional e deficiência reportem ambas à função do corpo, distinguem-se pelo facto de a primeira ser relativa a “manifestações ao nível do organismo como um todo” (Nagi, 1991, p. 314) e a segunda a componentes específicas. Nagi (1964) contesta, ainda, a noção de que a funcionalidade, traduzida em nível de incapacidade, implique a existência prévia e causal de uma doença, verificando-se que as limitações são

transversais a todas as pessoas. Pope e Tarlov (1991) acrescentam, ainda, que a funcionalidade é influenciada por muitos outros factores para além do tipo e grau de deficiência, como por exemplo, o funcionamento de outros sistemas corporais.

O modelo de incapacidade de Nagi foi alvo de desenvolvimento por diversos autores, entre os quais se destacam Verbrugge e Jette (1994), com a sua descrição do processo de incapacitação (*disablement process*). Para estes autores, o processo de incapacitação descreve as “trajectórias das consequências funcionais ao longo do tempo e os factores que afectam a sua direcção, ritmo e padrões de mudança” (p. 3). Neste sentido, os autores defendem o igualmente proposto por Nagi: as limitações funcionais correspondem a restrições no desempenho das acções, quer físicas, quer mentais que são esperadas num indivíduo considerando o seu género e grupo etário, ou seja, “os efeitos manifestados no desempenho ou capacidade de desempenho da pessoa como um todo” (Pope & Tarlov, 1991, p. 80). A incapacidade corresponde à expressão social e em contexto da limitação funcional.

Para Verbrugge e Jette (1994), o termo incapacitação representa o conjunto de consequências que a patologia poderá ter no funcionamento individual e a sua representação em processo assume a trajectória que se inicia na patologia, passando pela deficiência e pela limitação funcional até à incapacidade. A incapacidade é definida como a “dificuldade experimentada no desempenho de actividades em qualquer domínio de vida (os domínios típicos para o grupo etário e de género) devido a um problema de saúde ou físico” (p. 4). Assim, o termo incapacidade é, no âmbito deste processo, enriquecido pelos autores, com a inclusão de duas características adicionais, a primeira relacionada com o tipo de actividades em que a funcionalidade e a incapacidade são observadas e avaliadas e a segunda relativa ao contexto em que estas acções são desenvolvidas. É defendido que a dificuldade no desempenho das actividades não deve apenas ser avaliada face a grupos de tarefas tipicamente eleitos na intervenção e na investigação (como as actividades de vida diária, básicas e instrumentais e o

trabalho), devendo incluir todos os domínios de vida e os contextos de avaliação devem ser aqueles em que a pessoa se insere.

Funcionalidade e incapacidade são assim dois conceitos distintos (Nagi, 1964; Verbrugge & Jette, 1994), em que o primeiro reporta à acção, sem requisitos situacionais e o segundo à actividade em contexto. O uso indiscriminado destes dois conceitos conduz a que, não raras vezes, em processos de avaliação de limitações funcionais, se estejam a observar e classificar incapacidades e não o desempenho funcional, ou seja, as acções isoladas do seu contexto natural. Os autores alertam, ainda, que tradicionalmente, na avaliação da incapacidade, é reportado o grau de dificuldade na execução ou o nível de dependência, este último traduzido na ajuda existente para o desempenho da actividade. Ainda que considerando que o indicador dependência traduz melhor a severidade da incapacidade do que o de dificuldade, defendem que, na realidade, a dependência não avalia verdadeiramente a incapacidade, mas sim a existência de um factor que a reduz. O melhor processo de inferir sobre a incapacidade será sempre a observação natural do sujeito em contexto.

Reafirmando que funcionalidade e incapacidade correspondem a conceitos distintos, Verbrugge e Jette (1994) alertam para a falácia de se avaliar a funcionalidade e as correspondentes limitações com base no que a pessoa pode fazer e a incapacidade com base no que realmente faz. Ou seja, estes aspectos correspondem a um mesmo comportamento e estar-se-á a avaliar as suas dimensões de capacidade e desempenho e não funcionalidade e incapacidade que se distinguem pelo facto de a última corresponder a um conceito indissociável do contexto.

Também contrariando uma tendência habitualmente observada na prática clínica e de intervenção, os autores do modelo da incapacitação esclarecem que as avaliações sobre as actividades de vida diária (AVDs) básicas ou relacionadas com o cuidado pessoal e as instrumentais, ou relacionadas com a gestão doméstica, correspondem a avaliações da

incapacidade e não de limitações funcionais, na medida em que ocorrem num contexto, ainda que, por vezes, mais da esfera pessoal.

Em complemento, Verbrugge e Jette (1994) reconhecem a influência de outros factores passíveis de acelerarem ou atrasarem o processo de incapacitação. Sobre esta trajectória influem factores de risco, isto é, características predisponentes de ordem demográfica, psicológica, ambiental, e entre outras. A interferência de factores intra-individuais é igualmente reconhecida, isolando-se o impacto de mudanças comportamentais e de estilos de vida que têm por objectivo o confronto com as consequências da doença. As características psicológicas e o estilo de *coping* adoptado pelo sujeito podem, igualmente, condicionar o processo de incapacitação. Finalmente, as mudanças que a pessoa opera, alterando a forma, tipo ou duração das actividades que executa, podem resultar numa maior ou menor incapacitação. Os factores externos são, também, considerados neste modelo e agrupam-se em três domínios distintos relacionados com a intervenção médica, terapêutica e de reabilitação; com a existência de apoios externos e com os ambientes. No primeiro caso consideram-se as diversas intervenções cirúrgicas e terapêuticas, a intervenção com fármacos, a educação para a saúde e a reconversão ou formação profissional, entre outras. Os apoios externos incluem a assistência pessoal, o recurso a produtos de apoio, a assistência domiciliária, a par de outras. Finalmente, os factores ambientais são referentes aos ambientes construído, físico e social, e em que se destacam, a título de exemplo, as adaptações no domicílio ou no posto de trabalho, a acessibilidade de edifícios e transportes públicos, a legislação e a discriminação positiva no emprego.

É com a introdução da CIF, e com a sua extensa aceitação em diversos países, que ocorre uma modificação generalizada do conceito de funcionalidade, passando este a integrar factores individuais e factores ambientais. Neste sentido e revendo o conceito de funcionalidade, de acordo com a actual definição proposta pela OMS (DGS, 2003), a funcionalidade possui como componentes o corpo (as suas estruturas e funções

correspondentes), as actividades, a participação da pessoa, os factores ambientais e pessoais, e a “funcionalidade de um indivíduo num domínio específico é uma interacção ou relação complexa entre a condição de saúde e os factores contextuais (i.e. factores ambientais e pessoais)” (p. 17). Assim, incapacidade e funcionalidade representam os pólos opostos do resultado da interacção entre a condição de saúde da pessoa e os factores contextuais.

Uma análise comparativa entre a conceptualização de Nagi (1964) e a actualmente defendida pela OMS, permite-nos constatar alguma proximidade de conceitos, ainda que adoptando designações distintas – incapacidade e funcionalidade. O conceito de funcionalidade actualmente defendido pela OMS aproxima-se claramente do de incapacidade de Nagi, pelo reconhecimento que ambos fazem da influência recíproca entre factores ambientais e características individuais. A proximidade é ainda maior se considerarmos que incapacidade e funcionalidade são, hoje em dia, consideradas pólos opostos de um contínuo de funcionalidade individual variável ao longo do tempo e dos contextos. Sendo o modelo de Nagi anterior à actual conceptualização de funcionalidade da OMS e mesmo ao conceito de desvantagem, anteriormente proposto pela mesma organização (CIDID, SNR, 1995), representa um claro avanço na conceptualização da incapacidade e da funcionalidade, descentrando-a da sua exclusiva ancoragem na pessoa e recentrando-a na interacção complexa e dinâmica entre factores individuais, sociais e ambientais. Nagi constitui-se ainda como pioneiro ao atender às várias componentes da incapacidade – física, emocional e mental – avançando para além da primazia dada à expressão física da deficiência.

Eagar et al. (2006) reforçam, igualmente, a ideia de que a definição de funcionalidade só estará completa se reflectir as oportunidades e restrições ambientais, posição já claramente assumida no modelo de compreensão da funcionalidade proposto pela OMS (DGS, 2003), na inclusão dos factores ambientais e respectiva qualificação enquanto facilitadores ou barreiras. Alguns autores (Tomey & Sowers, 2009; Whetstone et al., 2001), ressaltam, igualmente, a

importância das estratégias de compensação, nomeadamente no que se refere às modificações ou alterações na realização da tarefa promovidas pelas pessoas com limitações de funcionalidade (ex. modificar a forma como uma actividade é desenvolvida, tornando-a mais fácil de realizar). Esta visão cria a oportunidade para importantes ganhos pragmáticos e operacionais na medida em que pondera vários agentes que influem sobre a funcionalidade individual, acrescentando-lhes a análise sobre os mecanismos que, individualmente, algumas pessoas com deficiência e incapacidade desenvolvem por forma a aproximar o seu desempenho de padrões idênticos aos da restante população. Esta visão está também reflectida na CIF (DGS, 2003), ao qualificar o desempenho nas actividades e participação e não meramente a capacidade, ou seja, classificando o que a pessoa faz no seu ambiente natural com recurso a tecnologias de apoio ou a ajuda pessoal no exercício de diversos papéis e não meramente a realização sem este tipo de suporte.

Livneh e Wilson (2003), autores já referidos ao longo do presente trabalho, reportam-se ao conceito de funcionalidade como a “capacidade inerente para desempenhar várias tarefas ou a componente comportamental da condição” (p. 195). Anotam, porém, que a funcionalidade pode ser avaliada por dois prismas. Por um lado, a vertente mais objectiva desenvolvida por técnicos e por outro e com um peso eventualmente mais subjectivo, a realizada pelas próprias pessoas com deficiência e incapacidade, considerando o que podem ou não fazer. Estes autores, ainda que apontando uma visão algo redutora da funcionalidade, alertam para a importância de se atender igualmente à componente subjectiva da funcionalidade, a par dos elementos objectivos. O descurar da componente subjectiva tem sido uma das principais críticas apontadas (Ueda & Okawa, 2003) ao conceito de funcionalidade proposto pela OMS, sendo esta crítica extensível a outras propostas conceptuais aqui já referidas (Cohen & Marino, 2000; Tomey & Sowers, 2009; Whetstone et al., 2001). A dimensão subjectiva da funcionalidade está

contida na satisfação da pessoa (Sampaio & Luz, 2009; Ueda & Okawa, 2003) com as diversas componentes da funcionalidade – corpo, actividades, participação e ambiente, mas também noutras respostas subjectivas e interage com a dimensão objectiva da funcionalidade. A componente subjectiva, que Ueda e Okawa designam de *experiência subjectiva*, assume a seguinte definição:

É um conjunto de estados mentais cognitivos, emocionais e motivacionais de uma pessoa, mas particularmente de uma pessoa com uma determinada condição de saúde e/ou incapacidade. É uma combinação única de, por um lado, uma experiência de incapacidade, i.e. uma reflexão (influência) das condições de saúde, deficiências, limitações de actividade, restrições à participação e factores ambientais negativos (obstáculos) existentes na mente da pessoa (experiência subjectiva negativa), e, por outro lado, uma experiência de natureza positiva que inclui, entre outras coisas, as competências psicológicas de *coping* desenvolvidas, frequentemente inconscientemente, de forma a ultrapassar estas influências negativas (experiência subjectiva positiva). (p. 599)

Esta dimensão subjectiva da funcionalidade é ainda entendida como uma resposta activa da pessoa com deficiência e incapacidade sustentada na sua personalidade e outros factores psicológicos como seja o seu sistema de valores, de crenças e de objectivos de vida e a sua experiência anterior de *coping* (Sampaio & Luz, 2009; Ueda & Okawa, 2003). O reconhecimento de uma perspectiva subjectiva da funcionalidade introduz uma visão mais humanizada do conceito, envolvendo a pessoa no desenvolvimento da sua funcionalidade, a par da influência de outros factores de ordem mais objectiva e/ou exterior à pessoa e realça a importância da perspectiva individual na dinâmica da funcionalidade. A necessidade de se atender à componente subjectiva da funcionalidade é ainda reforçada pelo facto de a literatura

apontar, maioritariamente, para a diferença de perspectivas entre os diversos avaliadores ou fontes envolvidos (Biggan & Graves, 1996; Brouwer et al., 2005; Ingram et al., 2010; Lattig et al., 2009; Tyerman & Tyerman, 2009).

A componente subjectiva é mesmo alvo de primazia na definição do conceito de funcionalidade proposto por Marques-Teixeira (2008): “a qualidade da participação de uma pessoa em ocupações significativas no plano pessoal e cultural, para a qual a compreensão das interacções entre a pessoa e o ambiente é essencial” (p. 8). Embora esta proposta se desenvolva no contexto da saúde mental, parece-nos extensível à generalidade da população, ainda que muito limitada na sua abrangência de domínios.

Tal como Rosa e colaboradores (2007) afirmam, o “conceito de funcionalidade é complexo e envolve muitos domínios diferentes incluindo a capacidade para trabalhar, a capacidade para viver de forma independente, a capacidade de desenvolver actividades de lazer, a capacidade para uma vida afectiva e a capacidade para estudar” (p. 2), sendo que, tipicamente, apenas alguns destes aspectos são considerados, perdendo-se a perspectiva global da funcionalidade da pessoa. A ampla abrangência do conceito de funcionalidade pode assim constituir-se como uma desvantagem quer pela dificuldade em abarcar a totalidade das componentes da funcionalidade, quer porque esta sua característica pode tornar o conceito vago e inespecífico. Neste sentido, foi recentemente desenvolvida investigação com vista a analisar a estrutura compósita do conceito de funcionalidade. Enquadrado no modelo de classificação da funcionalidade e incapacidade da CIF (DGS, 2003) e com recurso a uma amostra de 1048 pessoas com lesão vertebro-medular de 14 países distintos, Reinhardt, Fellinghauer, Strobl e Stucki (2010) demonstraram que a funcionalidade, entendida como a “experiência de vivência humana na sua relação com as suas condições de saúde” (p. 1000), possui uma estrutura multifactorial. Com base na elaboração de modelos gráficos foram encontrados 41 *clusters* de

variáveis correspondendo a dimensões da CIF, interpretadas como dimensões independentes da funcionalidade humana. Inseridos nesta mesma investigação, mas com recurso à análise de componentes principais, verificaram a existência de 24 factores, contendo cada um, em média, nove categorias da CIF. Ainda que este estudo seja específico face a uma patologia particular, Reinhardt e colaboradores afirmam que ele demonstra a multidimensionalidade dos conceitos de funcionalidade e incapacidade, reproduzindo a estrutura da CIF nas suas componentes de actividades, participação e factores ambientais, devendo, assim, esta multidimensionalidade ser tida em conta na criação de instrumentos de avaliação neste domínio.

Outros autores contestam o uso do conceito de funcionalidade (Patston, 2007), nomeadamente no que se refere aos seus pólos de incapacidade e funcionalidade, redutores face à complexidade e variabilidade humana. Ao invés, Patston (2007) propõe o uso do conceito de *diversidade funcional construtiva* com vantagens ao nível da eliminação da polaridade verificada e da tendência para a comparação com padrões de normalidade, cujo resultado é o salientar da diferença. Este conceito implica a ausência de qualquer referência ao termo incapacidade e a sua substituição por diversidade, na medida em que todas as pessoas possuem uma funcionalidade distinta em momentos e situações diferentes, sendo possível apenas falar de semelhanças e diferenças funcionais. A diversidade funcional construtiva é composta por quatro elementos – *Modos, Resultados, Valor e Capacidade*. O primeiro elemento refere-se ao modo como habitualmente funcionamos, elegendo o autor nove modos principais que percorrem os domínios biológico, social, criativo, entre outros. Os resultados correspondem ao que nos motiva para agir, o que pretendemos atingir, quer no campo do fazer, quer no do ser, podendo integrar tarefas, papéis ou outros. O valor ou estado desejado corresponde ao grau de importância atribuído à função em causa. Finalmente, a capacidade corresponde ao estado actual da pessoa, ou seja, ao nível de competência na função. Este autor

mostra-se particularmente crítico face ao modelo proposto pela OMS (DGS, 2003), não em relação à composição de elementos da funcionalidade, mas face à nomenclatura utilizada que acentua a diferença entre as pessoas com deficiência e incapacidade e a restante população, levando a que continuem a ser designadas pela sua condição médica ou limitação funcional, desviando o foco da pessoa e da variabilidade humana. Ainda que a conceptualização de Patston nos pareça justamente defensora da igualdade face às pessoas com deficiência e incapacidade (pelo reconhecimento de que todos apresentam funcionalidades diversas e que não é útil ressaltar diferenças), integrando igualmente a componente subjectiva, por via dos elementos Valor e Resultados, a sua proposta, à semelhança de outras já referidas, descarta as estratégias de compensação desenvolvidas pelas próprias, igualmente relevantes no conhecimento da funcionalidade humana. Comparativamente ao sistema de classificação proposto pela OMS – CIF –, consideramos, ainda, ser redutor o mero reconhecimento de diferenças funcionais, na medida em que a definição de políticas e de respostas de suporte às pessoas com deficiência e incapacidade implica o conhecimento apurado de níveis de necessidade e de limitação, a par de capacidades e competências.

Em certa medida em concordância com a perspectiva de Patston, pela sua visão positiva da funcionalidade, Mitra (2006), sustentada na abordagem da capacitação (*capability approach*), desenvolvida por Sen, afirma a funcionalidade como correspondendo à “actual realização do indivíduo, o que realmente atinge através do ser ou do fazer” (p. 236). Nesta perspectiva, a limitação de funcionalidade pode ocorrer por falta de competências resultantes da interacção entre factores pessoais, recursos disponíveis e ambiente. Ainda que adoptando uma formulação verbal diversa, a proposta de Mitra mostra claras aproximações à actual proposta da OMS, nomeadamente ao reconhecer a funcionalidade como resultante da interacção entre a pessoa e o seu ambiente, no qual podemos considerar incluído o conjunto de recursos disponíveis.

À semelhança do constatado no capítulo anterior, relativo à adaptação à deficiência e à incapacidade, também na investigação e literatura sobre a funcionalidade humana surge a referência a outros conceitos entendidos, por vezes, como seus sinónimos. O *estatuto funcional*, um dos termos sinalizados, é entendido como “a capacidade de um indivíduo desempenhar actividades requeridas na vida diária” (Cohen & Marino, 2000, p. 21), reportando a dimensões de funcionalidade cognitivas, emocionais, interpessoais e relativas à vida diária (Bay, Sikorskii, & Gao, 2009). Também Wang (2004) define estatuto funcional como o “nível de actividades desempenhado por um indivíduo para responder às necessidades da vida diária, em muitos aspectos de vida incluindo o físico, psicológico, social, espiritual, intelectual e o desempenho de papéis” (p. 462), sendo este nível aferido face a um normativo de desempenho considerando a condição individual. O estatuto funcional é entendido por diversos autores (Bay et al., 2009; Knight, 2000; Royall et al., 2007) como multidimensional, considerando a sua diversidade de componentes e envolvendo níveis de dificuldade percebida distintos na realização das actividades que constituem a participação de cada pessoa na sociedade, em alinhamento com o actualmente defendido pela OMS (DGS, 2003). A conceptualização de estatuto funcional parece assim aproximar-se da definição de funcionalidade, mais recentemente proposta pela OMS.

Outro termo encontrado na literatura é relativo à *capacidade funcional*, sendo com frequência conotado com a capacidade para o trabalho (Garcia, 2005; Kober & Eggleton, 2005), conceito que exploraremos na secção seguinte, ou entendido como sinónimo de funcionalidade (Livneh & Male, 1993). Para Livneh e Male, a capacidade funcional corresponde à “competência física, cognitiva ou comportamental residual de um indivíduo no seu desempenho ou negociação ambiental” (p. 45), derivando esta proposta conceptual de outra anterior (Indices Inc., 1979, citada por Livneh & Male, 1993) em que a capacidade funcional é

entendida como “o grau de competência para desempenhar um papel ou tarefa específica que é esperado de um indivíduo num ambiente social” (p. 45). O termo residual, nesta definição, refere-se à competência que permanece para além das restrições decorrentes da deficiência ou incapacidade. Uma vez mais é clara a proximidade entre esta conceptualização e a proposta de funcionalidade da OMS (DGS, 2003), no seu reconhecimento da interacção entre a pessoa e o seu ambiente, ainda que este último funcione mais como normativo comparativo e não como agente envolvido numa influência mútua. À semelhança do verificado para o conceito de funcionalidade no que concerne à sua estrutura multifactorial (Reinhardt et al., 2010), também o conceito de capacidade funcional radica em competências diferenciadas (ex. física, comportamental, social) pelo que, em bom rigor, estamos face a um constructo multidimensional, ou seja, o de capacidades funcionais.

Tal como Knight (2000) esclarece, os conceitos de estatuto e capacidade funcional são distintos entre si, ainda que, por vezes, sejam tratados como sinónimos (Marson & Hebert, 2006). Para esta autora, enquanto o estatuto corresponde ao desempenho de uma actividade e nível atingido nesse mesmo desempenho, a capacidade corresponde à competência para realizar actividades ou exercer funções. Neste sentido, os conceitos de estatuto e capacidade funcional correspondem, respectivamente, aos elementos desempenho e capacidade propostos na CIF, o que destaca a complexidade e abrangência do conceito de funcionalidade defendido neste sistema de classificação. Porém, e tal como Wang (2004) sublinha, para se estimar o estatuto funcional é necessário avaliar a capacidade e o desempenho, pois a sua influência é recíproca. Se por um lado, o desempenho pode ser melhorado por via do incremento da capacidade, por outro, alguns factores, como por exemplo, os ambientais ou individuais, também o influenciam. Além de que uma melhoria da capacidade pode não corresponder necessariamente a uma melhoria no desempenho e no sentido desejado.

Não obstante a distinção conceptual, apresentada por Knight (2000), entre capacidade e estatuto funcional, a leitura atenta das diversas definições de incapacidade, funcionalidade, capacidade funcional e estatuto funcional salienta pontos de convergência entre conceptualizações a par da diferença de designações. Face à diversidade de termos adoptados torna-se imperativo que cada autor faça uma clara referência à conceptualização na base do seu trabalho, evitando uma potencial confusão de conceitos. Há que referir que, no entanto, alguns deles possuem o seu enquadramento histórico que sendo anterior à CIF não reflecte a uniformidade conceptual atingida e que se crê vir a aumentar com a aceitação e uso generalizado do sistema de classificação da CIF, igualmente, adoptado no presente trabalho.

4.2. Avaliação de Funcionalidade

4.2.1. Ênfase nas Actividades de Vida Diária

Apesar da abrangente conceptualização de funcionalidade ou de conceitos definidos como seus similares – capacidade funcional e estatuto funcional e do reconhecimento do seu carácter multidimensional, a noção e conseqüente avaliação da funcionalidade permanece, não raras vezes, associada à expressão física do défice de funcionamento das estruturas do corpo (Cohen & Marino, 2000; Pedro & Pais-Ribeiro, 2008), descurando-se outras dimensões como a componente ambiental da funcionalidade ou o impacto da introdução de compensações aos défices de funcionalidade (Tomey & Sowers, 2009; Verbrugge & Jette, 1994), questão que exploraremos mais à frente. Neste panorama, a avaliação da funcionalidade centra-se nas designadas capacidades funcionais.

Costa (2006) esclarece que inicialmente e no seguimento de as deficiências serem avaliadas exclusivamente através de instrumentos clínicos, o que nem sempre reflectia claramente a sua relação com a condição de saúde, a independência e a incapacidade funcional eram apenas estimadas pela avaliação das actividades de vida diária básicas (AVDs). A partir da década de 70, as AVDs passam a ser relativas não apenas às competências físicas, contemplando a dimensão da inserção da pessoa no seu contexto, cuja avaliação é efectuada com base no conhecimento do desempenho nas actividades de vida diária instrumentais.

O desenvolvimento de uma vida independente, nos contextos doméstico e comunitário, requer o recurso a competências e capacidades que no seu conjunto representam a capacidade funcional da pessoa (Marson & Hebert, 2006). A investigação neste domínio tem-se apoiado, principalmente, em estudos sobre o envelhecimento (Cohen & Marino, 2000; Eagar et al., 2006; Marson & Hebert, 2006; Seitsamo, Tuomi, & Martikainen, 2007), sinalizando-se menor investigação noutras áreas como o traumatismo craniano (Bay et al., 2009), o acidente vascular cerebral ou outras afectações (Sonn, Törnquist, & Svensson, 1999).

As actividades básicas de vida diária referem-se a tarefas relacionadas com o cuidado pessoal, logo mais primárias (Cohen & Marino, 2000) e as instrumentais, sendo mais complexas, requerem o uso de uma ferramenta ou instrumento (Goverover, Chiaravalloti, Gaudino-Goering, Moore, & DeLuca, 2009) e o planeamento e organização por parte de quem as desempenha, contemplando actividades necessárias à independência em comunidade (Cohen & Marino, 2000).

As AVDs básicas integram um conjunto de actividades rotineiras e automáticas (Cohen & Marino, 2000; Marson & Hebert, 2006) como o tomar banho, vestir-se, alimentar-se, transferir-se da cama para uma cadeira, a utilização da casa de banho ou a deambulação em casa. A capacidade de desempenhar estas acções é adquirida muito precocemente, desde a

infância, e requer pouca atenção de quem as desempenha, podendo mesmo ser desenvolvidas a par de outras actividades.

As actividades instrumentais distinguem-se das anteriores pela sua maior complexidade e exigência cognitiva sendo, por este motivo, adquiridas mais tardiamente no desenvolvimento individual (Marson & Hebert, 2006). Este conjunto de actividades compreende acções necessárias à vida independente e que correspondem à utilização autónoma de transportes (próprio ou público), à gestão das finanças pessoais, à gestão de compras e confecção de refeições, entre outras (Cohen & Marino, 2000; Marson & Hebert, 2006).

Marson e Hebert (2006) consideram, ainda, uma subcategorização nas AVDs instrumentais, distinguindo as domésticas e as avançadas. Nas primeiras, incluem-se as competências necessárias à gestão da vida doméstica e que, por vezes, poderão estar associadas a papéis de género ou serem específicas de alguns grupos etários e de que são exemplo o tratamento de roupas ou a compra e confecção de comida. As avançadas destacam-se pela sua maior exigência e organização cognitiva, sendo determinantes para a avaliação da capacidade para uma vida independente e integram actividades como a condução de veículos ou a gestão financeira.

Porém, as AVDs básicas e instrumentais não correspondem a conceitos independentes, ilustrando antes um contínuo de funcionalidade (Marson & Hebert, 2006). Esta noção de contínuo havia já, anteriormente, sido demonstrada por Spector, Katz, Murphy e Fulton (1987), com base em três amostras, num total de 1755 pessoas, com idade igual ou superior a 65 anos. Considerando duas actividades instrumentais (fazer compras e utilização de transportes) e quatro básicas (tomar banho, vestir-se, fazer transferências e alimentar-se), verificaram a existência de correlações elevadas entre as seis variáveis funcionais, indicando a “medição de um único fenómeno” (p. 483). Porém, o entendimento quanto à estrutura unidimensional das AVDs não parece ser comum a todos os autores. Mack e Patterson (2006) verificaram, com

base em duas amostras de pessoas com diagnóstico ou suspeita de demência, compostas respectivamente por 376 e 372 sujeitos, a existência de uma estrutura com dois factores – básico e instrumental. Em função dos resultados obtidos, os autores alertam para a importância de, na avaliação da funcionalidade e da dependência, se considerarem os dois resultados distintos, pois escalas que produzem um único resultado podem encobrir défices em algumas áreas em que haja declínio de competências. Tal como esperado pelos autores, estes dois factores encontram-se significativamente correlacionados entre si, dado que algumas das AVDs contém aspectos quer básicos, quer instrumentais (ex. viajar, actividade contida na dimensão instrumental, implica actividades básicas relacionadas com a mobilidade).

Spector e colaboradores (1987) demonstraram também a existência de relações hierárquicas entre as AVDs básicas e instrumentais, por recurso à análise de Guttman, ainda que não tenham constatado a existência de uma hierarquia rígida, ou seja, embora a associação entre itens fosse genericamente forte, algumas áreas de vida diária revelavam fraca relação entre si (ex. um número significativo de sujeitos era dependente na realização de compras e no tomar banho, mas independente no uso de transportes). Demonstrando, igualmente, o carácter hierárquico ou ordinal das AVDs, Sonn et al. (1999) definiram uma taxonomia relativa a estas actividades. Esta taxonomia assenta na ideia de que as acções seguem uma ordem que espelha os estádios do desenvolvimento humano. O conceito de actividade de vida diária reporta-se, neste contexto, a hábitos que a pessoa desenvolve de acordo com a cultura social em que se insere, correspondendo a actividade a um conjunto de acções orientadas por objectivos, na interacção entre a pessoa e o contexto em que as desenvolve. A noção de actividade de vida diária encerra, ainda, para estas autoras, a implicação de capacidade para o desempenho, de competência cognitiva para dar resposta às suas exigências e de vontade de dar resposta a necessidades existentes. As autoras estudaram três amostras distintas de sujeitos: pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, clientes do contexto de terapia ocupacional com limitações

diversas e pessoas que haviam sofrido acidente vascular cerebral. Com base na investigação desenvolvida confirmaram a existência de uma taxonomia com três níveis distintos: ocupações, actividades e acções. A taxonomia compreende um total de 12 actividades, cada uma contendo uma sequência composta por um número de acções, variável entre duas e seis acções: “comer e beber; mobilidade; utilização da casa de banho; vestir-se; higiene pessoal; cuidados pessoais (ex. pentear, manicura); comunicação; cozinhar; transportes; fazer compras; limpezas e tratamento de roupas” (p. 12). Enquanto as actividades correspondem a conjuntos de acções, as ocupações são definidas enquanto conjuntos de AVDs rotineiras e cuja denominação, organização e valorização dependem de cada pessoa em particular e da cultura em que se encontra inserida. A taxonomia proposta por Sonn e colaboradoras (1999) inclui, na sequência do defendido por Spector et al. (1987), actividades de natureza básica, mas igualmente instrumental, proporcionando um conhecimento mais aprofundado da capacidade funcional individual. Ambas as perspectivas defendem e demonstraram a existência de ordenação nas AVDs, sendo que Spector et al. definem uma hierarquização entre actividades, assumindo as instrumentais, o topo da hierarquia, e Sonn et al. apresentam uma estrutura categorial ordenada de 12 actividades.

Ainda que sustentados no conceito de capacidade funcional, entendida como o conjunto de AVDs, básicas e instrumentais, as perspectivas assumidas por Spector et al. (1987) e Sonn et al. (1999) revelam proximidades com os conceitos de incapacidade propostos por Nagi (1964) e seguidores (Verbrugge & Jette, 1994) e como as últimas autoras reconhecem também, com o defendido, à data, pela OMS na CIDID (SNR, 1995), explicitados pela importância de se avaliar a capacidade funcional em contexto comunitário, ou seja, quando se considera as AVDs de natureza instrumental. Dir-se-ia que é notório o acordo entre os diversos autores, reiterando-se que as divergências verificadas são ao nível da designação de termos: incapacidade, limitação funcional ou capacidade funcional.

Esta conceptualização da capacidade funcional como correspondendo ao conjunto de AVDs, básicas e/ou instrumentais, tem resultado numa multiplicidade de medidas de avaliação (Marson & Hebert, 2006). Estas medidas organizam-se, basicamente, em torno de informação recolhida com a aplicação de instrumentos de auto ou hetero relato ou na observação do desempenho funcional da pessoa com deficiência e incapacidade. O cruzamento desta diversidade de informação, ainda que mais oneroso e demorado, será o que permitirá uma aproximação mais apurada da funcionalidade do sujeito, colmatando os enviesamentos resultantes de apreciações subjectivas, avaliações em ambientes simulados e sobre ou subestimação de competências.

As medidas de avaliação existentes assentam, essencialmente, na determinação do número de actividades cujo desempenho funcional se encontra limitado e da quantidade ou tipo de apoio (seja pessoal ou instrumental, isto é, com recurso a produtos de apoio) necessário a esse mesmo desempenho, tradutor do nível de dependência/independência.

Como teremos oportunidade de apresentar, em seguida, algumas das medidas existentes avaliam para além da funcionalidade ou capacidade física, integrando dimensões que requerem competências cognitivas ou psicossociais e têm em conta que o desempenho pode ser melhor avaliado se tal ocorrer em contexto natural do sujeito. Procuraremos, em seguida, fazer uma apresentação das principais medidas genéricas de avaliação da funcionalidade apontadas pela literatura e mais utilizadas na prática de reabilitação, ainda que não procurando tratar-se de exposição exaustiva que transcenderia os objectivos do presente trabalho. Neste âmbito, abordaremos medidas globais que colocam a ênfase na dimensão física, as que, a par, incluem outras dimensões e, finalmente, as que contemplam a participação (para além da interacção social). Posteriormente, procuraremos, ilustrar algumas das medidas específicas existentes, por tipologia de patologia.

4.2.2. *Medidas Genéricas*

Historicamente, uma das primeiras medidas referidas para avaliação da funcionalidade corresponde ao Índice de Independência em Actividades de Vida Diária de Katz (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, & Jaffe, 1963, citados por Cohen & Marino, 2000). Sendo que grande parte da investigação e intervenção no domínio das AVDs é relativa à população em envelhecimento, não é de estranhar que um dos primeiros instrumentos criados, o tenha sido para utilização específica com esta população. Este Índice é composto por 6 AVDs (tomar banho; vestir-se; utilizar a casa de banho; efectuar transferências; controlar os esfíncteres e alimentar-se), organizadas por nível de dificuldade, sendo cada uma avaliada quanto ao grau de independência do sujeito, numa escala de três pontos. A dependência é definida pelo nível de ajuda que o sujeito necessita no desempenho da actividade.

Outras medidas genéricas de avaliação correntemente referidas na literatura e apontadas como extensamente utilizadas (Crewe & Dijkers, 1995; Houlden, Edwards, McNeil, & Greenwood, 2006), nomeadamente em contexto de reabilitação clínica, são o Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965), a Medida de Independência Funcional (*Functional Independence Measure [FIM]*, Hamilton, Granger, Sherwin, Zielezny, & Tashman, 1987, citados por Gosman-Hedström & Svensson, 2000), a *Level of Rehabilitation Scale* (Carey & Posavac, 1978, citados por Crewe & Dijkers, 1995) e o *Patient Evaluation and Conference System* (Harvey & Jellinek, 1981, citados por Crewe & Dijkers, 1995). Em qualquer um destes casos, o seu resultado traduz-se numa estimativa do nível de independência face ao desempenho diário e, ainda, das necessidades de assistência (seja ela relativa à introdução de produtos de apoio ou de suporte de uma pessoa) em domínios diversos de actividade.

O Índice de Barthel foi criado com o objectivo de avaliar o estatuto funcional de doentes com alterações neurológicas ou musculoesqueléticas (Cohen & Marino, 2000) e

comporta a avaliação de 10 actividades, três relacionadas com a mobilidade (andar numa superfície plana, subir e descer escadas, fazer transferências) e sete com os cuidados pessoais (alimentação, higiene pessoal, aceder e sair da casa de banho, tomar banho, vestir-se, controlar a bexiga e controlar o intestino). Cada item é cotado com uma pontuação de 0, 5, 10 ou 15, em função do desempenho na actividade ser inexistente, ser realizado com ajuda ou de forma independente. Despistamos duas versões portuguesas deste instrumento. A primeira referência é relativa à tradução e validação (validade de conteúdo, validade concorrente e precisão inter-observadores) realizada por Loução, Pereira e Colaço (citados por Santos, Ramos, Estêvão, Lopes, & Pascoalinho, 2005), com uma amostra de 52 sujeitos cujas patologias ou limitações não são descritas pelos autores. Existe, no entanto, referência aos possíveis destinatários deste instrumento e que correspondem a pessoas vítimas de acidente vascular cerebral, lesões vertebro-medulares, condições neurológicas, pessoas com queimaduras, patologia cardíaca ou artrite reumatóide, pessoas com amputações, idosos ou doentes crónicos com grande incapacidade. O segundo processo de validação (estudo da precisão, validade de conteúdo e validade convergente), para a população portuguesa, foi efectuado com base numa amostra de 209 idosos residentes na comunidade (Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007).

A FIM é referida como o instrumento de avaliação da funcionalidade com maior aceitação na comunidade de reabilitação (Cohen & Marino, 2000; Knight, 2000). Este instrumento tem por objectivo determinar a quantidade de apoio que a pessoa necessita na execução das AVDs e é composto por um total de 18 itens que avaliam seis áreas da funcionalidade: cuidados pessoais, controlo de esfíncteres, mobilidade, comunicação, psicossocial e cognitiva. Posteriormente, a FIM, foi alvo de reformulações, a que correspondem a adição de 12 itens, sobretudo das áreas cognitiva e psicossocial, passando a versão britânica a adoptar a designação UK FIM + FAM (*United Kingdom Functional Independence Measure + Functional Assessment Measure*) (Turner-Stokes, Nyein, Turner-

Stokes, & Gatehouse, 1999). A versão actualizada permite uma avaliação mais completa da funcionalidade e mais correcta das classificações individuais (Turner-Stokes et al., 1999), mantendo a sua escala de avaliação com 7 níveis [variando entre 1 – assistência total a 7 – independência total, contendo quatro níveis de classificação da assistência (níveis 1 a 4), a existência de supervisão (nível 5) e dois níveis de classificação da independência (níveis 6 e 7, sendo o 6 relativo ao recurso a produtos de apoio, sem ajuda física, e o 7 à completa independência]. Tal como é possível verificar pela indicação subsequente das actividades contidas em cada uma das 6 áreas em avaliação na FIM + FAM, este instrumento constitui-se com uma mais-valia em relação aos anteriormente referidos – Índice de Katz e Índice de Barthel – pela sua maior cobertura de actividades e acções. A área de cuidados pessoais contém as acções de comer, cuidados de higiene pessoal, tomar banho, vestir a parte superior do corpo, vestir a parte inferior do corpo, utilizar a casa de banho e engolir, sendo o último item acrescentado com a FAM. A área de controlo dos esfíncteres contém itens similares aos das outras medidas, ou seja, controlo da bexiga e do intestino. A terceira área de avaliação é relativa à mobilidade e contém 7 itens, 4 dos quais relativos a transferências: cama/cadeira/cadeira de rodas, casa de banho, banheira/chuveiro, e carro, sendo que esta última não se encontrava contida na FIM. A área da mobilidade integra, ainda, a locomoção relativa à marcha ou uso de cadeira de rodas e a utilização das escadas, bem como a mobilidade na comunidade, item acrescentado à versão inicial da FIM. O domínio da comunicação contempla a expressão, compreensão, leitura, escrita e inteligibilidade do discurso, correspondendo estes 3 últimos itens a informação não contida na FIM. A interacção social, o estatuto emocional, o ajustamento a limitações e o uso do tempo livre compõem a área psicossocial, que na versão original da FIM incluía a interacção social e a empregabilidade. Na versão inicial, o item uso do tempo livre correspondia à avaliação sobre a empregabilidade, justificando-se a sua substituição pelo facto de ser um item relativo à desvantagem, isto é, à expressão da

incapacidade em contexto. Finalmente, a área da cognição integrava, originalmente, quatro itens – resolução de problemas, memória, atenção e avaliação sobre a segurança. As reformulações passaram pela adição de um novo item – orientação – e pela alteração de dois dos existentes: concentração (substitui a versão original relativa à atenção) e noção de segurança (substitui a versão original relativa à avaliação sobre a segurança).

A *Level of Rehabilitation Scale (LORS)*, na sua versão original, integrava 47 itens, organizados em cinco categorias: AVDs básicas, cognição, AVDs instrumentais (actividades domésticas e actividades no exterior) e actividades sociais (nas áreas privada e pública, enquanto medida de participação) (Cohen & Marino, 2000; Crewe & Dijkers, 1995). A sua versão mais recente – LORS III – com um total de 18 itens, integra 5 itens relativos às AVDs, 2 de mobilidade, 5 de comunicação (incluindo o uso da comunicação alternativa) e 6 relacionados com a componente cognitiva. Os itens são avaliados numa escala de 0 (incapacidade de desempenho da actividade) a 5 (desempenho normal, ainda que com recurso a produtos de apoio), à excepção dos relativos à memória, a curto e a longo prazo, que são avaliados numa escala de 2 pontos: incapacitada vs. não incapacitada. Cada item é avaliado por uma dupla de técnicos (ex. enfermagem e fisioterapia), sendo classificados apenas os itens em que a pessoa se encontra a beneficiar de terapia, o que leva a que o resultado, por subescala, corresponda à média dos itens avaliados e não da totalidade dos itens (Cohen & Marino, 2000; Crewe & Dijkers, 1995). Neste sentido, o resultado 5, indicador de ausência de terapia planeada ou disponibilizada, face a um desempenho normal, não contribui para a contabilização de totais.

Ainda que nem todos os instrumentos, acima referidos, apresentem igual abrangência de avaliação da funcionalidade, abrangência esta mais acentuada na FIM+FAM, eles apresentam, em comum, a condição de se destinarem a pessoas em processo de reabilitação

física, o que os torna, por conseguinte, pouco ou nada discriminativos face a sujeitos inseridos ou avaliados noutros contextos.

Sinalizámos, ainda, um instrumento construído especificamente para avaliação da capacidade funcional de pessoas com deficiência ou incapacidade (intelectuais, psicológicas e físicas), com idade igual ou superior a 18 anos. A *Functional Ability Rating Scale* (FARS, Rudolph & Endelman, 1985) foi criada com o objectivo de avaliar o nível individual de funcionalidade em sete áreas principais de vida: cuidados pessoais, linguagem, comunicação, mobilidade, autogestão, capacidade para uma vida independente e auto-suficiência económica. Esta escala é composta por 28 descrições de competências nestas sete áreas, devendo o avaliador classificar a competência do sujeito numa escala de 1 a 5, sendo que a pontuação 1 é atribuída aos sujeitos que revelam capacidade de desempenho independente e 5 aos que são incapazes de qualquer desempenho nesse domínio. O avaliador tem, ainda, a possibilidade de atribuição de pontuação 0, nos casos em que não dispõe de informação suficiente ou necessária. A avaliação deve ser, idealmente, efectuada em resultado de uma entrevista ou observação do sujeito, ou na impossibilidade de tal, através da entrevista de pessoas que conheçam bem o sujeito ou pela consulta de registos. Não obstante a abrangência de domínios deste instrumento, a sua aplicação é limitada a algumas tipologias de deficiência e deverá ser desenvolvida por profissionais ligados às organizações de apoio a essa mesma população.

Outros instrumentos vão para além desta componente de avaliação em contexto clínico ou de reabilitação, sendo desenvolvidos para uso com sujeitos inseridos na comunidade (ainda que possam beneficiar de tratamento ambulatorio), procurando não apenas a avaliação da funcionalidade na sua componente física e de desempenho de actividades, mas alargando-a à avaliação da participação para além da interacção social (ex. participação na área da educação e do trabalho) já presente em alguns dos instrumentos anteriores (FIM + FAM, LORS).

Procuraremos ilustrar, com recurso à descrição de alguns instrumentos, o modo como a avaliação da funcionalidade poderá ser efectuada considerando as suas componentes de realização de actividades e participação, à luz do contemplado na CIF (DGS, 2003). Em certa medida, os instrumentos, que em seguida apresentaremos, constituem um valor acrescentado face aos instrumentos iniciais (ex. Índice de Katz, Índice de Barthel), na medida em que vão para além da funcionalidade ao nível das estruturas e funções do corpo, integrando a realização de actividades, mas também o envolvimento em situações sociais, ou seja, a participação da pessoa nos seus ambientes.

Alguns destes instrumentos são anteriores à publicação da CIF, porém, análises efectuadas acerca do seu conteúdo (Perenboom & Chorus, 2003; Resnik & Plow, 2009) revelam que os seus itens estão, maioritariamente, relacionados com os nove capítulos relativos a actividades e participação da CIF: aprendizagem e aplicação de conhecimentos; tarefas e exigências gerais (execução e organização de uma ou mais tarefas); comunicação; mobilidade; autocuidados; vida doméstica; interações e relacionamentos interpessoais; áreas principais de vida (educação, trabalho e emprego e vida económica) e vida social, comunitária e cívica.

O *Functional Status Questionnaire* (FSQ, Jette et al., 1986, citados por Jette & Cleary, 1987) surge, na literatura, como um dos instrumentos com ampla investigação desenvolvida acerca das suas qualidades psicométricas (precisão, validade de constructo e validade relativa a critérios externos), com populações com patologias diversas (cardíaca, prostatectomia, prótese da anca, colecistectomia) (Cleary & Jette, 2000). Este questionário foi desenvolvido com base noutros previamente existentes: *Functional Status Assessment Instrument*, *Sickness Impact Profile*, *Health Insurance Experiment Survey* e *SF-36* (Cleary & Jette, 2000). O FSQ é uma medida de auto-administração, criada para avaliar as áreas física, psicológica e social em doentes em ambulatório (Jette & Cleary, 1987), sendo composta por um total de 34 itens distribuídos por 6 subescalas – AVDs básicas, AVDs instrumentais, saúde mental, desempenho

profissional, actividade social e qualidade da interacção – e por um conjunto de 6 itens isolados. Cada item é avaliado segundo o nível de dificuldade no desempenho de uma dada acção ou a frequência do comportamento, existindo uma escala específica para avaliação dos itens de cada uma das três áreas (ex. recurso a uma escala com 5 pontos – 4: habitualmente fiz sem dificuldades; 3: habitualmente fiz com alguma dificuldade; 2: habitualmente fiz com muita dificuldade; 1: habitualmente não fiz por questões de saúde; 0: habitualmente não fiz por outras razões – para resposta a um item na área física: No último mês teve dificuldade em tomar conta de si, ou seja, alimentar-se, vestir-se ou tomar banho?). A área física é avaliada com recurso a duas subescalas, com três itens relativos a AVDs básicas e 6 itens relativos a AVDs instrumentais. A área psicológica é avaliada com base na subescala saúde mental, cujos 5 itens derivam de itens da SF-36. A área social ou de desempenho de papéis é avaliada através de 3 subescalas. Aos sujeitos que se encontravam a trabalhar no último mês, é solicitada a resposta aos itens de uma subescala com 6 itens sobre o desempenho laboral. Existe, ainda, uma subescala, com 3 itens relativos à actividade social e, finalmente 5 itens relativos à qualidade da interacção social. Os 6 itens isolados avaliam o estatuto profissional, dias de acamamento por doença, dias em que reduziu as tarefas rotineiras devido à sua problemática, satisfação com as relações sexuais, satisfação com a condição de saúde e frequência de interacções sociais. Para o FSQ foram sinalizadas duas traduções e adaptações portuguesas, realizadas com doentes com problemas lombares (Gil, 1998) e com pessoas idosas vivendo em contexto rural (Gomes da Silva, 2001).

A *London Handicap Scale* (LHS, Harwood, Rogers, Dickinson, & Ebrahim, 1994) foi desenvolvida com base nas 6 dimensões do conceito de desvantagem definido na CIDID (SNR, 1995) – mobilidade, independência física, ocupação, integração social, orientação e auto-suficiência económica. Contém, assim, 6 itens, correspondendo a igual número de dimensões da desvantagem, a serem avaliados pelo sujeito quanto ao grau em que o estado de saúde limita

ou impede o desempenho da acção. O questionário procura avaliar o que a pessoa faz regularmente no seu ambiente natural, independentemente do tipo de ajuda complementar que receba (produtos de apoio, suporte humano ou adaptações).

A Organização Mundial de Saúde publica, em 2000, um instrumento de avaliação da incapacidade – WHODAS II (*World Health Organization Disability Assessment Schedule*), aplicável a todos os adultos, independentemente da sua condição de saúde. Este instrumento tem por objectivo avaliar as limitações de actividade e restrições à participação do sujeito, sendo para tal solicitada a indicação do nível de dificuldade que este experimenta no desempenho habitual de actividades, com recurso a produtos de apoio e/ou ajuda de outra pessoa. A OMS recomenda a utilização da versão da WHODAS II administrada por um entrevistador, com 36 itens, por permitir a obtenção de um perfil mais completo da funcionalidade do entrevistado. Nesta versão, as actividades e participação são avaliadas em seis subescalas [Compreensão e comunicação, mobilidade, cuidados pessoais, relacionamento interpessoal, actividades de vida (incluindo 4 itens específicos apenas para as pessoas que se encontram a trabalhar e/ou estudar) e participação na sociedade], perfazendo um total de 36 itens. Existem, ainda, 4 itens isolados e relativos ao nível em que as dificuldades interferiram com a vida pessoal, o número de dias em que as dificuldades reportadas estiveram presentes, o número de dias em que se esteve impossibilitado do desempenho de tarefas ou do trabalho devido à condição de saúde e o número de dias, excluindo aqueles em que se esteve completamente impossibilitado, em que teve de reduzir as actividades habituais ou o trabalho devido à sua condição de saúde. Esta versão permite a obtenção de um resultado por domínio de funcionamento e um resultado global. A WHODAS II possui diversas versões, com número de itens variável (6, 12 e 36) e correspondendo às formas de auto-aplicação, aplicação com base em entrevista e relato de elementos próximos do sujeito (ex. familiares, amigos ou cuidadores). No sítio oficial da OMS não existe referência a tradução da WHODAS II para a

língua portuguesa. Porém, sinalizámos uma tradução e adaptação deste instrumento para a população portuguesa (S. M. S. Ribeiro, 2010), sustentada no estudo com uma amostra de 17 sujeitos com diagnóstico de acidente vascular cerebral (AVC) e 17 estudantes de enfermagem.

Posteriormente à publicação da CIF é desenvolvido o *Assessment of Life Habits* (LIFE-H, Noreau, Fougereyrollas, & Vincent, 2002), instrumento que recorre igualmente à linguagem adoptada por aquele sistema de classificação. Este instrumento tem por objectivo avaliar a qualidade da participação social, operacionalizando este constructo através do conceito de hábitos de vida, ou seja, “os hábitos que asseguram a sobrevivência e desenvolvimento de uma pessoa na sociedade ao longo da vida” (Noreau et al., 2002, p. 113), traduzindo-se estes no desenvolvimento de actividades e papéis sociais. O LIFE-H é um instrumento de auto-relato e possui uma forma reduzida com 69 itens, destinada a despistar situações gerais de desvantagem e outra alargada, composta por 240 itens, cujo objectivo é a avaliação aprofundada de domínios específicos da participação social (ex. cuidar dos filhos, participar em práticas religiosas ou espirituais, manter um emprego remunerado). A avaliação dos itens é efectuada por recurso aos indicadores habituais – nível de dificuldade no desempenho do hábito de vida e tipo de assistência de que necessita (produto de apoio, suporte humano ou adaptação), organizados numa escala com 10 níveis. Quando o hábito de vida não é desempenhado por opção da própria pessoa deve ser adoptada a classificação “não aplicável”, não sendo a ausência de desempenho classificada como uma limitação. Paralelamente é, ainda, avaliado o nível de satisfação, numa escala de 5 pontos, relativamente à realização de cada hábito de vida, o que permite despistar as necessidades de apoio complementar considerando as escolhas da pessoa. Pode ser obtido um resultado global ou resultados parcelares por hábito de vida.

Embora alguns dos instrumentos apresentados possuam componentes comuns, é notória, igualmente, alguma diversidade na escolha dos indicadores de funcionalidade

seleccionados pelos seus autores. Barbotte, Guillemin, Chau e Lorhandicap Group (2001) haviam já relatado esta mesma diversidade numa revisão de literatura anterior (entre 1990 e 1998) à publicação da CIF. Para o conceito de incapacidade, definido de acordo com a CIDID (1980), são encontrados 10 indicadores distintos, de 3 tipos: limitações funcionais, actividades de vida diária e um indicador geral. Na categoria limitações funcionais incluem-se as desordens relacionadas com o movimento, perturbações do sono, limitações físicas nos cuidados pessoais (alimentação, vestir-se, lavar-se, utilizar a casa de banho e cortar as unhas dos pés), dificuldades de mobilidade (relacionadas com o andar numa superfície plana ou subir e descer escadas), incapacidades intelectuais, visuais ou auditivas. As actividades de vida diária possuíam como indicadores as actividades de vida diária básicas e as instrumentais. O indicador geral era relativo a uma incapacidade não especificada ou relacionada com uma patologia em particular como, por exemplo, reumatismo.

4.2.3. Medidas Específicas

Tal como tivemos oportunidade de referir, previamente, neste mesmo capítulo, Cohen e Marino (2002) salientam, na avaliação da funcionalidade, dois grandes tipos de medidas e instrumentos distintos. Os de tipo genérico e que acabámos de apresentar alguns dos seus exemplos, têm por objecto a avaliação da funcionalidade, independentemente da deficiência ou incapacidade da pessoa. Em seguida, reportar-nos-emos aos designados instrumentos específicos, isto é, àqueles cujos itens procuram ser sensíveis às características particulares da deficiência ou incapacidade em avaliação.

A literatura refere, e nem sempre com um quadro conceptual de base, a existência de diversos instrumentos específicos ou relativos a uma tipologia ou lesão (Knight, 2000), como, e

a título de exemplo, a esclerose múltipla ou a lesão cerebral (Cohen & Marino, 2002; Houlden et al., 2006; Pedro & Pais-Ribeiro, 2008). Igualmente sem procurar uma exposição exaustiva dos diversos instrumentos existentes, apresentaremos alguns direccionados para as tipologias de limitação de natureza neuromusculoesquelética mais frequentes na população.

No domínio do traumatismo craniano, o *IADL Profile* (Bottari, Dassa, Rainville, & Dutil, 2010) pretende ser uma medida ecológica para avaliação da independência no desempenho de actividades instrumentais e de funções executivas (entendidas como a capacidade de planear e desenvolver comportamentos orientados por objectivos), em sujeitos com idades compreendidas entre os 16 e os 65 anos, com níveis moderados a severos de traumatismo craniano e não institucionalizados. Aos sujeitos, em avaliação, é solicitada a descrição das várias acções que desenvolveriam face à situação de terem de preparar uma refeição para convidados inesperados, procurando-se, através deste relato, conhecer a capacidade do sujeito desempenhar uma série de tarefas complexas relacionadas entre si e orientadas para um objectivo comum.

Igualmente específico para pessoas vítimas de traumatismo craniano, a *Patient Competency Rating Scale* apresenta-se como um instrumento de avaliação do estatuto funcional, nos domínios cognitivo, emocional, interpessoal e de vida diária, correspondendo estes domínios às quatro subescalas que integram os 30 itens da escala total (Center for Outcome Measurement in Brain Injury, 2005, citado por Bay et al., 2009). Este instrumento permite a comparação de dados entre diversas fontes de informação, na medida em que contém três versões específicas: doente, clínico que o acompanha e familiares ou outras pessoas próximas da pessoa com traumatismo craniano.

Na área de avaliação do funcionamento de pessoas com lombalgias destacam-se dois instrumentos fortemente citados na literatura (Davies & Nitz, 2009) – *Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire (ODI)* e o *Roland-Morris Disability Questionnaire*. O ODI (Fairbank,

Couper, Davies, & O'Brien, 1980) é um instrumento de auto-relato que pretende avaliar o funcionamento e a incapacidade decorrentes de lombalgias e é composto por dez secções em que se estimam as limitações no desempenho de várias actividades: intensidade da dor, cuidados pessoais, levantar pesos, andar, sentar-se, estar em pé, dormir, vida sexual, vida social e viajar. Cada secção contém 6 afirmações, organizadas por grau crescente de dificuldade na realização ou percepção de dor. As pontuações atribuídas às respostas do sujeito, somadas num resultado final único, permitem enquadrar o nível de funcionamento entre a incapacidade mínima, em que os sujeitos desempenham a maior parte das actividades, até sujeitos muito limitados, alguns deles possivelmente acamados. O ODI possui já diversas versões e traduções, sendo actualmente, recomendado o uso da versão 2.0 (Fairbank & Pynsent, 2000). Além do desenvolvimento dos estudos sobre a precisão, a versão 2.0 foi validada para utilização com população com diversas desordens relacionadas com a coluna (ex. fractura pélvica, espondilite, fibromialgia). Foi realizada a tradução e adaptação cultural e linguística para a população portuguesa, com base numa amostra de 58 pessoas com dor lombar crónica (Filipe, Almeida, Lopes, Pascoalinho, & Cruz, citados por Santos et al., 2005).

O *Roland-Morris Disability Questionnaire* (Roland & Morris, 1983, citados por Davies & Nitz, 2009) pretende, igualmente, a avaliação do estatuto funcional em pessoas com lombalgia. Trata-se de um instrumento de auto-aplicação, desenvolvido com base no *Sickness Impact Profile*, composto por 24 itens que avaliam a dor do doente durante a sua participação em diversas actividades (ex. andar, trabalho doméstico, descansar). Davies e Nitz (2009), ao efectuarem uma revisão e análise comparativa das propriedades psicométricas, verificaram que o *Roland-Morris Disability Questionnaire* é mais sensível face a níveis médios a moderados de incapacidade, enquanto o ODI apresenta uma maior sensibilidade em caso de incapacidade severa. À semelhança de outros instrumentos já aqui explorados, também o *Roland-Morris Disability Questionnaire* se encontra traduzido e adaptado para a realidade portuguesa. A

adaptação portuguesa, efectuada com base numa amostra de 112 pessoas com lombalgia, foi efectuada por Monteiro, Faisca, Nunes e Hipólito (2010) e permitiu demonstrar níveis elevados de consistência interna da versão portuguesa, bem como a sua validade face a outros instrumentos similares.

O *Functional Rating Index* (FRI, Feise & Menke, 2001, citados por Menke & Feise, 2010) surge para colmatar a inexistência de instrumentos breves de avaliação da dor e funcionalidade do sistema neuromusculoesquelético e foi desenvolvido com base no ODI e no *Neck Disability Index* (Feise & Menke, 2010). O FRI é composto por 10 itens, oito relativos às AVDs que podem ser afectadas negativamente por uma condição medular e dois relativos a atributos de dor, podendo ser obtidos resultados parciais (disfunção ou dor) ou apenas um total relativo ao nível de incapacidade global. De entre as várias alterações medulares, o FRI pode ser usado com pessoas com complicações nas zonas cervical, torácica ou lombar.

Direccionados para a lesão vertebro-medular, Slavin, Kisala, Jette e Tulsy (2010) desenvolveram um conjunto de 326 itens, contendo todos os itens relevantes neste domínio e que correspondem a três categorias de actividades e a uma função contidas na CIF: mobilidade (193 itens); cuidados pessoais (109 itens), comunicação (19 itens) e função sexual (5 itens). Com base no sistema CAT (*Computer adaptive testing*), um sistema de inteligência artificial que selecciona os itens de acordo com o nível de competência do avaliado, criaram o SCI-CAT (*Spinal cord injury computer adaptive testing*). Uma das principais vantagens na utilização deste instrumento reside na possibilidade de o sujeito dar resposta apenas relativamente aos meios de locomoção que utiliza (ex. cadeira de rodas manual ou eléctrica), com base em questões de despiste previamente aplicadas, criando, assim, condições de aplicabilidade face ao elevado número de itens. Outra mais-valia, sinalizada pelos autores, é a presença de itens relativos à função sexual, habitualmente pouco patentes na maioria dos instrumentos existentes.

No âmbito da avaliação da funcionalidade em pessoas com esclerose múltipla, Pedro e Pais-Ribeiro (2008) efectuaram uma revisão sistemática da literatura, encontrando diversos instrumentos abraçando componentes diversas da funcionalidade como a física, a cognitiva ou a psicológica. A título de exemplo, podemos referir a *Guy's Neurological Disability Scale* (GNDS, Sharrack & Hughes, 1999), um instrumento criado para colmatar a lacuna, referida pelos seus autores, quanto a medidas mais orientadas para a pessoa com esclerose múltipla e de carácter multidimensional. A GNDS abrange 12 categorias: cognição, humor, visão, discurso, deglutição, função dos membros superiores, função dos membros inferiores, função da bexiga, função do intestino, função sexual, fadiga e uma categoria designada “outros” composta por uma questão sobre eventuais problemas adicionais (ex. dor, espasmos), não abordados nas restantes categorias, sobre a medicação específica para esses problemas e limitações ou internamentos, igualmente, deles decorrentes. Cada uma das 12 categorias ou domínios funcionais é avaliada numa escala de 6 pontos, variando entre 0 – estatuto normal – até 5 – perda total da função/máxima ajuda requerida, podendo ser obtido um resultado parcial por subescala ou total.

4.2.4. *Análise Crítica*

Uma das características comum a muitos dos instrumentos que acabámos de apresentar, sejam eles genéricos ou específicos de uma determinada condição de saúde, é relativa à existência de itens de avaliação das AVDs, sejam elas básicas ou instrumentais, o que reforça a importância já referenciada e que tem sido dada, desde sempre, à componente de realização física das capacidades funcionais. Verifica-se alguma diversidade quanto ao tipo de componentes de funcionalidade integradas nos vários instrumentos, ainda que algumas se

constituam como elemento comum à maioria (ex. mobilidade, comunicação, interação social). Em menor número é estimada a influência dos produtos de apoio ou da ajuda de terceiros na promoção da funcionalidade. Constata-se também serem escassos os instrumentos que reportam a satisfação da pessoa com a sua funcionalidade, tendo por nós sido sinalizados dois: FSQ (satisfação com as relações sexuais, satisfação com a condição de saúde) e LIFE-H (satisfação com o desempenho de hábitos de vida).

Ainda que os instrumentos de avaliação da funcionalidade tenham sofrido uma evolução, como é nítido pela resenha que acabámos de apresentar, alguns autores mostram-se particularmente críticos quanto à não inclusão sistemática da componente cognitiva na avaliação do estatuto funcional (Knight, 2000; Royall et al., 2007). Knight (2000) ressalta que a componente cognitiva tem, tradicionalmente, sido avaliada como estando subjacente às AVDs instrumentais, ainda que muita da investigação que considerava a funcionalidade como estando unicamente relacionada com a mobilidade e as AVDs, tenha começado a ponderar a cognição como integrando o estatuto funcional. Royall e colaboradores (2007), na revisão de literatura que efectuaram no âmbito deste tema, apontam que, globalmente, 21% da variância observada nos resultados funcionais é devida à cognição, o que embora sendo uma expressão moderada, atesta a sua importância na compreensão do estatuto funcional.

Outra das críticas apontadas aos instrumentos de avaliação da capacidade funcional ou da funcionalidade é relativa ao facto de ignorarem o desempenho da pessoa com recurso a assistência, seja ela através de produtos de apoio ou de ajuda de uma terceira pessoa, ou resultante das modificações ambientais operadas (Verbrugge & Jette, 1994). De acordo com Verbrugge (1990), face à incapacidade, as pessoas encontram formas de melhorar a sua capacidade ou tentam reduzir a exigência das actividades (ex. uso de produtos de apoio, assistência pessoal, modificação dos ambientes, alteração da forma e frequência das actividades, estratégias de *coping*). Neste sentido, a avaliação da real incapacidade deve

considerar todos estes suportes, incluindo os externos ao sujeito (Verbrugge, 1990; Verbrugge et al., 1997). Assim sendo, a dependência de assistência ou supervisão não deve ser equacionada como sinónimo de limitação, indicando apenas a presença de um elemento que vai atenuar a incapacidade.

Tomey e Sowers (2009), além de se mostrarem particularmente críticos quanto à não inclusão da avaliação de estratégias de compensação adoptadas pelas pessoas, alertam para a ausência de avaliação sobre os factores ambientais que influenciam a funcionalidade física. Neste sentido, propõem um modelo conceptual de avaliação da funcionalidade física relevante – *Physical Functioning Assessment in your Environment, PF-E* - que integra, igualmente, estas duas dimensões, consideradas descuradas pelos autores (factores ambientais e estratégias de compensação). Sustentados na conceptualização da CIF (DGS, 2003), afirmam que a funcionalidade física é sustentada em capacidades físicas (ex. andar) e cognitivas (ex. orientação espacial, memória), mas também em factores ambientais e estratégias de compensação e de *coping*. O PF-E foi criado para avaliações funcionais dirigidas a pessoas de meia-idade e idosos, mas dada a sua abrangência e inovação parece-nos uma referência relevante, a descrever. No centro do modelo encontra-se a capacidade de desempenho individual do sujeito e que é relativa a actividades como subir escadas, ver ou utilizar transportes, podendo ser variável ao longo do tempo. A componente ambiental considera uma subdivisão entre o ambiente doméstico e comunitário (ou de vizinhança), sendo que em ambos existem suportes e facilitadores ambientais, e barreiras e desafios distintos que influenciam a capacidade individual, constituindo-se como ambientes mais ou menos favoráveis. A influência ambiental surge no ambiente comunitário, influenciando o doméstico que, por sua vez, actua sobre a capacidade individual. As estratégias de compensação são consideradas qualificadores do desempenho e poderão ter influência diferencial no funcionamento físico da pessoa e ser de tipo positivo (ex. assistência pessoal, aumento de investimento de tempo e de esforço),

melhorando o funcionamento, ou negativo (ex. evitamento, redução da frequência), tendo o efeito oposto.

4.3. Conceitos de Funcionalidade para o Trabalho

Na pesquisa realizada sobre o conceito de funcionalidade para o trabalho apurámos serem escassas as propostas conceituais, ainda que verificando-se a existência de alguns instrumentos de avaliação específicos, constatação igualmente salientada por Sandqvist (2007).

A literatura contém ampla investigação sobre a capacidade para o trabalho e em menor número, estudos sobre a funcionalidade para o trabalho, conceito que entendemos como mais amplo, se encarado à luz da proposta da OMS (DGS, 2003) para o conceito global de funcionalidade humana e no qual a funcionalidade para o trabalho se integra. Os termos capacidade para o trabalho e capacidade funcional para o trabalho surgem, na literatura que analisaremos em seguida, como equivalentes, sendo o último termo mais frequentemente utilizado na literatura sobre a avaliação desta capacidade. Ambas as designações concorrem para o conceito de funcionalidade para o trabalho, assistindo-se a uma evolução histórica e qualitativa da própria conceptualização.

A capacidade para o trabalho significa, para vários autores, o desempenho da actividade laboral em contexto. O conceito de capacidade para o trabalho é definido, por Zwart, Frings-Dresen e Duivenbooden (2002), como correspondendo à “capacidade de um trabalhador para desempenhar o seu trabalho, tendo em consideração as exigências específicas do trabalho, a condição de saúde individual e os recursos mentais” (p. 318). A proposta conceptual de Sandqvist (2007) de capacidade para o trabalho é a de que esta corresponde à capacidade de a

pessoa ser bem sucedida na realização das tarefas que compõem a actividade laboral, considerando as condições do contexto em que esta se desenvolve.

Outros autores, ainda que sem uma referência conceptual, procedem à descrição deste conceito em função de instrumentos de avaliação existentes. Neste sentido, Alavinia, Boer, Duivenbooden, Frings-Dresen e Burdorf (2009) mencionam que a capacidade para o trabalho, avaliada com recurso ao WAI (*Work Ability Index*, Tuomi, Ilmarinen, Jankola, Katajarinne, & Tulkki, 1998, citados por Ilmarinen, 2007), corresponde à seguinte conjugação:

(...) combina experiências subjectivas da própria capacidade para lidar com os requisitos físicos e mentais no trabalho (desempenho no trabalho) com informação sobre doenças e consequentes limitações funcionais, baixas por doença e recursos psicológicos no trabalho (apreciar tarefas diárias, vida activa, optimismo acerca do futuro). (p. 32)

A definição de avaliação da capacidade funcional para o trabalho, parece, no entanto, não reunir consenso entre os peritos operantes nesta área. Inquirido um grupo de 22 peritos oriundos de diversas localizações (América do Norte, Europa, Ásia e Austrália), verificou-se (Soer, Schans, Groothoff, Geertzen, & Reneman, 2008) que a definição que reunia mais elevado consenso (63%) afirmava que: “A avaliação da capacidade funcional é uma avaliação da capacidade que é utilizada para fazer recomendações de participação no trabalho, considerando, em simultâneo, as funções e estruturas do corpo, factores ambientais, factores pessoais e estatuto de saúde.” (p. 394). Esta definição acompanha a terminologia da CIF que, ainda assim, não se mostra completamente implementada na comunidade técnica ligada à avaliação da funcionalidade para o trabalho na medida em que a segunda definição com maior consenso reportava ainda à condição médica e à existência de sintomas ou de deficiência, descurando a componente ambiental e denotando uma forte influência do modelo biomédico:

A avaliação da capacidade funcional é uma avaliação orientada para documentar e descrever a actual capacidade para o trabalho, em condições de segurança, de uma perspectiva da capacidade física e motivacional e considerando a existência de qualquer síndrome médico, de deficiência e/ou dor. (Soer et al., 2008, p. 394)

Matheson (2003), um dos principais impulsionadores da avaliação da capacidade funcional para o trabalho propõe uma definição claramente alinhada com a segunda definição mais consensual entre o grupo de peritos e acima apresentada. Matheson define-a como “um método sistemático de medição da capacidade individual para realizar tarefas com significado, numa base de segurança e confiança” (p. 169). Esta avaliação tem três objectivos fundamentais: comparar as competências da pessoa com as exigências do trabalho, para que este se desenvolva em condições de segurança; identificar as limitações funcionais que podem ser melhoradas e formalizar a incapacidade para que a pessoa possa aceder aos respectivos benefícios. Neste sentido, a avaliação da capacidade funcional para o trabalho implica conhecer as exigências da função do trabalhador a par das suas limitações funcionais, podendo assumir 5 processos distintos: estabelecimento de objectivos funcionais (ex. terapêuticos); classificação da incapacidade (perda da capacidade para o trabalho); adequação do trabalhador à função (avaliar a capacidade face aos principais requisitos da função); adequação do trabalhador ao grupo profissional em que se insere (avaliar a capacidade face às exigências globais do grupo profissional) e a avaliação da capacidade global para o trabalho. Tradicionalmente, a avaliação da capacidade funcional para o trabalho tem sido utilizada com pessoas que adquiriram lesões ou limitações relacionadas com o trabalho, particularmente de natureza musculoesquelética (James & MacKenzie, 2009), e muitas das vezes com o objectivo de avaliar a prontidão para regresso ao trabalho (Mitchell, 2008). Os resultados da avaliação da capacidade funcional para o trabalho podem ainda ser úteis no encaminhamento para áreas de formação profissional

adequadas, quando o regresso ao anterior posto de trabalho não é possível, na determinação das adaptações de posto de trabalho necessárias ao adequado e seguro exercício da função ou na recomendação de reabilitação complementar (Mitchell, 2008).

Gaudino, Matheson e Mael desenvolvem, em 2001, uma taxonomia da avaliação funcional – *FAC Taxonomy (Functional Assessment Constructs Taxonomy)* – com vista a facilitar a tarefa de avaliação da capacidade funcional para o trabalho, constituindo-se, em simultâneo, como uma base para a validação e comparação de instrumentos de avaliação funcional. Esta taxonomia tem o seu enquadramento teórico no Modelo de Incapacidade para o Trabalho, desenvolvido pela Administração da Segurança Social norte americana, e a sua construção foi baseada em taxonomias previamente existentes.

O Modelo de Incapacidade para o Trabalho tem por objecto a certificação formal da incapacidade para o trabalho, processo que inclui seis etapas relacionadas entre si por uma causalidade unidireccional: patologia e diagnóstico (sintomas observados ou reportados); deficiência estrutural (perda ou restrição de uma estrutura do corpo); deficiência funcional (restrição de uma função do corpo); limitação funcional (incapacidade de desempenhar acções e tarefas); inviabilidade profissional (incapacidade de desempenhar comportamentos profissionais fundamentais); e incapacidade profissional (incapacidade de desempenhar comportamentos profissionais específicos).

No âmbito deste modelo e de acordo com Gaudino et al. (2001), é com base nas limitações funcionais, e não nas deficiências funcionais, que melhor se consegue prever a incapacidade profissional, dada a maior relação das primeiras com a capacidade de realização de tarefas profissionais e com as exigências gerais do trabalho.

A taxonomia criada – *FAC Taxonomy* – por Gaudino e colaboradores (2001), comporta 131 constructos que correspondem a constructos habitualmente avaliados na determinação da

incapacidade (Matheson, 2003), organizados em 33 factores conceptuais integrados em 5 domínios. Utilizando uma hierarquia de unidades de análise, cada um destes constructos é categorizado desde a componente estrutural ou de função mais básica até às tarefas mais complexas. O domínio Sensório-perceptivo é composto por 7 factores conceptuais (ex. audição) e 18 constructos de avaliação funcional (ex. recepção auditiva não verbal). O domínio Físico inclui 9 factores conceptuais (ex. utilização das mãos) a que correspondem 46 constructos (ex. coordenação das mãos). O terceiro domínio corresponde ao Cognitivo-Intelectual e contém 7 factores conceptuais (ex. linguagem e comunicação), com 25 constructos (ex. comunicação não verbal). O domínio designado Comportamento Interpessoal e Emocional inclui 4 factores conceptuais (ex. adaptabilidade) e 14 constructos (ex. resposta à mudança). Finalmente, o domínio Profissional comporta 6 factores conceptuais (ex. planear e organizar o trabalho) em torno dos quais se organizam 28 constructos (ex. gestão do tempo).

Esta breve resenha sobre o conceito de capacidade para o trabalho (Alavinia et al., 2009; Sandqvist, 2007; Zwart et al., 2002) ou capacidade funcional para o trabalho como designado por outros autores (Matheson, 2003; Soer et al., 2008), ressalta as competências do próprio para a realização de actividades de natureza laboral e em que o contexto é visto como um conjunto de exigências que se colocam ao desempenho do indivíduo e não como uma fonte de interacção mútua. Esta conceptualização está, ainda, próxima do modelo médico, já anteriormente discutido, em que a capacidade do sujeito se circunscreve às suas limitações e capacidades, descurando dimensões de ordem social e contextual.

A diminuta literatura e investigação sobre o conceito de funcionalidade para o trabalho apresenta-o como mais complexo e amplo, ou seja, como contendo, mas indo além da capacidade para o trabalho.

Sandqvist (2007), apoiado no modelo de ocupação humana, define a funcionalidade para o trabalho como correspondendo a todas as formas e dimensões de funcionalidade relacionadas com o trabalho, passando pelos níveis físico, individual e social. A funcionalidade para o trabalho comporta três dimensões, respectivamente, de ordem social, individual e relativa ao funcionamento físico e psicológico: *participação no trabalho*, *desempenho no trabalho* e *capacidade individual*. Tal como o autor afirma e a semelhança entre termos indicia, o conceito de funcionalidade para o trabalho proposto tem um forte paralelismo com a conceptualização de funcionalidade humana da CIF. Para avaliação da funcionalidade para o trabalho, o autor propõe um instrumento – *Assessment of Work Performance (AWP)*, cuja utilização recomenda que seja feita a par de outros instrumentos complementares, ressaltando a importância de incluir neste conjunto a percepção das pessoas em processo de avaliação. O AWP pretende avaliar as competências individuais observáveis no desempenho profissional, em três domínios: *competências motoras* (postura, mobilidade, coordenação, força e manuseio de objectos e energia física); *competências de processo* (energia mental, conhecimento, organização temporal, organização do posto de trabalho e adaptação) e *competências de comunicação e interacção* (comunicação física e interacção, linguagem, contactos sociais e troca de informação). O total de 14 competências profissionais é avaliado, com uma escala de Likert de 4 pontos, variando entre o *desempenho deficiente* e o *desempenho competente*. Não obstante a concepção abrangente de funcionalidade para o trabalho, o AWP é redutor na sua amplitude de domínios. Embora o instrumento não contemple algumas dimensões, Sandqvist alerta para a importância de compreender as razões na base da funcionalidade para o trabalho e que vão para além do simples desempenho. Estas razões poderão ser de ordem individual e de natureza física ou psicológica, de ordem ambiental e quer relacionadas com a vida privada ou com a profissional e, finalmente, de ordem temporal (ex. histórico de trabalho, educação ou permanente alteração das exigências dos postos de trabalho).

O termo funcionalidade para o trabalho é, também, utilizado por Crewe e Athelstan (1984), em referência à criação do FAI (*Functional Assessment Inventory*) e do PCQ (*Personal Capacities Questionnaire*), instrumentos seleccionados para o presente estudo e que detalharemos no próximo capítulo, cujo objecto é a capacidade para trabalhar ou para desenvolver outra actividade produtiva. Para os autores, a funcionalidade para o trabalho e a empregabilidade sustentam-se em características pessoais, mas também em factores sociais e ambientais. Neste sentido, a avaliação da funcionalidade para o trabalho corresponde ao levantamento de forças, fraquezas (Crewe & Dijkers, 1995) relevantes nos planos vocacional e profissional, mas também à análise de factores ambientais e sociais como o mercado de trabalho ou as atitudes da comunidade.

Como se salienta na resenha acima descrita, a capacidade para o trabalho é maioritariamente associada a capacidades inerentes ao trabalhador, sendo diminuta a referência a factores de ordem ambiental, ainda que exemplificada pela introdução da análise das exigências do posto de trabalho. Crewe e Athelstan (1984) e também a maioria dos peritos auscultados por Soer et al. (2008) destacam e integram, na sua proposta de avaliação da funcionalidade para o trabalho, factores de ordem ambiental e, também, social, tornando o seu entendimento sobre a funcionalidade para o trabalho mais abrangente. Aliás e ainda que anterior à publicação da CIF (DGS, 2003), a proposta de avaliação de funcionalidade para o trabalho criada por Crewe e Athelstan assume, muito precocemente, o princípio subjacente de que a funcionalidade decorre da interacção entre características da pessoa e factores contextuais.

A investigação ilustra esta mesma maior concentração em torno da capacidade para o trabalho, em detrimento da funcionalidade para o trabalho, e as implicações nas práticas de avaliação. Num estudo desenvolvido com 60 médicos ligados a seguradoras (Slebus, Sluiter,

Kuijer, Willems, & Frings-Dresen, 2007), tendo como referencial a CIF, estes elegiam como áreas fundamentais da avaliação da capacidade para o trabalho, o diagnóstico da doença ou deficiência, as funções e estruturas do corpo com limitação e a participação dos sujeitos, relegando para segundo plano os factores pessoais e ambientais.

Estes últimos factores surgem, também, descritos na literatura como agentes de influência sobre a capacidade para o trabalho. Por exemplo, Tuomi, Huuhtanen, Nykyri e Ilmarinen (2001), ao estudarem a promoção da capacidade para o trabalho, reconhecem que esta acção deve ir para além da intervenção sobre as capacidades dos trabalhadores, estendendo-se ao ambiente, à comunidade de trabalho e à organização do próprio trabalho. Investigação desenvolvida com uma amostra de 1101 trabalhadores revelou que as exigências e o ambiente de trabalho (ex. má postura de trabalho; conhecimentos requeridos pelo trabalho; responsabilidade por outras pessoas; ambiente de trabalho ruidoso) eram as dimensões que mais contribuíam para a explicação da variável promoção da capacidade de trabalho, seguidas da organização do trabalho e comunidade de trabalho (ex. utilização da experiência profissional, insatisfação com o sistema de horários, relação com a chefia).

Factores de outra ordem como o suporte familiar (Webb, Wrigley, Yoels, & Fine, 1995), a existência de um ambiente de trabalho apoiante e de redes sociais de suporte (Alaszewski, Alaszewski, Potter, & Penhale, 2007) ou a influência de variáveis comunitárias, como por exemplo, a aceitação pelos empregadores (Magill-Evans et al., 2008), interagem, igualmente, com a funcionalidade individual para o trabalho, diminuindo o impacto das limitações e potenciando o acesso ao trabalho.

A própria funcionalidade física individual afecta a capacidade para o trabalho, como seria esperável. Bieleman et al. (2009) verificaram, em sujeitos com osteoartrite, que uma reduzida funcionalidade física, avaliada por instrumentos contendo itens referentes à saúde, dor

e funcionamento, predizia limitações na capacidade para o trabalho, avaliada por recurso a testes físicos de capacidades relacionadas com o trabalho (ex. capacidade para levantar pesos).

Gross e Battié (2005) constataram, com base em investigação desenvolvida com 170 trabalhadores com lesões lombares, que a avaliação da capacidade para o trabalho, sustentada em testes físicos de capacidades relacionadas com o trabalho, era influenciada por factores físicos (desempenho físico), percepções sobre a incapacidade devida à dor e intensidade da dor.

Corroborando alguma da informação já referida, Lydell, Baigi, Marklund e Månsson (2005) verificaram, em população com limitações musculoesqueléticas, que a dificuldade na realização de actividades (ex. vestir-se, fazer exercício, realizar trabalhos leves ou conduzir um automóvel), a dor e a existência de baixa por doença eram bons preditores de uma baixa capacidade para o trabalho, a par de outros factores como a qualidade de vida, a idade, o género e o nível de educação. Também Eagar et al. (2006) verificaram que a capacidade de gestão de AVDs, nomeadamente domésticas (ex. preparação de refeições, gestão financeira pessoal), se revelou o melhor preditor da capacidade para o trabalho, comparativamente a factores comportamentais (ex. agressividade física, dependência emocional) ou de cuidado pessoal (ex. banho, mobilidade em espaços interiores).

Nagi (1976), um dos primeiros autores a estudar o conceito de incapacidade, entendendo-a como um constructo social e não como meramente decorrente das características da pessoa, investigou, igualmente, o domínio da incapacidade para o trabalho. Com base numa amostra contendo 566 pessoas que apresentavam incapacidade para o trabalho, Nagi verificou que apenas a variável desempenho físico se manifestou preditora da incapacidade para o trabalho, num modelo de regressão contendo sete outras variáveis: estatuto de saúde; número de condições de saúde afectadas; desempenho emocional; educação, género, idade e raça. A par destes resultados, o autor salienta que muitos outros factores, como a exigência do posto ou mesmo do mercado de trabalho, as atitudes dos empregadores ou as adaptações nos postos de

trabalho, afectam a incapacidade individual para o trabalho. Pope e Tarlov (1991) acrescentam a esta lista outros factores que condicionam a incapacidade para o trabalho: estado da economia; disponibilidade de transportes e competências e formação dos candidatos a trabalho.

Em suma, a funcionalidade para o trabalho é influenciada por factores de natureza física, sociodemográfica, mas também psicológicos, como sejam as percepções sobre a qualidade de vida, a incapacidade ou a dor, ou ainda ambientais. Em contexto de intervenção, o reconhecimento das múltiplas influências é vital para que a reabilitação seja plena, potenciando as oportunidades de inserção profissional das pessoas com deficiência e incapacidade e atendendo a barreiras de ordem vária. Ou seja, não basta apenas trabalhar as competências que directamente concorrem para a funcionalidade para o trabalho, mas há que atender, igualmente, a outras dimensões, extrínsecas e intrínsecas à pessoa com deficiência e incapacidade e que condicionam a sua funcionalidade. Ou seja, há que atender à funcionalidade para o trabalho e não apenas à capacidade ou desempenho.

Para além da forma como a funcionalidade para o trabalho é conceptualizada, importa, igualmente, considerar a perspectiva em que é avaliada – auto ou hetero-avaliação. A investigação aponta no sentido de ser frequente a divergência entre as fontes de informação, quer se trate das próprias pessoas com deficiência e incapacidade, seus significativos, técnicos ou outros avaliadores. Em população com lombalgia foi constatado elevado desacordo entre as avaliações efectuadas pelos próprios e os seus fisiatras (Brouwer et al., 2005), ainda que recorrendo ao mesmo instrumento de avaliação (*Functional Ability List*). O desacordo entre as fontes mantinha-se quando os respectivos dados foram comparados com os dados obtidos por um avaliador que observava e classificava a funcionalidade da pessoa (por recurso ao *Isernhagen Work Systems Functional Capacity Evaluation*), sendo que as maiores limitações

funcionais relacionadas com o trabalho eram reportadas pelas 92 pessoas com lombalgia que compunham a amostra. Em população com esclerose múltipla, esta tendência para avaliações divergentes foi igualmente constatada com uma amostra de 47 pessoas (Goverover et al., 2009). Foi verificada discordância entre as avaliações efectuadas pelas pessoas com esclerose múltipla e pelos seus significativos, no que concerne às áreas de funcionalidade referentes ao desempenho de tarefas e resolução de problemas.

Este escasso acordo é também verificado quando se estuda a correlação entre os resultados de medidas utilizadas pelas pessoas com deficiência e os de instrumentos utilizados por terapeutas, na avaliação de componentes da funcionalidade. Hart, Kirk, Howar e Mongeon (2007) verificaram a ausência de correlação significativa entre as avaliações de incapacidade e dor efectuadas por pessoas com lesão lombar e as avaliações de tolerância ao trabalho e capacidade de levantamento de pesos, por parte dos terapeutas que as acompanhavam. Porém, em investigação com pessoas com poliomielite, e em que era avaliada a incapacidade, fadiga, dor e força muscular isométrica, apenas foi verificada a ausência de correlação significativa entre as avaliações das pessoas com poliomielite e dos seus terapeutas, no que concerne à última variável (Lygren et al., 2007). Ainda que a investigação tenda a apontar o desacordo entre as fontes, será desejável o seu aprofundamento neste âmbito da funcionalidade para o trabalho.

Embora a recolha de perspectivas divergentes sobre a funcionalidade para o trabalho possa ter consequências na definição do plano de reabilitação, reconhece-se a importância do recurso a fontes diversificadas, por forma a aumentar o conhecimento sobre o modo como a pessoa vive diariamente com a incapacidade (Brouwer et al., 2005; Lattig et al., 2009) a par de outras perspectivas mais diferenciadas úteis à definição de objectivos de intervenção.

4.4. Funcionalidade para o Trabalho e Emprego

A literatura aponta a existência de alguns estudos sobre a relação entre a funcionalidade para o trabalho e o estatuto face ao emprego das pessoas com deficiência e incapacidade e que passamos a ilustrar em seguida. A par da investigação acerca da relação entre estas duas dimensões, o regresso ao trabalho, após aquisição de uma deficiência e incapacidade, parece ser uma das condições mais frequentemente estudada. O mesmo já não podemos afirmar para o estudo sobre a relação entre a funcionalidade para o trabalho e a procura de emprego, domínio do conhecimento em que não conseguimos sinalizar investigação ou literatura desenvolvida.

Crewe e Athelstan (1984) verificaram, com a aplicação do IAF, que 21 dos 30 itens relativos às limitações funcionais e 4 dos pontos fortes estavam significativamente relacionados com o desenvolvimento de objectivos profissionais em mercado competitivo, sendo que as pessoas integradas em mercado competitivo apresentavam menor número de limitações funcionais do que as integradas em contexto protegido e as que não trabalhavam apresentavam uma funcionalidade global de nível moderado. Verificaram, ainda, através da análise de regressão múltipla, que o resultado global do IAF, bem como o de outros dois itens (25. Sistema de suporte social e 27. Relações Interpessoais), prediziam o estatuto face ao emprego no final do processo de reabilitação.

Recorrendo, igualmente, ao uso do IAF, Heinemann, Crown e McMahon (2000), ao analisarem uma amostra de 100 pessoas que haviam sofrido acidente vascular cerebral, apuraram que as avaliações efectuadas pelos técnicos reportavam níveis de funcionalidade mais elevados no momento da admissão, em pessoas que, no momento da alta clínica, já se encontravam a trabalhar. Estas pessoas receberam avaliações mais favoráveis do que as que

evidenciavam um estatuto de desempregado, em formação, reformado ou doméstico. Neste sentido, os autores afirmam o IAF como um bom instrumento para avaliar a prontidão para a transição para o mercado de trabalho ou outra actividade produtiva.

Com base numa amostra de 2972 clientes de serviços de reabilitação profissional, com deficiências diversas (visuais, auditivas, ortopédicas, orgânicas e amputações) e em que 29% eram do tipo musculoesquelético, Moriarty, Walls e McLaughlin (1987) verificaram que a funcionalidade para o trabalho, avaliada com recurso ao *Preliminary Diagnostic Questionnaire* (PDQ) (Moriarty, Walls, & McLaughlin, 1987), se revelou preditora do emprego, nomeadamente no que concerne aos critérios “ganhos” (ter ou não vencimento após concluída a reabilitação profissional) e “salário mínimo” (receber um vencimento acima ou abaixo do salário mínimo nacional).

Considerando aspectos isolados da funcionalidade, nomeadamente a sua dimensão física, Smith e Arnett (2005) verificaram em pessoas com esclerose múltipla que as que estão a trabalhar, a tempo inteiro ou parcial, apresentavam níveis similares de incapacidade física, o que não acontecia com os desempregados que possuíam níveis mais acentuados de incapacidade. Esta tendência foi também verificada, em população com paralisia cerebral e espinha bífida, por Magill-Evans e colaboradores (2008). Porém, estes autores constataram que as limitações de ordem física apenas se revelaram preditoras do acesso ao emprego quando consideradas isoladamente, pois quando em conjugação com variáveis comunitárias (ex. funcionamento familiar, uso autónomo de transportes) perdiam a sua eficácia preditora. Este resultado aponta e reforça a noção de que a funcionalidade é uma condição dinâmica e cuja caracterização não depende apenas de factores físicos, sendo influenciável por factores de outra ordem que podem contribuir para o seu reequilíbrio. A força física, avaliada com recurso ao *Motor Index Score*, mostrou-se, no entanto, um bom preditor do regresso ao trabalho decorridos 3 anos após lesão medular (Hess, Ripley, McKinley, & Tewksbury, 2000).

A funcionalidade, do ponto de vista físico, mas também cognitivo, avaliada por recurso à Medida de Independência Funcional (FIM), também se revelou um bom preditor do estatuto de empregado, em pessoas com lesão cerebral traumática e cujo traumatismo havia ocorrido há um ano (Webb et al., 1995) ou há 3 anos (Keyser-Marcus et al., 2002).

A funcionalidade, avaliada nas suas dimensões sinais vitais, cuidado pessoal, independência física e cognitiva e estimativa da empregabilidade, com recurso à *Disability Rating Scale* (DSR), também se revelou um bom preditor do estatuto no emprego (Gollaher et al., 1998). Esta investigação foi desenvolvida com uma amostra de 99 sujeitos com lesão cerebral traumática, e embora a funcionalidade no momento da admissão no processo de reabilitação se tivesse revelado um bom preditor do estatuto no emprego, o nível de funcionalidade, avaliado no momento de alta, revelou-se um preditor ainda mais forte. No entanto, o facto de a DSR conter um item que avalia a estimativa da empregabilidade poderá ter influenciado os resultados obtidos, no que concerne ao futuro estatuto face ao emprego.

Tal como já tivemos oportunidade de sublinhar, no âmbito da relação funcionalidade para o trabalho e emprego, uma das dimensões mais frequentemente integradas na investigação é relativa ao regresso ao trabalho, após aquisição de uma deficiência e incapacidade. Krause et al. (2001) constataram, no decurso de uma revisão sistemática da literatura, que diversos factores exerciam a sua influência neste processo: factores sociodemográficos, factores psicológicos, atitudes e crenças, comportamentos de saúde, medidas clínicas, fases da incapacidade, características físicas e psicossociais do trabalho e suporte social. Alguns desses factores são igualmente encontrados na investigação abaixo descrita.

Em pessoas com limitações musculoesqueléticas (tronco e membros superiores), Bültmann et al. (2007) constataram que, um mês após a lesão, os trabalhadores que regressavam ao trabalho, comparativamente aos que regressavam, mas com recidivas e aos que não regressavam após a lesão, apresentavam menor incapacidade funcional (avaliada pelo

Roland-Morris Disability Questionnaire, instrumento que avalia a dor durante o desempenho da actividade, em pessoas com lombalgia) e menos limitações para o trabalho (avaliadas com recurso ao *Work Limitations Questionnaire*, instrumento desenvolvido por Lerner e colaboradores (2001) para avaliar o impacto das condições de saúde e tratamentos crónicos – limitações face às exigências de tempo, físicas, mentais e interpessoais, e de resultados – no desempenho laboral), ainda que continuassem a reportar limitações, neste caso, especificamente relativas às exigências físicas e de gestão de tempo.

Numa revisão de literatura sobre lesão vertebro-medular e regresso ao trabalho, Lidal, Huynh e Biering-Sørensen (2007) verificaram que o regresso ao trabalho era mais elevado entre as pessoas com lesões menos severas e com maior independência funcional. Dados similares foram encontrados por Treger, Shames, Giaquinto e Ring (2007) numa análise da literatura sobre regresso ao trabalho em pessoas que sofreram acidente vascular cerebral (AVC): o preditor negativo mais significativo era a severidade do próprio AVC, avaliada através de indicadores como o número de dias de hospitalização ou o défice neurológico ou pela aplicação de instrumentos de avaliação da incapacidade funcional como o Índice de Barthel. Igualmente no domínio do AVC, e com base numa amostra com 27 sujeitos, foi verificado, por Ownsworth e Shum (2008), que um melhor desempenho nas funções executivas, definidas como a “capacidade para construir um plano de acção, iniciar o comportamento, pensar de modo flexível, resolver problemas e automonitorizar e auto-regular o comportamento de acordo com o ambiente” (p. 531), estava relacionado positivamente com a integração e a produtividade laboral. O nível global de deficiência funcional nos domínios físico, cognitivo e comportamental avaliado pelas respostas dos familiares ao *Awareness Questionnaire*, estava também positiva e significativamente correlacionado com o nível de produtividade da pessoa (avaliado, igualmente por familiares, com base na subescala Actividades Ocupacionais da *Sydney Psychosocial Reintegration Scale*). A revisão de literatura

no domínio do regresso ao trabalho de pessoas vítimas de traumatismo craniano, realizada por Shames, Treger, Ring e Giaquinto (2007) conduz-nos a dados similares aos obtidos com as restantes limitações que acabámos de descrever: a severidade da lesão, avaliada através de instrumentos como a *Disability Rating Scale*, a FIM ou o número de dias de hospitalização, é o indicador mais significativo de insucesso no regresso ao trabalho.

Ainda que não procurando prever a relação entre funcionalidade física e estatuto profissional, Trupin e Yelin (1999), ao analisarem os dados da população da Califórnia, verificaram diversas condições que reforçam os resultados anteriormente referidos. Em primeiro lugar, foi constatado que pessoas com maiores limitações funcionais físicas apresentavam uma probabilidade muito menor de estarem inseridas no mercado competitivo de trabalho, reportavam menos vontade de regressar ao mercado de trabalho e quando estavam empregadas, era típico ocuparem postos de trabalho a tempo parcial ou trabalhos temporários.

Os estudos sobre a funcionalidade para o trabalho apontam-na como um bom preditor do acesso ou do retorno ao emprego, quando avaliada por técnicos ou por significativos (ex. familiares). As auto-avaliações parecem corroborar, igualmente, esta tendência. Os resultados obtidos com uma amostra de 70 pessoas com lesão cerebral traumática aguda, indicam que a percepção de competência no desempenho de acções com exigências cognitivas e de competências interpessoais/emocionais se revelou um bom preditor no regresso ao trabalho, verificado um ano após a avaliação da funcionalidade (Sveen, Mongs, Røe, Sandvik, & Bautz-Holter, 2008). De entre as três dimensões de funcionalidade e competência avaliadas, com recurso à *Patient Competency Rating Scale* – interpessoal/emocional; cognitivas e actividades instrumentais de vida diária –, as competências cognitivas foram o preditor predominante, o que poderá estar relacionado com o facto de estas serem frequentemente colocadas à prova na inserção profissional. Kuijer e colaboradores (2005) constataram, com base na investigação

desenvolvida com uma amostra com 92 pessoas com lombalgia crónica, que a saúde física e mental percebida pelos próprios se revelou preditora do estatuto no emprego, verificando-se que os desempregados reportavam níveis inferiores de saúde e maiores dificuldades no desempenho das AVDs.

Dozois, Dobson, Wong, Hughes e Long (1995) avaliaram o estatuto funcional (com recurso a provas físicas) de 117 sujeitos com lombalgia, verificando que este se mostrou um bom preditor do regresso ao trabalho. A par desta dimensão, foram utilizados dois itens do QCP (Crewe & Athelstan, 1984), instrumento igualmente usado na presente investigação e que avalia a funcionalidade para o trabalho do ponto de vista das pessoas com deficiência e incapacidade. Estes itens eram relativos à percepção da deficiência e da empregabilidade pelo próprio, verificando-se que apenas a primeira variável demonstrou poder preditivo do regresso ao trabalho. O dado relativo à percepção da empregabilidade é justificado, pelos autores, com um possível baixo poder discriminativo do item. Com recurso, igualmente ao QCP, Biggan (1997) verificou em pessoas com traumatismo craniano que apenas a funcionalidade para o trabalho avaliada pelas próprias, mas não pelos técnicos com recurso ao IAF, se revelou um bom preditor da obtenção de rendimento pelo trabalho, passados seis meses.

Embora a funcionalidade para o trabalho se mostre, na generalidade, um bom preditor do emprego, existe investigação, ainda que mais diminuta, que aponta evidência contrária ou ausência de evidência para esta relação.

Felmingham et al. (2001), em investigação já descrita no capítulo anterior, verificaram que os défices de funcionalidade, avaliados pela *Functional Assessment Measure* (FAM) não se revelaram bons preditores do regresso ao mundo do trabalho, o que poderá, eventualmente e como afirmam os autores, estar relacionado com características do próprio instrumento. Como já apontámos, a FAM é um instrumento que vem acrescentar à FIM (*Functional Independence*

Measure) doze novos itens aos dezoito já existentes, passando a cobrir as áreas dos cuidados pessoais, controlo de esfíncteres, mobilidade, comunicação, funcionamento psicossocial e cognição, com especial relevo dado às três últimas (Turner-Stokes, 2002). Por conseguinte, carece de itens directamente relacionados com o contexto profissional.

Também Tiersky et al. (2001) não encontraram evidência de relação entre a melhoria da funcionalidade e o acesso ao emprego. Ainda que estudando uma amostra de reduzida dimensão (35 sujeitos), constataram que não obstante os sujeitos terem melhorado a sua funcionalidade, decorridos 6 anos após a primeira avaliação, permaneciam maioritariamente com o mesmo estatuto face ao emprego que detinham antes de ser diagnosticado o síndrome de fadiga crónica, ou seja, desempregado. Os autores justificam os resultados obtidos com uma eventual maior gravidade de incapacidade nesta amostra em particular.

A literatura não parece ser inteiramente conclusiva sobre se a funcionalidade para o trabalho está ou não associada ao acesso ao emprego, porém, a maioria dos estudos aponta esta relação, quer no domínio da auto, quer da hetero-avaliação. Caso adopte uma perspectiva conceptual e avaliativa abrangente, a investigação desenvolvida neste domínio poderá assumir máxima importância por permitir identificar as áreas da funcionalidade para o trabalho que mais concorrem para a inserção profissional e que a serem integradas em programas de reabilitação profissional potenciam o sucesso desta mesma integração. É notória uma menor valorização, por parte da investigação, do domínio da procura de emprego, comparativamente ao do regresso ao trabalho.

PARTE II

5. Adaptação dos Instrumentos de Avaliação

5.1. Objectivos

Nesta fase do presente trabalho de investigação visa-se descrever os procedimentos adoptados na tradução e adaptação portuguesas dos instrumentos seleccionados: *Adaptation to Disability Scale - Revised* (ADS-R; Groomes & Linkowski, 2007; Escala de Adaptação à Deficiência-Revista, EAD-R); *Functional Assessment Inventory* (FAI; Crewe & Athelstan, 1984; Inventário de Avaliação Funcional, IAF) e *Personal Capacities Questionnaire* (PCQ; Crewe & Athelstan, 1984; Questionário de Competências Pessoais, QCP). Estes instrumentos têm sido amplamente utilizados, no contexto internacional, quer para avaliação dos resultados de reabilitação, quer em investigação (Bolton, 2001; Heinemann et al., 2000).

Considerando que um dos objectivos do presente estudo é a adaptação dos instrumentos acima referidos, passaremos, a partir deste momento, e para facilidade de compreensão, a utilizar as siglas portuguesas dos instrumentos (EAD-R, IAF e QCP), com referência à versão em causa sempre que tal se revele necessário.

Além disso, visa-se estudar as suas propriedades psicométricas, procedendo-se para o efeito à análise dos itens, à determinação da precisão (consistência interna e teste-reteste) e da validade (validade de constructo, através do método de análise factorial e validade relativa a um critério externo, por intermédio da análise correlacional dos resultados dos dois últimos instrumentos e da comparação de grupos contrastantes).

5.2. Instrumentos Seleccionados

Foram seleccionados três instrumentos que correspondem a questionários de auto e hetero avaliação, sobre os constructos anteriormente apresentados no enquadramento teórico.

Para estudo da variável adaptação à deficiência foi seleccionada a versão original da Escala de Adaptação à Deficiência-Revista (EAD-R, Groomes & Linkowski, 2007) (Anexo A) devido à sua actualidade face ao conceito de adaptação à deficiência e por resultar de uma versão de um instrumento amplamente utilizado (*Acceptance of Disability Scale*, ADS, Linkowski, 1971), desde há mais de 30 anos, em reabilitação e investigação (Bolton, 2001), cujos conteúdos nos pareceram aplicáveis à realidade portuguesa. A fim de melhor ilustrar a ampla divulgação deste instrumento, apresentam-se, de seguida, vários exemplos de pesquisas onde tem sido utilizado.

Assim, Boone, Roessler e Cooper (1978) utilizaram a ADS para analisar a influência motivacional da esperança, operacionalizada como a expectativa de sucesso na obtenção de objectivos, e da ansiedade no processo de aceitação da deficiência, junto de um grupo de 48 estudantes universitários com incapacidades físicas. Joiner et al. (1989) recorreram a esta mesma escala para análise da relação entre o comportamento assertivo e a aceitação da deficiência e incapacidade, numa amostra composta por 160 pessoas com deficiência e incapacidade de natureza neuromusculoesquelética, sensorial, orgânica e intelectual. A relação entre género e aceitação da deficiência foi estudada com uma amostra de 251 pessoas com lesão vertebro-medular (Woodrich & Patterson, 1983) e 57 pessoas com deficiências diversas (Hampton & Crystal, 1999), elegendo os autores igualmente a ADS para avaliação deste último constructo. O estudo da aceitação da deficiência e da sua relação com factores psicológicos (Berry et al., 2007; Li & Moore, 1998); com as estratégias de *coping* na amputação (Livneh & Antonak, 1990), na lesão vertebro-medular (Elliott, 1999) ou em doentes com patologias

diversas (Felton & Revenson, 1984; Revenson & Felton, 1989); com a instabilidade de objectivos na lesão vertebro-medular (Elliott et al., 2000); e com o processo de avaliação do stresse e da disponibilidade global para lidar com processos diversos (Groomes & Leahy, 2002) constituem-se como exemplos da aplicação da ADS. Também podemos constatar a sua aplicação em investigação desenvolvida sobre a relação entre o sentido de coerência e a aceitação da deficiência, em pessoas com síndrome de Ehlers-Danlos (Berglund et al., 2003) e em pessoas com diabetes (Richardson, Adner, & Nordström, 2001), ou, ainda, sobre a relação entre a afirmação positiva e a aceitação da deficiência (Joiner et al., 1989).

Não obstante a escala ter sido inicialmente criada para aplicação em população com deficiência física, a sua utilização foi alargada igualmente a outras tipologias, entre as quais podemos acrescentar, face às já citadas anteriormente, a deficiência visual (Dodds & Ferguson, 1994).

Esta escala foi igualmente utilizada na validação (estudo da validade convergente) de outros instrumentos, nomeadamente o *Multidimensional Adjustment Profile* (MAP, Krause & Anson, 1997b) junto de população com lesão vertebro-medular. Foi verificada, pelos autores, elevada correlação entre o resultado total de adaptação, avaliado com a ADS e as subescalas com maior relevância psicológica do MAP: Ajustamento, Satisfação Global e Stresse Emocional.

Tal como podemos verificar no ponto seguinte, a versão original da EAD-R apresenta boas propriedades psicométricas, o que representou um motivo adicional para a sua selecção.

Em investigação nacional, a ADS foi também já utilizada em estudos com população com insuficiência renal (Lume, 1986; Martins, 2002; Martins, Cunha, & Coelho, 2005), ainda que desconheçamos, ou sejam referidos por estes investigadores, dados relativos à sua tradução e adaptação para a população portuguesa.

Lume (1986) recorreu à ADS para avaliação do nível de aceitação da doença renal por parte de doentes em hemodiálise renal, verificando um nível de “relativa aceitação da doença” (p. 123) numa amostra composta por 55 sujeitos.

Martins (2002), sustentada numa versão portuguesa da ADS, cuja fonte e processo, como já referido, desconhecemos, procurou analisar a relação deste instrumento com outro não aplicado nacionalmente e com muito menor extensão de itens: *Acceptance Illness Scale* (AIS) desenvolvida por Felton, Revenson e Hinrichsen, em 1984, e igualmente baseada na extracção de itens da ADS (Felton & Revenson, 1984). O objectivo da autora seria a verificação da equivalência de constructos entre ambas as escalas, por forma a se adoptar a menos extensa junto de doentes que, tradicionalmente, apresentam elevados níveis de cansaço ou pouca disponibilidade para resposta a instrumentos longos. Numa amostra composta por 40 sujeitos, com insuficiência renal crónica, em tratamento de hemodiálise, foi verificado pela autora, elevada (0,85) correlação entre os resultados medidos pelas escalas de Linkowski e Felton e colaboradores, concluindo pela opção da última para aplicação em população com insuficiência renal crónica portuguesa e pela equivalência de conceitos (Martins, 2002; Martins et al., 2005). Com a amostra estudada e face à aplicação da ADS, foi encontrado um nível de adaptação classificado como médio moderado (186,64). Não podemos deixar de referir as fragilidades destas conclusões face à dimensão da amostra estudada e ao desconhecimento de dados quanto à tradução e adaptação da ADS para a população portuguesa, cuja ocorrência foi assumida.

Não obstante a aplicação da versão inicial da ADS à população portuguesa, conforme descrito nos trabalhos anteriores, na presente investigação adoptámos a versão reduzida, de 32 itens, e actualizada considerando as novas conceptualizações da aceitação à deficiência. Acresce ainda, e tanto quanto seja do nosso conhecimento, que não existe nenhum instrumento idêntico criado ou adaptado à realidade e cultura portuguesas no domínio da deficiência e incapacidade, sendo que o instrumento (AIS) cuja tradução é referida por Martins (2002) é

específico da adaptação à doença crónica. Refira-se também que, não sendo conhecidos os dados de adaptação da versão alargada da ADS à população portuguesa, a sua utilização carece de investigação adicional.

A versão reduzida da ADS (ADS-R, Groomes & Linkowski, 2007) foi utilizada no estudo da satisfação com a vida, por Chen e Crewe (2009), numa amostra com 218 pessoas com incapacidades degenerativas (distrofia muscular e esclerose múltipla).

A literatura sobre adaptação à deficiência refere, amplamente, um outro instrumento de avaliação deste constructo - *Reactions to Impairment and Disability Inventory* (RIDI, Livneh & Antonak, 1991), integrado no modelo unificador sobre a adaptação à deficiência física e doença crónica proposto por Livneh (1991). A não opção por este instrumento é sustentada no facto de ser reconhecido, pelos seus autores, que este carece de investigação suplementar para aprofundamento das suas propriedades psicométricas (Livneh & Antonak, 2008). Acresce, ainda, e analisando as características do instrumento, cujo detalhe já tivemos oportunidade de explorar no enquadramento teórico, que apenas duas das suas subescalas – Reconhecimento e Aceitação ou Ajustamento Final – permitem avaliar a adaptação à deficiência. Neste sentido, apenas os resultados parciais poderão ser considerados como um indicador do nível de adaptação do sujeito, não concorrendo para este o resultado das restantes subescalas. A adaptação à deficiência é representada, neste instrumento, apenas por parte do mesmo e não pela sua totalidade como acontece na EAD-R.

Por razões similares às expostas para a ADS, e considerando a sua extensa aplicação em contexto de reabilitação e investigação e as suas adequadas propriedades psicométricas (Bolton, 2001; Bolton & Brookings, 1993), seleccionámos, para avaliação da funcionalidade para o trabalho, o Inventário de Avaliação Funcional (IAF, Crewe & Athelstan, 1984) (Anexo B) e o instrumento que dele deriva, para auto-avaliação das competências e limitações

profissionais por parte de pessoas com deficiência – Questionário de Competências Pessoais (QCP, Crewe & Athelstan, 1984) (Anexo C). É possível verificar a existência de investigação baseada na aplicação da versão original do IAF, em estudos desenvolvidos sobre as suas propriedades psicométricas com vista a determinar a sua utilidade na orientação profissional de pessoas que sofreram acidentes vasculares cerebrais (Heinemann et al., 2000), sobre a probabilidade de inserção profissional estimada com recurso a este instrumento (Bolton et al., 2000), sobre a qualidade de desempenho laboral de pessoas com dificuldades intelectuais (Garcia, 2005), sobre a predição das respostas de reabilitação profissional em pessoas com deficiências físicas e mentais (Bellini, Bolton, & Neath, 1998) e sobre a relação entre o tipo de emprego, capacidade funcional e qualidade de vida de pessoas com dificuldades intelectuais (Kober & Eggleton, 2005). Contrariamente, a investigação sustentada no QCP é reduzida, tal como tivemos oportunidade de destacar e não encontramos estudos sobre as suas propriedades psicométricas.

De salientar ainda que, não obstante a criação destes instrumentos datar de 1984, ambos reflectem muito claramente a actual conceptualização da funcionalidade humana, defendida pela Organização Mundial de Saúde (2001), em que se afirma que esta não decorre linearmente das características individuais do sujeito, mas também da sua interacção com os factores ambientais. Assim, a incapacidade e a limitação não se localizam estritamente no sujeito, mas na relação entre as características deste e as do meio e dos contextos em que se move e insere. Contrariamente a outros instrumentos que pretendem avaliar a capacidade para o trabalho e que não comportam (Fadyl, McPherson, Schlüter, & Turner-Stokes 2010) todos os elementos da funcionalidade humana – funções e estruturas do corpo, actividades e participação e factores ambientais – o IAF e o QCP vêm percorridos todos estes elementos nos seus itens.

A par da análise efectuada sobre a versão original do IAF, foi efectuada pesquisa sobre outros instrumentos de avaliação da funcionalidade para o trabalho e verificado que apenas

Sandqvist (2007), autor do AWP (*Assessment of Work Performance*), faz referência a este conceito. Tal como já tivemos oportunidade de apresentar, na secção relativa à funcionalidade para o trabalho, este instrumento limita a sua abrangência a características inerentes à pessoa e ao seu posto de trabalho, com uma breve referência às interações sociais, não contemplando outras dimensões igualmente importantes dos domínios social e ambiental e que se encontram inseridas na versão original do IAF, tal como já discutido.

Para a totalidade dos instrumentos seleccionados foi solicitada autorização para tradução e elaboração das versões portuguesas às respectivas autoras (Anexos D e E), sendo a resposta favorável. No caso particular da EAD-R e por terem sido quase inexistentes as alterações introduzidas face ao original, tivemos ainda oportunidade de enviar à autora o resultado da retroversão que mereceu igualmente um parecer favorável da mesma (Anexo F).

Em seguida, passamos a descrever detalhadamente os instrumentos seleccionados.

5.2.1. Escala de Adaptação à Deficiência-Revista (EAD-R)

A versão original da EAD-R (Groomes & Linkowski, 2007) resulta da *Acceptance Disability Scale* (ADS, Linkowski, 1971), instrumento originalmente construído para avaliar o processo de mudança de valores, na aceitação da deficiência, sustentado na teoria de aceitação da perda de B. A. Wright (1983). Esta teoria defende que o processo de aceitação da deficiência consiste na mudança de quatro tipos de valores: Alargamento da amplitude de valores, subordinação do físico, contenção dos efeitos da deficiência e transformação dos valores comparativos em valores recurso, que tivemos oportunidade de explicar em maior

detalhe no capítulo 3. De acordo com Groomes e Linkowski (2007), este instrumento foi criado numa época em que a aceitação da deficiência era vista como correspondendo ao processo através do qual a pessoa tentava modificar as suas características físicas e psicológicas, com recurso a intervenção, sobretudo médica e psicológica, significando este esforço o processo de aceitação da deficiência. A actual versão, com 32 itens, procura respeitar a integridade da pessoa com deficiência, usando a redacção de pessoa com deficiência, em detrimento da anterior expressão deficiente; evita a referência a comparações com normas, reconhecendo a variabilidade individual e procura descentrar a reabilitação do campo exclusivo da medicina, reconhecendo as diversas influências ambientais e individuais neste mesmo processo.

A ADS (Linkowski, 1971) corresponde a um inventário de auto-avaliação e é composta por 50 itens, a serem analisados, pelos sujeitos com deficiência, com recurso a uma escala de Likert, de 6 pontos, cujas categorias qualitativas correspondem a: “discordo totalmente”, “discordo bastante”, “discordo um pouco”, “concordo um pouco”, “concordo bastante” e “concordo totalmente”.

Cada item da ADS pretende reflectir uma das quatro mudanças de valores defendidas pela teoria da aceitação da perda de B. A. Wright (1983), ainda que se estime, segundo Linkowski (1971), a existência de alguma sobreposição entre mudança de valores num mesmo item, cuja emergência não foi intencionalmente evitada, por se considerar que as áreas não são independentes. De acordo com a estrutura desenvolvida por Linkowski, constituem amostras do alargamento da amplitude de valores os itens 4 (“Com ou sem deficiência, vou ter sucesso na vida.”) e 21 (“Sei o que não consigo fazer por causa da minha deficiência e sinto que posso viver uma vida plena.”) da escala original, mantidos enquanto itens 3 e 32, respectivamente, na versão revista. Afirmações como “Uma boa aparência e capacidade física são as coisas mais importantes da vida.” (item 5 na versão original e revista) e “É preciso ter um corpo íntegro e em forma para ter uma mente sã.” (item 15 na forma original e 24 na revista) ilustram a

mudança de valores que deverá ser operada no sentido da subordinação do físico. A contenção dos efeitos da deficiência compreende exemplos de afirmações do tipo “A minha deficiência afecta os aspectos da minha vida que mais me importam.” (item 9 na versão original e 22 na revista) ou “A minha deficiência, por si só, afecta-me mais do que qualquer outra das minhas características.” (item 19 na versão original e 17 na revista). Finalmente, o autor considerou espelhar a transformação de valores comparativos em valores recurso a informação contida em frases como “O tipo de pessoa que eu sou e os meus feitos na vida são menos importantes do que os das pessoas sem deficiência.” (item 20 na versão original e 13 na revista) ou “Uma deficiência como a minha é a pior coisa que pode acontecer a uma pessoa.” (item 38 na forma original e 23 na revista).

Os 50 itens da escala foram criados pelo autor e posteriormente submetidos a avaliação no que concerne à clareza dos itens, associação aos valores e polaridade dos extremos de aceitação e não-aceitação da deficiência, com a colaboração de peritos. Os itens, relativos às diferentes mudanças de valores, encontram-se dispostos ao acaso e a sua formulação adopta quer afirmações positivas, quer negativas. Neste sentido, a cotação final dos resultados implica a atribuição de pontuações invertidas para alguns dos itens. Aos itens não classificados pelos sujeitos, é recomendado que o avaliador atribua aleatoriamente o valor 3 ou 4, sendo que se existirem mais do que 5 respostas omissas, o questionário deve ser anulado. O resultado máximo da escala corresponde a 300 pontos e pretende ilustrar uma elevada aceitação da deficiência. Os resultados abaixo dos 175 pontos indicam uma baixa aceitação da deficiência, sendo que os valores acima deste limiar indicam uma aceitação positiva (Groomes & Linkowski, 2007).

Linkowski (1971) encontrou reduzida evidência de propriedades psicométricas, na sua aplicação a amostras de utilizadores de um centro de reabilitação e de estudantes universitários com deficiência física. A precisão da escala completa, calculada pela fórmula de Spearman

Brown é de 0,93 e avaliada pelo método da bipartição, obtém o valor de 0,86. Na análise factorial verificou-se que o factor principal explicava 48,3% da variância na amostra de 46 utilizadores do centro de reabilitação e 68,8% na amostra de 76 estudantes universitários com deficiência física, demonstrando que a escala mede, essencialmente, um constructo unidimensional – a aceitação da deficiência. Tal como o autor refere, considerando a reduzida dimensão de ambas as amostras estudadas (e concomitantemente o reduzido rácio número de itens/ número de sujeitos), a análise factorial apresentada apenas pode ser “considerada tentativa” (p. 241).

A actual revisão (EAD-R, Groomes & Linkowski, 2007) da escala original decorre da necessidade de adaptação dos conteúdos à presente concepção dos conceitos de deficiência e de aceitação da mesma. Alguma reserva em relação às efectivas propriedades psicométricas da escala inicial foi, igualmente, um dos factores que levou à sua revisão (Groomes & Linkowski, 2007), não obstante a sua elevada utilização em investigação. De acordo com Keany e Glueckauf (1993), a ADS mede a aceitação global das limitações decorrentes da deficiência, mas não a mudança de valores defendida pela teoria de aceitação da perda (B. A. Wright, 1983), ou seja, a aceitação da perda. Outra das críticas apontadas à ADS e igualmente reconhecida pelo autor, é relativa ao estudo das propriedades psicométricas, contemplando amostras muito reduzidas.

A actual versão norte-americana da EAD-R possui várias características que a distinguem da sua antecessora, nomeadamente na designação, dimensão e escala de medida.

A designação da escala foi alterada por se considerar que o conceito em causa, actualmente, é o de adaptação e não necessariamente de aceitação. Ou seja, a pessoa pode efectivamente não aceitar a sua deficiência, mas adaptar-se a viver com ela, à medida que é confrontada continuamente com novos desafios, na sua interacção com o meio (Groomes &

Linkowski, 2007). A ADS passou assim a ser referida como ADS-R: *Adaptation to Disability Scale-Revised* (EAD-R: Escala de Adaptação à Deficiência-Revista, na adaptação portuguesa), adoptando uma forma reduzida com 32 itens. A alteração da dimensão da escala resultou de um estudo efectuado junto de 356 sujeitos com deficiências diversas e com idades variando entre os 18 e os 65 anos, com o objectivo de verificar, por um lado, se os itens correspondiam aos processos de mudança defendidos pela teoria de B. A. Wright (1983), e por outro, se as quatro subescalas definidas revelavam precisão na medição de processos de mudança de valores específicos. Os resultados obtidos foram submetidos a uma análise de componentes principais que determinou a existência de 13 componentes (usando a regra de valor próprio maior do que um). Face ao elevado número de componentes detectado, os autores (Groomes & Linkowski, 2007) optaram por uma solução de quatro componentes, utilizando o *Scree Test* de Cattell e a rotação oblíqua com a Normalização de Kaiser. A análise dos itens revelou que, para a totalidade dos 50 itens, pelo seu valor de saturação, cada item corresponde, efectivamente, a um processo de mudança de valores. A análise da matriz de correlações revelou interrelação entre os quatro processos de mudança de valores. Finalmente, as quatro subescalas explicam 42,1% da variância observada.

A designação, na EAD-R original, das quatro subescalas baseou-se nos itens que revelavam maior saturação nesse factor: Transformação, Alargamento, Contenção e Subordinação. As iniciais de cada um destes factores, estão presentes, imediatamente após cada item, na versão original da EAD-R. A transformação de valores comparativos em valores recurso é ilustrada em afirmações como “As pessoas com deficiência são capazes de se sair bem de muitas formas.” (item 28). A afirmação “Sinto-me satisfeito(a) com as minhas capacidades e a minha deficiência não me incomoda muito.” (item 29) ilustra o alargamento da amplitude de valores. Como exemplo de contenção dos efeitos da deficiência podemos apontar o item 15: “Uma vez que a minha deficiência interfere com quase tudo o que tento fazer, está

quase sempre presente no meu pensamento.”. O item 14 da escala “Uma deficiência física afecta a capacidade mental de uma pessoa.” exemplifica a subordinação do físico.

A decisão de transformar a ADS numa escala reduzida foi tomada considerando a medida em que a consistência interna da escala aumentava em função da eliminação de itens. Além disso, também se atendeu ao conteúdo dos itens em termos do grau em que reflectiam as diferentes mudanças de valores que a escala visa abranger. As subescalas Alargamento (E) (itens 3, 6, 12, 16, 18, 21, 25, 29, 32), Contenção (C) (itens 1, 8, 11, 15, 17, 20, 22, 27, 30) e Transformação (T) (itens 2, 4, 7, 10, 13, 19, 23, 26, 28) contêm, na versão revista, 9 itens cada, enquanto a subescala Subordinação (S) (itens 5, 9, 14, 24, 31) possui apenas 5 itens.

A precisão global da escala de 32 itens manteve o valor obtido na escala original ($\alpha = 0,93$), e a consistência interna obtida para cada subescala oscila entre os valores de 0,71 e 0,88: Transformação ($\alpha = 0,88$); Contenção ($\alpha = 0,88$); Alargamento ($\alpha = 0,82$) e Subordinação ($\alpha = 0,71$).

A disposição gráfica dos itens sofreu igualmente alterações, sendo que na versão original da EAD-R, a escala de Likert surge à frente de cada item e apenas no seu valor quantitativo, sendo apresentada a respectiva leitura qualitativa no topo de cada página. Contrariamente, na ADS, após cada item encontrava-se sempre apresentada a escala qualitativa, em que o sujeito deveria assinalar a sua resposta.

Relativamente à escala de medida utilizada na versão original da EAD-R, os autores optaram por uma escala de Likert de 4 pontos e não de 6 como na ADS, com o objectivo de conduzir os sujeitos a decidir se se inclinam mais para a concordância ou para a discordância com as afirmações apresentadas. Aos quatro pontos da escala de Likert correspondem os seguintes valores qualitativos: “Discordo totalmente”, “Discordo”, “Concordo” e “Concordo totalmente”. É pedido, ao sujeito, que assinale com um círculo, o valor que expressa o seu grau de concordância para com cada uma das 32 afirmações.

A cotação dos itens faz-se quer na ordem directa, quer inversa. O resultado máximo da escala corresponde a 128 pontos. Os resultados entre 97 e 128 indicam uma forte adaptação, entre 65 e 96, um nível médio e entre 32 e 64 um nível baixo (Groomes, comunicação pessoal, 27 de Fevereiro de 2008). Os autores não referem qual o critério adoptado como base da definição dos limiares acima identificados.

A composição multidimensional da EAD-R original permite a obtenção de resultados parciais por subescala, para além do resultado total de adaptação, e para os quais se encontram igualmente definidos parâmetros que determinam a que valores correspondem níveis elevados, médios e baixos dos quatro processos de mudança de valores que a escala pretende medir: Transformação, Alargamento, Contenção e Subordinação.

De acordo com a informação disponibilizada pelos autores, a existência de 3 respostas omissas na versão original da EAD-R determina a anulação do questionário e a sua impossibilidade de utilização tendo em conta critérios de validade. Tal como podemos constatar posteriormente, este não foi o procedimento adoptado na presente investigação.

5.2.2. *Inventário de Avaliação Funcional (IAF)*

Crewe e Athelstan (1984) verificaram a necessidade, enquanto investigadores e docentes na Universidade de Minnesota, de ser criado um instrumento que apoiasse conselheiros e técnicos de reabilitação no processo de avaliação das competências e limitações funcionais, profissionalmente relevantes, nos seus sujeitos. Esta necessidade era particularmente premente, considerando a diversidade de incapacidades e implicações dela decorrentes, originando informação múltipla. A versão original do IAF surge assim como uma

ferramenta que permite organizar a informação recolhida sobre o sujeito, discernir áreas com informação em falta, identificar pontos fracos e fortes do sujeito e apoiar a elaboração de planos de reabilitação profissional.

A construção da versão original do IAF assenta na conceptualização da avaliação funcional para o trabalho como a “enumeração sistemática das forças e limitações profissionalmente relevantes” (Crewe & Athelstan, 1984, p. 3), correspondendo estas ao conjunto de “características que se pensa influenciar a empregabilidade” (Crewe & Dijkers, 1995, p. 125). Este instrumento foi desenvolvido num centro de orientação vocacionado para pessoas com incapacidades físicas ou psiquiátricas severas. Foram analisados 150 processos individuais, com base nos quais foram elencadas as principais condições que poderiam funcionar como barreiras ao emprego. O conjunto de condições inicialmente obtido foi ampliado, com recurso a discussões envolvendo técnicos experientes e transformado numa *checklist*. Decorrente de diversas revisões efectuadas, a *checklist* foi convertida em escalas de classificação comportamental e que actualmente correspondem aos 30 itens iniciais da versão original do IAF. Este inventário passou ainda a integrar 10 pontos fortes por forma a distinguir recursos especiais que o sujeito pudesse apresentar e que fomentassem a sua empregabilidade. A versão original do IAF contém, para além de itens pessoais, correspondentes às forças e limitações do sujeito (ex. “Memória” ou “Resistência laboral”), outros itens de natureza social ou ambiental (ex. “Aceitação por parte dos empregadores” ou “Sistema de suporte social”), uma vez que os autores defendem que os planos e resultados vocacionais e profissionais são igualmente afectados por factores desta natureza.

O principal objectivo da versão original do IAF é o de avaliar a capacidade individual para trabalhar ou realizar outra qualquer actividade produtiva (Crewe & Athelstan, 1984), podendo ser aplicado a sujeitos com qualquer tipo de incapacidade, em contexto de aconselhamento profissional (Crewe & Dijkers, 1995).

O IAF é assim composto, na versão norte-americana e original, por 30 itens que correspondem às competências pessoais, factores sociais e ambientais a serem avaliados numa escala de quatro pontos, descritos comportamentalmente, após cada competência, e correspondendo às seguintes categorias de funcionalidade: 0 = funcionamento médio ou aproximadamente normal; 1 = limitação ligeira; 2 = limitação moderada e 3 = limitação severa. Ao técnico ou conselheiro é solicitado que classifique, sobre o sujeito em avaliação, cada competência apresentada tendo em conta o descritivo comportamental que melhor caracteriza a funcionalidade individual. Não obstante a tentativa de operacionalização dos níveis dos diversos itens ou competências, haverá sempre lugar ao julgamento individual do avaliador, sempre que os descritivos comportamentais não forem imediatamente correspondentes à funcionalidade do sujeito, sendo, neste caso, necessário recorrer à leitura de escala numérica (de 0 a 3) acima apresentada.

Os níveis de funcionalidade avaliados pelo técnico ou conselheiro são anotados numa Folha de Respostas criada para esse fim, sendo transcrito o número que corresponde ao nível de funcionalidade. Esta Folha de Respostas permite ainda assinalar, à frente da cotação atribuída, com um visto, as limitações que podem vir a ser melhoradas através de programas de reabilitação.

O IAF, na sua versão original, pretende ser um instrumento aplicável a todas as deficiências, pelo que os seus itens revelam-se, por vezes, demasiado abrangentes, não sendo possível responder à necessidade de detalhe específico correspondente a particularidades de uma determinada incapacidade que o avaliado possa eventualmente ter (Crewe & Athelstan, 1984).

Para além dos 30 itens iniciais, a versão original do IAF contém 10 afirmações sobre o sujeito (ex. “É extremamente brilhante, tem uma fluência verbal excepcional.” ou “A família do cliente é excepcionalmente apoiante, em termos de reabilitação.”) e que correspondem a

pontos fortes especiais que, quando existentes, podem funcionar como recurso suficiente para neutralizar o impacto das limitações individuais do sujeito. Os pontos fortes são encarados como variáveis moderadoras que podem aumentar o potencial de empregabilidade individual. Para cada uma destas afirmações é pedido ao avaliador que assinale, igualmente na Folha de Respostas, com um visto, a presença ou ausência deste recurso em particular. Na maioria dos sujeitos e por se tratar de recursos especiais, cuja redação destaca exactamente o seu carácter excepcional, será assinalada a presença de um ou dois itens, ou mesmo de nenhum.

Finalmente, a versão original do IAF termina com duas questões, sobre a severidade da deficiência do sujeito e sobre a probabilidade de inserção profissional (empregabilidade). A primeira é avaliada por uma escala de Likert de 7 pontos, variando desde o “Minimamente deficiente” ao “Muito severamente deficiente”. A segunda questão, sobre a empregabilidade, é avaliada com recurso a uma escala de Likert de 4 pontos, entre o “fraco” e o “excelente”.

A versão original do IAF dispõe de um Manual de Aplicação que contém, para além das instruções de utilização, indicadores operacionais detalhados de cada uma das 30 competências funcionais em avaliação neste inventário, para apoiar o avaliador nas suas decisões. As primeiras páginas da versão original do IAF contém também um conjunto de instruções sumárias, acerca do procedimento e da forma de cotação dos itens, ainda que não esteja contemplada informação para a totalidade dos 30 itens. Os 10 pontos fortes não possuem instruções, nem no Manual de Aplicação, nem na síntese apresentada com a versão original do IAF.

Foram desenvolvidos estudos sobre a precisão da versão original do IAF, com conselheiros dos Hospitais da Universidade de Minnesota, revelando uma concordância entre avaliadores de 75%, considerando os autores que o acordo entre avaliadores é satisfatório. Posteriormente, num estudo envolvendo 54 conselheiros que preencheram o inventário, após analisarem processos individuais e duas entrevistas gravadas em vídeo (metade dos

conselheiros observou uma entrevista e a outra metade a outra), foi obtido um valor de α de Cronbach de 0,79 para a primeira entrevista e de 0,80 para a segunda, de onde se conclui pela consistência interna do instrumento. Há, no entanto, que ter em atenção que a rácio número de conselheiros/número de itens não é elevada, o que poderá ter influenciado os valores obtidos (DeVellis, 2003).

A análise factorial foi efectuada sobre os resultados de três amostras, com populações e localizações geográficas distintas (Minnesota, Wisconsin e uma terceira com sujeitos de Wisconsin e Califórnia). A amostra de Minnesota era composta por 351 sujeitos que se encontravam a frequentar um centro de reabilitação profissional ou agências de reabilitação privadas, com uma média etária de 31 anos, maioritariamente do sexo masculino (62,4%) e com deficiências auditiva, ortopédica, cardiovascular ou intelectual ou com epilepsia, perturbação psiquiátrica ou dependência química. A amostra de Wisconsin composta por 1716 sujeitos, com média etária de 30 anos e pertencendo, do mesmo modo, maioritariamente ao sexo masculino (60,9%), possuía sujeitos com deficiências ortopédicas ou amputações, doença mental, deficiências de desenvolvimento ou dependência química. Finalmente, a amostra recolhida e tratada pela consultora *Abt Associates*, em Machassuchets, comportava 1318 sujeitos oriundos dos estados de Wisconsin e Califórnia, com deficiências ortopédicas ou amputações, doença mental, deficiências do desenvolvimento, deficiências visuais ou auditivas e dependência química. Não é disponibilizada, no Manual da versão original do IAF, informação acerca de outras características sociodemográficas.

A análise factorial desenvolvida não incluiu os 10 pontos fortes, dado que não eram cotados da mesma forma que os 30 itens restantes, relativos às limitações funcionais. Crewe e Athelstan (1984) usaram a rotação ortogonal *Varimax* para maximizar a independência dos factores e apenas foram retidos componentes com valor próprio igual ou superior a 1. Os resultados obtidos com as duas primeiras amostras revelaram-se similares. Na amostra de

Minnesota foram obtidos 5 factores principais – Cognição, Motor, Personalidade e Comportamento, Qualificações Profissionais e Condição Médica - e três factores de um item apenas – Visão, Desincentivos Económicos e Audição. Para esta amostra desconhecemos a distribuição da variância pelos factores identificados. Com a amostra de Wisconsin foram obtidos 6 factores principais, cujas percentagens de variância apresentamos entre parêntesis – Comportamento Adaptativo (correspondente à designação Personalidade e Comportamento da amostra anterior, 20%); Funcionamento Motor (15%); Cognição (9%); Condição Física (6%); Comunicação e Qualificações Profissionais (5%) – e um factor de um item apenas (Visão: 3%). Finalmente, com a amostra composta por sujeitos de Wisconsin e Califórnia, foi verificada a existência de 5 factores principais que explicavam os seguintes valores de variância: Adaptação (33%); Condição Física (28%); Comunicação (17%); Funcionamento Motor (8%) e Cognição (7%). A opção dos autores, em termos de estrutura factorial e designação para as subescalas que compõem a versão original do IAF, recaiu sobre a amostra composta por sujeitos oriundos exclusivamente de Wisconsin, considerando-se assim a existência de um total de 7 subescalas, compostas pelos seguintes itens: Cognição (itens 1: Capacidade de aprendizagem; 2: Leitura e escrita em inglês; 3: Memória e 4: Percepção espacial e de formas); Visão (item 5); Comunicação (itens 6: Audição; 7: Fala e 8: Funcionamento da linguagem); Funcionamento Motor (itens 9: Funcionamento das extremidades superiores; 10: Funcionamento das mãos e 11: Velocidade motora); Condição Física (itens 12: Deambulação ou mobilidade; 13: Capacidade de esforço; 14: Resistência; 15: Perda de tempo de trabalho e 16: Estabilidade da condição); Qualificações Profissionais (itens 17: Histórico de trabalho; 18: Aceitação por parte dos empregadores; 19: Atractivos pessoais; 20: Competências; 21: Desincentivos económicos; 22: Acesso a oportunidades de trabalho e 23: Requisitos para condições especiais de trabalho) e Comportamento Adaptativo (itens 24: Hábitos de trabalho, 25: Sistema de suporte social, 26: Percepção correcta das capacidades e limitações; 27: Interação eficaz com empregadores e

colegas; 28: Julgamento; 29: Congruência do comportamento com os objectivos de reabilitação e 30: Iniciativa e capacidade de resolução de problemas).

A validade relativa a critérios externos foi avaliada considerando, por um lado, a relação entre os resultados nas diversas subescalas e o diagnóstico inicial e por outro, a relação entre os resultados da versão original do IAF e as avaliações dos técnicos quanto à severidade da deficiência e empregabilidade.

No primeiro caso, foram verificadas diferenças significativas e na direcção esperada, entre pessoas com diagnóstico ortopédico e psiquiátrico, em cerca de metade dos itens, com a amostra de Minnesota. Estes dois subgrupos foram seleccionados, pelos autores, por considerarem que apresentariam diferenças mais expressivas no que concerne aos seus padrões específicos de limitações funcionais. Com a amostra composta por sujeitos de Wisconsin e Califórnia verificou-se, por exemplo, que o subgrupo de pessoas com doença mental manifestava significativamente maiores limitações do que qualquer outro subgrupo com deficiência no factor Comportamento Adaptativo. Em relação ao factor Condição Física, o grupo de pessoas com incapacidades ortopédicas mostrava um nível de limitação funcional significativamente mais elevado e o grupo de pessoas com perturbações de desenvolvimento, um nível de limitação funcional significativamente mais baixo. Os resultados obtidos apontam assim para uma forte associação entre a funcionalidade avaliada pela versão original do IAF e o diagnóstico inicial.

Relativamente ao julgamento dos avaliadores, os autores consideraram que avaliadores experientes estariam em condição de avaliar quer a severidade da deficiência, quer a empregabilidade do sujeito. Neste sentido, duas questões sobre estas temáticas foram adicionadas à versão original do IAF, optando-se, em ambas, pela avaliação com recurso a uma escala de Likert (de 7 e 4 pontos respectivamente). A média de classificação dos avaliadores, sobre a severidade da deficiência, para as três amostras anteriormente referidas, variou entre

3,82 e 4,31, sendo o valor mais elevado correspondente à amostra de sujeitos que apresenta igualmente um maior valor total no inventário, ou seja, maiores limitações funcionais.

No que concerne à empregabilidade, a distribuição dos resultados, entre as três amostras, variou entre médias de 2,48 a 3,08. A correlação entre o nível de limitação funcional e a severidade da deficiência e a empregabilidade foi apenas disponibilizada, pelos autores, para as amostras de Wisconsin e Minnesota. Na amostra de Wisconsin verificou-se uma correlação positiva e significativa entre o nível de limitação funcional (resultado total do IAF) e o nível de severidade da deficiência e negativa e significativa entre o nível de limitação funcional e o nível de empregabilidade. Para a mesma amostra verificou-se, ainda, uma correlação negativa e significativa entre o total obtido nos pontos fortes e a severidade da deficiência e uma correlação positiva e significativa entre o número de pontos fortes e a probabilidade de inserção profissional (nível de empregabilidade). Os dados obtidos apontam para que sujeitos percebidos como tendo maior nível de limitação funcional possuam uma deficiência mais severa, menor número de pontos fortes e menor empregabilidade. Os resultados obtidos com a amostra de Minnesota seguem o verificado com a amostra de Wisconsin.

Os resultados obtidos com as amostras de Minnesota e Wisconsin mostraram que os sujeitos avaliados como tendo uma incapacidade mais severa têm resultados mais elevados nos itens de limitações funcionais e mais baixos nos pontos fortes. Foi ainda demonstrado que os sujeitos classificados como altamente integráveis profissionalmente (nível de empregabilidade) tendiam a receber cotação mais baixa nos itens relativos às limitações funcionais e mais elevada nos pontos fortes.

Em relação aos resultados da amostra de Minnesota foi aplicada a técnica da regressão linear múltipla, equacionando a severidade da deficiência e a empregabilidade como variáveis dependentes e o valor total de limitação funcional, alguns pontos fortes e variáveis

demográficas como variáveis independentes. A análise da regressão linear múltipla entre a severidade da deficiência e o valor total de limitação funcional, revelou que este último explica 34% da variabilidade, sendo a variável mais forte na equação. Para um total de 8 variáveis adicionadas foi obtido um valor múltiplo de r de 0,74, explicando 54% da variabilidade. Idêntico processo para a variável empregabilidade, igualmente com a adição de 8 variáveis, levou à obtenção de um valor múltiplo de r de 0,78, responsável pela explicação de 61% da variabilidade, sendo, mais uma vez, o resultado total de limitações o factor mais forte (40%).

No que concerne à validade preditiva da versão original do IAF, ou seja, em que medida os resultados deste inventário (avaliação das capacidades e limitações funcionais) se relacionam com os resultados da reabilitação, apenas foram estudados os dados para a amostra de Minnesota, num período de dois anos e meio a três anos após a aplicação do IAF. Foram consideradas quatro medidas de resultados de reabilitação: custos dos serviços (composto por quatro categorias financeiras, variando, à época, entre valores inferiores a 150 dólares e superiores a 1993), resultados do serviço (comportando as três seguintes categorias: reabilitação concluída; permanece no sistema de reabilitação profissional; e caso encerrado, mas não reabilitado), estatuto profissional no final do processo (diferenciando sujeitos numa das três seguintes condições: empregado em mercado competitivo; empregado em mercado não competitivo, como emprego protegido, trabalho em família não remunerado ou voluntariado; e desempregado) e rendimento no final do processo (oscilando entre duas condições: menos de 100 dólares por semana ou 100 ou mais dólares por semana).

Analisada a relação entre o valor total dos itens de funcionalidade e as quatro medidas de resultados do processo de reabilitação definidos, verificou-se que níveis mais elevados de limitação funcional estavam correlacionados com custos mais elevados dos serviços ($r = 0,37$, $p = 0,001$), inserção em mercado não competitivo ou mesmo desemprego ($r = 0,50$, $p = 0,001$), e ainda com baixos rendimentos ($r = -0,51$, $p = 0,001$), quando existentes. O nível total de

funcionalidade não apresentou relação significativa com o resultado dos serviços de reabilitação.

Foi ainda analisada a relação entre cada item da versão original do IAF e os resultados da reabilitação, com recurso ao teste do Qui-Quadrado. A presença de limitação funcional assinalada em 13 do total de itens, das subescalas Cognição, Comunicação, Comportamento Adaptativo e Qualificações Profissionais, estava associada a custos mais elevados dos serviços. Os pontos fortes Personalidade, Disponibilidade Financeira e Motivação estavam significativamente correlacionados com os custos dos serviços.

Igualmente 13 do número total de itens de limitação funcional apresentavam uma relação significativa com os resultados dos serviços. Os pontos fortes Inteligência, Competências Profissionais, Apoio Familiar, Disponibilidade Financeira e Motivação estavam também relacionados com este resultado do processo de reabilitação.

A medida estatuto profissional no final do processo de reabilitação revelou que 21 dos 30 itens do IAF e 4 pontos fortes (aparência pessoal, inteligência, competências profissionais e família apoiante) se relacionavam significativamente com esta variável.

Finalmente, no que diz respeito ao rendimento no final do processo de reabilitação, 18 dos 30 itens de limitação funcional e um ponto forte (disponibilidade financeira) apresentavam relação significativa com esta variável.

Para as quatro medidas de resultados de reabilitação, os valores das limitações funcionais revelaram-se melhor preditores do que os pontos fortes.

A aplicação da regressão múltipla, envolvendo o resultado total do IAF, alguns itens e variáveis demográficas, levou à obtenção de um valor múltiplo de r de 0,55 na predição da medida de reabilitação estatuto profissional, explicando 30% da variabilidade. Nesta equação, além do valor total da escala de funcionalidade, foram integrados os itens sistema de suporte social e interação eficaz com empregadores e colegas.

Além da evidência já apresentada, outra se lhe tem acrescentado, que atesta igualmente da validade da versão original do IAF. Neath, Bellini e Bolton (1997) analisaram a estrutura factorial da versão original do IAF, numa amostra composta por 5741 utilizadores de serviços de reabilitação e em que se encontravam integrados cinco grupos de incapacidades relativamente homogêneos – ortopedia/amputação; condição crónica/física; doença mental, dificuldades intelectuais e dificuldades de aprendizagem –, tendo verificado a existência de estruturas factoriais distintas entre os diferentes grupos. A análise efectuada debruçou-se apenas sobre o conjunto de 30 itens iniciais do inventário e relativos aos descritivos comportamentais das competências pessoais e factores sociais e profissionais que concorrem para o conceito de funcionalidade para o trabalho. O estudo da análise factorial recorreu à análise de componentes principais, com rotação oblíqua *Promax* dada a correlação verificada entre os factores e que variou entre 0,41 e 0,49.

Neath et al. (1997) encontraram evidência, quer para a amostra global, quer para as três amostras resultantes da distribuição aleatória dos 5741 sujeitos (três amostras com igual dimensão para estudo das estruturas de cinco, seis e sete factores), de uma estrutura factorial de cinco e de seis factores. Considerando os resultados obtidos, os autores optaram pela estrutura de seis factores (Comportamento Adaptativo; Cognição; Capacidade Física; Funcionamento Motor; Comunicação e Qualificações Profissionais), justificando a sua escolha na existência de um padrão factorial consistente nas três amostras; na observação de valores próprios superiores a 1 e na existência de diversos itens com elevado peso factorial no sexto factor. Também para a totalidade da amostra de 5741 sujeitos foi confirmada a estrutura factorial de seis dimensões, com recurso à análise de componentes principais, com rotação *Promax*.

A análise de componentes principais, considerando os cinco grupos de sujeitos anteriormente referidos, produziu resultados divergentes. Verificou-se que embora existisse consistência entre os grupos em alguns factores – Comportamento Adaptativo, Cognição e

Comunicação – nenhum dos factores apresentava igual composição de itens nos diversos grupos. O grupo constituído por pessoas com dificuldades intelectuais e dificuldades de aprendizagem diferia acentuadamente nos factores Capacidade Física e Funcionamento Motor, compostos por itens relacionados com a funcionalidade física e motora. Foi ainda constatada elevada variabilidade, nos cinco grupos, no factor Qualificações Profissionais, sendo o grupo de pessoas com perturbações psiquiátricas o que mais se afastava dos restantes. Todos os grupos evidenciavam elevados níveis de limitação funcional neste factor.

Em função da pertença a determinado grupo, evidenciaram-se níveis de limitação funcional mais elevados em factores específicos. No factor Capacidade Física a maior disfuncionalidade era observada nos grupos de pessoas com incapacidades ortopédicas, físicas crónicas ou psiquiátricas, ainda que este último grupo apresentasse igualmente dificuldades no que respeita ao Comportamento Adaptativo. Para o grupo das pessoas com dificuldades intelectuais as maiores dificuldades ressaltavam no factor Cognição, seguido dos factores Comportamento Adaptativo e Histórico de Trabalho. O grupo de pessoas com dificuldades de aprendizagem embora apresentasse limitações de funcionalidade similares ao das pessoas com dificuldades intelectuais, tinha o seu pico de disfuncionalidade no factor Histórico de Trabalho.

Não obstante a associação de algumas limitações de funcionalidade a grupos específicos de problemáticas, os resultados obtidos apontaram para baixos níveis de limitação funcional entre a generalidade dos sujeitos ou mesmo para elevado número de sujeitos sem limitações funcionais sinalizadas, o poderá explicar a elevada assimetria observada em muitos dos factores. Para a totalidade da amostra os factores com maiores índices de assimetria foram a Comunicação ($As = 3$) e o Funcionamento Motor/ Histórico de Trabalho ($As = 1,5$). A assimetria mais reduzida ($As = 0,03$) foi observada no factor Qualificações Profissionais.

Neath et al. justificam algumas divergências encontradas entre o estudo que realizaram e o efectuado pelos autores do inventário com base no facto de terem recorrido a amostras com

características e dimensões distintas. Não obstante, e em conclusão, Neath et al. (1997) reconhecem a estabilidade nas dimensões da versão original do IAF, considerando-o “uma medida extremamente válida das limitações funcionais numa série de incapacidades principais.” (p. 206).

Bolton, Bellini e Neath (1996), sustentados em investigação desenvolvida com uma amostra composta por 3167 pessoas com incapacidade física (incapacidades ortopédicas, orgânicas e amputações) e por 2256 pessoas com incapacidades *comportamentais* (dificuldades de aprendizagem, dificuldades intelectuais e psicológica) demonstraram que a versão original do IAF se revela como uma medida relativamente independente da funcionalidade para o trabalho, dado que apenas 10% da variabilidade dos resultados é influenciada por outras variáveis como o nível de habilitações literárias, idade ou severidade da incapacidade dos sujeitos avaliados.

Face à incapacidade de localizarmos outros instrumentos de avaliação da funcionalidade para o trabalho (para além do AWP cujas limitações já tivemos oportunidade de discutir), analisámos alguns dos mais correntemente referidos na literatura sobre avaliação da capacidade para o trabalho, por forma a comparar as suas características e qualidades com o instrumento inicialmente sinalizado – IAF – e que veio a integrar o presente estudo. A este propósito, referimos dois dos instrumentos sinalizados na literatura, a título meramente ilustrativo e comparativo.

O WAI (*Work Ability Index*, Tuomi et al., 1998, citados por Ilmarinen, 2007) pretende avaliar a capacidade para o trabalho considerando o estatuto de saúde no trabalho, os recursos individuais e, finalmente, as exigências do posto de trabalho. As questões do WAI encontram-se organizadas em sete domínios: capacidade actual para o trabalho comparada com a melhor que já teve; capacidade para o trabalho em relação a exigências do posto de trabalho; número de actuais doenças clinicamente diagnosticadas; incapacidade para o trabalho estimada devido

a doenças; ausências por doença no ano anterior; prognóstico do próprio sobre a capacidade para o trabalho nos próximos dois anos e recursos mentais. Factores de diversa ordem justificam a não escolha deste instrumento. Por um lado e, possivelmente constituindo-se como a razão mais forte, o WAI centra a sua avaliação nas doenças manifestas na pessoa e não na sua funcionalidade. Não apenas esta é uma visão contrária ao actualmente defendido (DGS, 2003), como inviabiliza o real conhecimento do funcionamento da pessoa, na medida em que pessoas com o mesmo diagnóstico poderão apresentar funcionalidades distintas e que a doença pouco nos diz sobre as limitações e pontos fortes da pessoa. Acresce ainda que este instrumento prima pela completa ausência de avaliação de factores ambientais, essenciais ao conhecimento da funcionalidade humana, constatação igualmente efectuada por Fadyl et al. (2010), na sua análise comparativa de instrumentos de avaliação da capacidade para o trabalho. Para concluir, trata-se de um instrumento de auto-relato, o que comparativamente com o uso simultâneo do IAF e do QCP, se torna uma menos valia.

O Conselho da Europa (Council of Europe, 1993), ao aprofundar o tema da avaliação profissional de pessoas com deficiência, faz referência à vasta utilização de outro instrumento de competências profissionais: EAM (*Ertomis Assessment Method*, Frey & Nieuwenhuijsen, 1990, citados por Crewe & Dijkers, 1995). O EAM é um instrumento composto por 65 itens, avaliados numa escala de 5 pontos (à excepção da competência de liderança avaliada em termos de ausência ou presença) e comporta sete tipos distintos de categorias relacionadas com o trabalho: extremidades superiores e inferiores; posturas e movimentos básicos; capacidades sensoriais; capacidades mentais; comunicação (fala e escrita); tolerância a condições ambientais relacionadas com o trabalho e competências de liderança. Este instrumento possui duas formas paralelas, uma para avaliação das características dos trabalhadores e outra para estudo dos requisitos e exigências do posto de trabalho e que conduzem a um resultado final de 2 perfis, cuja comparação poderá ser efectuada por sobreposição dos mesmos (Council of

Europe, 1993; Crewe & Dijkers, 1995). Este último dado, entre outros, conduziu-nos à rejeição da escolha deste instrumento, visto que se pretende estudar o acesso ao emprego e não a condição de integração profissional concreta. Acresce, ainda, que o EAM não comporta a dimensão ambiental contida na versão original do IAF, em itens como a aceitação das pessoas com deficiência e incapacidade por parte da comunidade empregadora ou o acesso a empregos. As influências ambientais avaliadas são confinadas às condições físicas do contexto do posto de trabalho. Ainda que o uso de versões paralelas (pessoa e posto de trabalho, a serem respondidas por técnicos de saúde e profissionais ligados à empresa ou posto de trabalho, respectivamente) nos pareça particularmente relevante, uma vez mais e considerando a maior concentração dos objectivos do presente trabalho na pessoa com deficiência e incapacidade, optámos pelo recurso a versões paralelas pessoa com deficiência e incapacidade/técnico. O estudo do acesso ao emprego e a opção por uma amostra de pessoas com deficiência e incapacidade em situação de desemprego, impossibilitariam, igualmente, o uso da versão do perfil de requisitos do posto de trabalho.

5.2.3. *Questionário de Competências Pessoais (QCP)*

O QCP (Crewe & Athelstan, 1984) corresponde à tradução item a item dos conteúdos da versão original do IAF, na primeira pessoa, possibilitando assim a auto-avaliação sobre a funcionalidade profissional pelo próprio sujeito em reabilitação. Um dos pontos fortes, apontados por Crewe e Athelstan, à existência e aplicação conjunta do IAF e do QCP, é o de permitir uma base para a análise de eventuais divergências e convergências entre os pontos de vista de técnicos e das pessoas com deficiência e incapacidade.

O QCP integra um conjunto de instrumentos, colectivamente designado por Sistema de Avaliação Funcional, e do qual fazem igualmente parte o Formulário de Identificação de Objectivos de Reabilitação e o Guia Pessoal para Objectivos de Reabilitação. A mais-valia destes últimos instrumentos reside na possibilidade de traduzir as limitações do sujeito em objectivos de reabilitação mensuráveis e definidos individualmente, em termos comportamentais. Todos estes instrumentos podem ser utilizados de forma independente uns dos outros. Os dois últimos instrumentos referidos não foram integrados na presente investigação por corresponderem integralmente ao contexto de reabilitação, área a que não pretendemos confinar, exclusivamente, os nossos resultados e investigação. Algumas vantagens na utilização conjunta das versões originais do IAF e do QCP são apontadas (Crewe & Dijkers, 1995). Por um lado, o uso conjunto de ambos os instrumentos permite uma visão mais global acerca das competências e limitações funcionais relacionadas com o trabalho e, por outro, permite o acesso a informação veiculada pelo sujeito que poderá não ser do conhecimento técnico, promovendo assim a potencial emergência de novas informações. O confronto, entre percepções potencialmente distintas, ou seja, técnicos e sujeitos, é igualmente uma mais-valia do recurso simultâneo a ambos os instrumentos.

O QCP é, tal como a versão original do IAF, constituído por 30 itens referentes às limitações e capacidades funcionais, 10 pontos fortes e duas questões finais sobre a severidade da deficiência e sobre a probabilidade de obter e manter um emprego. A forma de resposta é igualmente a adoptada na versão original do IAF.

Por questões de limitações financeiras, Crewe e Athelstan (1984) não investigaram as propriedades psicométricas deste instrumento, ainda que tenham sugerido algumas questões cuja análise se revelaria pertinente. Nomeadamente, os autores referem o interesse em estudar a relação entre as percepções dos técnicos e das pessoas com deficiência sobre a funcionalidade

avaliada, o valor preditivo das avaliações das pessoas com deficiência face aos resultados de reabilitação e, principalmente, a utilidade do uso deste instrumento em contexto de reabilitação.

Como referimos anteriormente, não sinalizamos na literatura pesquisada e publicada, investigação acerca do estudo das propriedades psicométricas do QCP. Ainda assim, sustentando a sua utilização no facto do QCP derivar do IAF e por considerarem este último como apresentando adequadas qualidades psicométricas, alguns autores (Dozois et al., 1995; Farley & Parkenson, 1992) recorreram ao seu uso para desenvolvimento de investigação nos domínios da reabilitação e da orientação profissional.

Biggan e Graves (1996), em consonância com as propostas avançadas pelos autores do IAF e do QCP, constataram, numa amostra composta por 44 pessoas com traumatismo de crânio, sofrido há menos de um ano e com um histórico de trabalho estável nos três anos anteriores à lesão, que estas apresentavam significativamente uma menor consciência das suas capacidades funcionais (avaliadas com recurso ao QCP) quando comparadas com a avaliação resultante do preenchimento do IAF pelos técnicos. Por outro lado, os sujeitos sinalizaram um número significativamente maior de pontos fortes. Biggan (1997) verificou, ainda, que seis meses após a investigação inicial, o único factor preditor de um emprego remunerado era o resultado total obtido com o QCP.

Moloczij, McPherson, Cummins, Jones e Kayes (2007) recorreram ao uso do QCP para investigar quais os factores, identificados pelos sujeitos com deficiência, que constituem facilitadores ou barreiras ao regresso ao trabalho após aquisição de uma incapacidade.

Dozois et al. (1995) utilizaram dois itens deste questionário (empregabilidade e severidade da deficiência) em investigação desenvolvida sobre os factores preditores do regresso ao trabalho, numa amostra de 117 pessoas do sexo masculino com dores lombares, 9 meses após frequência de um programa de reabilitação para o trabalho. Verificaram que quer o estatuto funcional (avaliado com base em quatro exercícios de levantamento de pesos), quer a

percepção sobre a própria deficiência (avaliada com recurso a uma medida de auto-relato das limitações físicas relacionadas com a dor e ao item do QCP sobre a severidade da deficiência) se revelaram bons preditores no regresso ao trabalho. Estas variáveis distinguiram significativamente o grupo das pessoas empregadas (ou seja, que haviam regressado ao trabalho) do das desempregadas e permitiram a correcta classificação de 79% dos sujeitos da amostra. De salientar que a empregabilidade avaliada pelos sujeitos da amostra não se revelou um bom preditor do estatuto face ao emprego, o que de acordo com os autores poderá estar eventualmente relacionado com a precisão deste item.

Finalmente, Farley e Parkenson (1992) integraram o QCP no conjunto de instrumentos que compõem o programa de desenvolvimento e orientação vocacional que elaboraram, designado *Know Thyself Intervention*, e que consiste numa acção assente, primordialmente, no envolvimento e participação activa dos próprios beneficiários, ou seja, das pessoas com deficiência e incapacidade em processo de orientação.

5.3. Tradução e Adaptação dos Instrumentos

A tradução e adaptação dos instrumentos escolhidos – EAD-R; QCP e IAF – da língua inglesa para a portuguesa foi desenvolvida, em paralelo, por quatro profissionais – a investigadora; a orientadora do presente trabalho; uma tradutora bilingue e uma profissional da área de reabilitação, também bilingue. Assente nas quatro propostas, foi elaborada a versão de consenso de cada instrumento. Em caso de dúvida, a investigadora apresentou as diversas propostas à tradutora e à profissional de reabilitação, tendo-se optado pela proposta que reunia

maior consenso. Finalmente, a versão de consenso foi analisada e revista, igualmente do ponto de vista da tradução, pela orientadora do estudo.

Posteriormente, e como será possível verificar em seguida, a versão de consenso, no caso das versões portuguesas do QCP e do IAF, foi alvo de diversas adaptações, resultantes em primeiro lugar das análises desenvolvidas pela investigadora e pela orientadora do estudo, apoiadas, em alguns momentos, na orientação da tradutora, e em segundo lugar, no Estudo Piloto desenvolvido com 7 sujeitos com deficiência e incapacidade e 6 técnicos de instituições. O Estudo Piloto será abordado, com detalhe, mais adiante em secção autónoma. As versões usadas no Estudo Exploratório corresponderam às quintas versões obtidas, após as diversas reformulações desenvolvidas.

Como teremos oportunidade de descrever em maior detalhe ao longo do trabalho, a tradução e a adaptação foram realizadas em conformidade com as orientações internacionais de tradução e adaptação de testes psicológicos e educacionais, fornecidas pela Comissão Internacional de Testes (Hambleton, Yu, & Slater, 1999; International Tests Commission [ITC], 2001; Tanzer & Sim, 1999). Estas orientações, num total de 22, visam a adaptação de testes psicológicos e educacionais à diversidade de contextos linguísticos e culturais e versam sobre os domínios do contexto cultural, das características técnicas do desenvolvimento e adaptação dos instrumentos; da administração dos testes e da sua documentação e interpretação.

Sendo que os instrumentos seleccionados para o presente estudo resultaram em adaptações distintas, desenvolveremos o relato das suas modificações (Norma I.1 da ITC: documentação das alterações e evidência na sua equivalência na adaptação a outra população) igualmente em separado. Tal verificar-se-á igualmente para os instrumentos IAF e QCP que, mesmo tendo uma origem e estrutura comuns, sofreram modificações específicas e particulares.

5.3.1. Escala de Adaptação à Deficiência Revista (EAD-R)

Iniciaremos a descrição do processo de adaptação, pelas modificações introduzidas na EAD-R.

Dos instrumentos seleccionados, a EAD-R foi o que sofreu menores alterações face ao formato original (Grooms & Linkowski, 2007). Uma primeira alteração, consistiu na supressão das letras situadas imediatamente após cada item e indicadoras dos factores originais norte-americanos que lhes são correspondentes. Esta supressão ficou a dever-se ao receio de que esta informação viesse a confundir os respondentes, mas também e sobretudo, ao facto de se reportar à estrutura factorial norte-americana, não necessariamente verificável no contexto português e logo não necessariamente mencionável nesta fase (Norma D.1 da ITC: a adaptação deve considerar as diferenças linguísticas e culturais entre as populações).

Foi ainda alterada a disposição gráfica da escala, diminuindo o espaço de resposta e aumentando o espaço da mancha gráfica de itens, por forma a permitir a sua redução de três para duas páginas, o que, eventualmente, poderá aumentar a disponibilidade dos sujeitos para responder (Moreira, 2004).

Relativamente à tradução do conteúdo da escala, foram tidas em consideração as diferenças linguísticas (Norma D.1 da ITC) entre as realidades norte-americana e portuguesa, conduzindo a que o termo “disability”, presente no título do próprio instrumento e no seu conteúdo, e cuja real tradução é “incapacidade”, tenha sido traduzido por “deficiência”, designação adoptada em Portugal para nos referirmos à realidade das pessoas com deficiência e incapacidade. Esta opção veio assim condicionar a própria designação da escala, na versão portuguesa.

Posteriormente e em particular, no que diz respeito à EAD-R, a versão de consenso foi, alvo de retroversão, com vista à realização da comparação entre versões (J. L. P. Ribeiro, 1999a) – original e retroversão, uma vez que foram integralmente mantidos os itens originais da escala, considerando-se não ser necessário introduzir outras adaptações para a cultura e língua portuguesas, além da já acima explicitada. O trabalho de retroversão foi realizado por duas professoras de inglês, de nacionalidade portuguesa, com experiência de ensino superior a 25 anos, obtendo-se assim duas retroversões distintas.

Finalmente, foi verificada a semelhança e a equivalência dos itens, entre as versões original norte-americana e ambas as retroversões, verificando-se uma maior proximidade dos termos na retroversão 2 (Anexo F). Ambas as retroversões foram submetidas à análise de Groomes, que as criticou positivamente como tendo um forte alinhamento com a versão original norte-americana (Norma D.5 da ITC: compilação de evidência da equivalência das versões em línguas distintas), sobretudo no que se refere à retroversão 2 e não tanto à retroversão 1 (Anexo F), cuja escolha dos vocábulos suscitou alguma dúvida.

A versão portuguesa da EAD-R foi, ainda, sujeita à análise crítica de um perito nacional na temática da adaptação à deficiência, com vista ao estudo da equivalência conceptual e semântica (Norma D.5 da ITC) e da qual resultou uma apreciação positiva da globalidade dos itens e a sugestão de disposição gráfica, a que anteriormente nos referimos. Não foram sugeridas alterações ao nível da formulação dos itens existentes, nem houve sugestão de áreas em falta na avaliação do conceito de adaptação à deficiência (DeVellis, 2003).

5.3.2. *Inventário de Avaliação Funcional (IAF) e Questionário de Competências Pessoais (QCP)*

Contrariamente à EAD-R, os instrumentos QCP e IAF sofreram diversas modificações na elaboração da versão portuguesa, sendo estas decorrentes de diversas necessidades de que são exemplo a adaptação à realidade e língua portuguesas; a actualização e clarificação dos itens; a discriminação entre níveis de um mesmo item, entre outras que passaremos a descrever em seguida. Para cada um dos instrumentos foram construídas cinco versões melhoradas e distintas, cujo desenvolvimento passaremos a apresentar.

Quer o IAF, quer o QCP foram reorganizados no seu conteúdo passando as diversas solicitações apresentadas aos sujeitos a estar integradas em três partes, devidamente assinaladas. A 1ª Parte corresponde aos itens relativos às competências e limitações funcionais, a 2ª aos pontos fortes e a 3ª às questões sobre a severidade da deficiência e empregabilidade.

Na versão original, a 2ª Parte assumia a designação de “Pontos Fortes Especiais”, definidos pelos autores como “recursos excepcionais que podem ser tão significativos a ponto de neutralizar o impacto das incapacidades. (...) podem funcionar como variáveis moderadoras, possivelmente melhorando a predição do potencial profissional” (Crewe & Athelstan, 1984, p. 29). Devido ao potencial efeito de desajustabilidade social que esta designação, de carácter “especial”, poderia gerar nas respostas dos participantes, optámos pela eliminação do título, passando este conjunto de questões a estar designado apenas como 2ª Parte. O termo “pontos fortes” foi, no entanto, mantido nas instruções existentes imediatamente antes da apresentação das questões e, no caso da versão original do IAF, viu a sua definição modificada e moderada, passando a adoptar um carácter menos extremo. Neste sentido, o conceito foi afirmado como relativo a recursos que podem atenuar as limitações do sujeito.

A segunda modificação operada foi relativa à própria escala de avaliação deste conjunto de itens. Na versão norte-americana, estes itens eram avaliados numa escala dicotómica, sendo pedido aos sujeitos que assinalassem a sua ausência ou presença, considerando-se a si próprios (QCP) ou a pessoa sobre a qual decorria a avaliação (IAF). Em estudos realizados com três amostras distintas, os autores (Crewe & Athelstan, 1984) verificaram que, para o total dos 10 itens existentes, o valor médio de pontos fortes assinalados era de 1,13, com um desvio-padrão de 1,73. Constataram ainda que o valor médio de pontos fortes assinalado era de 1,47 para pessoas com incapacidades físicas e de 0,82 para pessoas com problemas comportamentais. Face aos resultados verificados por Crewe e Athelstan, bem como aos inconvenientes hoje reconhecidos aos itens dicotómicos (Hill & Hill, 2008), considerámos que seria possível a obtenção de mais informação e variabilidade nas respostas, quer quantitativa, quer qualitativa, sobre estes recursos, desde que modificado o tipo de escala adoptado (Gorsuch, 1997). Optámos, para a versão portuguesa, pela construção de uma escala de avaliação de tipo Likert com 5 pontos (1 = Discordo totalmente, 2 = Discordo, 3 = Não concordo, nem discordo, 4 = Concordo e 5 = Concordo totalmente), ou seja, o número de alternativas mais comumente utilizado (Almeida & Freire, 2007; Moreira, 2004) e em que se procura avaliar o grau de concordância face aos diversos recursos ou pontos fortes, individuais e ambientais, que potenciam a empregabilidade. Deste modo, prevê-se aumentar a informação recolhida sobre cada ponto forte (DeVellis, 2003), conduzindo a que todos sejam avaliados num contínuo e não meramente na sua presença ou ausência. A opção por uma escala de 5 pontos, com um valor neutro – “Não concordo, nem discordo” – assenta, também, no facto de considerarmos que, para cada sujeito, seria relevante e realista uma avaliação neutra dos recursos, sem que esta signifique, necessariamente, ausência de opinião (DeVellis, 2003).

Não obstante a equivalência de conteúdo que os autores defendem existir entre o IAF e o QCP, sendo este uma tradução item a item do primeiro, na realidade, os itens da 1ª Parte de cada um dos instrumentos possuíam formulações distintas, levando assim a que as alterações operadas na adaptação portuguesa também fossem diferentes em ambos. No que concerne às 2ª e 3ª Partes de cada um dos instrumentos foram inseridas as mesmas adaptações dado que a formulação dos conteúdos apenas diferia no facto de estar colocada na primeira pessoa (QCP) ou reportando-se à avaliação sobre o sujeito (IAF). Neste sentido, começaremos por uma descrição detalhada das alterações específicas operadas em cada um dos instrumentos individualmente, no que concerne aos conteúdos da 1ª Parte, apresentando, em seguida as modificações comuns a ambos instrumentos.

Antes de passarmos especificamente à análise das 1ªs Partes de cada um dos instrumentos e respectivas reformulações, consideramos pertinente apresentar uma pequena síntese das principais linhas de orientação que nortearam o trabalho de adaptação dos conteúdos.

Numa perspectiva transversal ao IAF e ao QCP, foram eliminadas todas as referências específicas ao contexto de reabilitação presentes no seu conteúdo. O IAF e, posteriormente, o QCP foram desenvolvidos num contexto de centro de aconselhamento, direccionado fundamentalmente para pessoas com incapacidades físicas ou psiquiátricas severas, em processo de reabilitação e orientação vocacional e profissional. Não obstante os autores considerarem que o conceito de reabilitação engloba os processos conducentes à reabilitação profissional e à vida autónoma, os termos usados nos questionários eram claramente restritivos ao contexto de reabilitação, podendo limitar a aplicabilidade dos instrumentos apenas a este mesmo âmbito. Com o objectivo de averiguar da possibilidade de alargamento a públicos em fase de inserção ou mesmo integrados profissionalmente, isto é, afastados do cenário de reabilitação, foram assim eliminadas as conotações ou referências específicas aos processos e

contexto de reabilitação quer nas instruções, quer nos itens do IAF e do QCP. Esta preocupação de alargamento foi estendida a pessoas com e sem experiência laboral, inseridos ou não profissionalmente, alterando-se a linguagem sempre que a mesma aparentava limitar a aplicação a um público específico (Norma D.2 da ITC: adequação da linguagem a todas as populações culturais e linguísticas destinatárias).

Igualmente comum aos dois instrumentos foi a preocupação de eliminar ou diminuir o efeito de desajabilidade social. Ainda que havendo diferentes exemplos a salientar no IAF e no QCP, podemos apontar, em comum, a supressão de termos superlativos como “excepcional”, “excelente” ou “extremamente” ou a apresentação do instrumento enquanto sistema de classificação do que o sujeito “é capaz de fazer num emprego.”

Do mesmo modo, actualizámos a linguagem por forma a não conter termos obsoletos (exemplo “educáveis”, no item 1 da versão original do IAF, referindo-se a pessoas com dificuldades intelectuais de nível ligeiro) ou referência a realidades de intervenção educativa já ultrapassadas (exemplo “classes especiais” no item 1 da versão original do QCP).

Seguidamente, passaremos a descrever as alterações específicas introduzidas nos conteúdos da 1ª Parte de cada um dos instrumentos – IAF e QCP.

Iniciaremos esta descrição pelo IAF e pelas suas instruções, passando em seguida ao relato das modificações operadas no conteúdo dos itens propriamente dito.

No que diz respeito às instruções gerais da versão original do IAF, foi retirada a instrução do item 20, por apelar exclusivamente à situação de deficiência adquirida, o que não correspondia nem ao contexto de concepção do instrumento, nem àquele em que se desenvolve o presente trabalho. Após a realização do Estudo Piloto, foram acrescentados, nas instruções gerais, exemplos do que poderão constituir “itens sociais e ambientais” e respectivas

ilustrações de situações de ausência significativa de limitações. Tendo em conta que o Manual de Aplicação da versão original do IAF não era explícito quantos aos itens que os autores consideravam estar contidos nestas categorias, foram seleccionados e apontados como exemplos os itens 18, 21, 22, 23 e 25 (Aceitação por parte dos empregadores, Desincentivos económicos, Acesso a oportunidades de emprego, Condições especiais de trabalho e Sistema de suporte social, respectivamente). Também em resultado do Estudo Piloto, foram acrescentadas novas instruções às disponibilizadas inicialmente para acesso dos respondentes, na sequência das dúvidas e comentários dos participantes nesta fase. Assim, e com base na informação contida no Manual de Aplicação, foram acrescentadas instruções para os itens 7 e 21.

Alguma da linguagem foi adaptada por forma a corresponder ao conteúdo dos itens ou a clarificá-lo, e para manter ou criar equivalência entre os níveis dos itens do IAF e do QCP, sempre que tal não estava garantido. Estas adaptações materializaram-se quer na substituição de termos, quer na introdução de nova informação.

De forma a facilitar o acompanhamento das alterações efectuadas, entre parêntesis encontram-se os títulos definitivos dos itens alterados. Face ao acima exposto, procederam-se às seguintes substituições:

- Item 6 (Audição): Substituição da palavra “perceber” por “ouvir”, visto que a competência em análise é a audição;
- Item 11 (Velocidade motora): Substituição da expressão “velocidade física” por “velocidade motora”, mais descritiva da competência em causa no item;
- Item 16 (Estabilidade da condição): Substituição do exemplo do item “dependência química” por “doenças degenerativas”, para melhor se adequar à população em estudo.

Por outro lado, e como já tivemos oportunidade de apontar, procedeu-se à introdução de nova informação:

- Item 10 (Funcionamento das mãos), nível 3: Introdução da expressão “nem sequer nos cuidados pessoais” com vista a ficar em consonância com o conteúdo do QCP;

- Item 11, nível 2: Introdução da expressão “muito” para estar em conformidade com o descritivo do nível. Neste mesmo nível foi acrescentada a definição legal portuguesa de emprego protegido (Decreto-Lei n.º 40/83), indicada como referência de suporte à classificação, para permitir a resposta de participantes menos familiarizados com esta medida;

- Item 13 (Capacidade de esforço físico), nível 0: Operacionalização do termo “emprego regular” como “emprego que requer esforço físico”, por forma a evitar o julgamento subjectivo individual;

- Item 15 (Tempo para questões médicas/pessoais): Reformulação da redacção da instrução do item que era “Este item refere-se ao volume de absentismo que pode ser esperado por causas comportamentais ou físicas. Se o cliente não se encontra a trabalhar, use os níveis do comportamento anterior ou da actividade presente para prever o padrão provável de absentismo.”. Passou a ser “Este item refere-se ao tempo que o sujeito, actualmente, dedica a tratar de questões médicas, psicoterapêuticas, incluindo a psicoterapia, ou a tratar de problemas pessoais recorrentes, e que poderá diminuir o tempo disponível para o exercício de uma actividade profissional”, por forma a evitar a estimativa contida no item original, a ficar em consonância com o descritivo contido no QCP e a ser igualmente aplicável a pessoas com e sem experiência profissional, ainda que relacionando tempo com actividade profissional;

- Item 18 (Aceitação por parte dos empregadores): Concretização da expressão “problemas anteriores” como “problemas motores” de acordo com a informação do Manual de Aplicação. Nesta mesma instrução foi removida a expressão “orientação sexual” por se considerar que não corresponde a uma característica nem demográfica, nem social;

- Item 21 (Desincentivos económicos), instruções: Na sequência do retorno dos participantes no Estudo Piloto sobre a dificuldade em compreender a que se refere a expressão

“Desincentivos Económicos”, título do presente item, foram introduzidas instruções específicas para este item a serem disponibilizadas aos participantes;

- Item 27 (Relações interpessoais): Operacionalização da expressão “subgrupo cultural” como “pessoas que lhe sejam próximas”, segundo a informação contida no Manual de Aplicação, por forma a evitar a subjectividade na resposta. Na instrução relativa a este item foi ainda introduzida nova informação, relativa à classificação de sujeitos com reduzido ou nenhum histórico de trabalho, de acordo com o Manual de Aplicação, possibilitando assim que sujeitos nesta condição fossem igualmente avaliados.

Finalmente, importa referir que, com o objectivo de diminuir o erro na resposta por parte dos técnicos participantes, foi anulada a Folha de Respostas existente para a versão original do IAF e mencionada nas instruções, evitando-se assim a transposição das respostas para um documento à parte, passando estas a ser assinaladas directamente no próprio instrumento, como já acontecia no QCP. Este procedimento levou à necessidade de criar uma nova forma de anotar a resposta, tendo-se optado pelo assinalar com um círculo, o número indicativo do nível do item em que a competência do sujeito foi classificada, procedimento originalmente adoptado no QCP. Na sequência das diversas reformulações operadas e havendo itens que passaram a conter a opção de escolha entre duas hipóteses (OU), para um mesmo nível de item, foi introduzida a indicação de que fosse sublinhada a frase que esteve na base da classificação, para além de assinalar o nível do item. As duplas opções para um mesmo item estavam já contidas originalmente no QCP, porém o procedimento de sublinhar não se encontrava criado. Esta opção foi tomada por se verificar, aquando do Estudo Piloto, que alguns sujeitos adoptavam este comportamento ou indagavam se o deveriam fazer. Acrescentando este procedimento, pensamos estar a melhorar a recolha de informação, sobretudo no plano qualitativo.

As alterações ao conteúdo da 1ª Parte da versão original do IAF serão apresentadas a partir deste momento. A linha de modificação seguida está em continuidade com algumas das descrições que foram feitas anteriormente para a componente de instruções. A fim de facilitar a compreensão sobre as modificações introduzidas, estas encontram-se organizadas por tipo de alteração. A leitura da informação que se segue permite constatar que um mesmo item poderá ter sido alvo de diversas modificações.

I. Operacionalização e clarificação de conceitos

Uma das preocupações presente na adaptação do IAF teve a ver com a necessidade de operacionalizar e clarificar alguns conceitos, expressões ou exemplos, com o objectivo de diminuir o julgamento subjectivo (Almeida & Freire, 2007), tendo estes processos sido apoiados na informação contida no Manual de Aplicação, sempre que existente (Norma A.1 da ITC). Estas modificações foram operadas nos seguintes itens:

- Item 1 (Capacidade de aprendizagem), níveis 2 e 3: Operacionalização da expressão “treino especial” como “ajuda e treino adicional” (nível 2) e operacionalização da expressão “tempo adequado” como “tempo que necessita” (nível 3);

- Item 7 (Fala), nível 1: Substituída a expressão “a qualidade da voz ou o padrão da voz distraem” por “ a qualidade da voz ou o padrão de articulação revelam alterações”. Esta reformulação foi realizada com o apoio de uma terapeuta de fala, com experiência em intervenção com pessoas com deficiência;

- Item 10 (Funcionamento das mãos), nível 3: A redacção do nível 3 “Pouco ou nenhum funcionamento das mãos” foi substituída por “Pouca ou nenhuma capacidade funcional das mãos.”, por sugestão de um terapeuta ocupacional participante no estudo piloto, considerando-se que não apenas este termo é mais actual, como melhora a compreensão do conteúdo;

- Item 17 (Histórico de trabalho), nível 1: Clarificada a expressão “razões aceitáveis pela maioria dos empregadores”, com a introdução de um exemplo criado pela investigadora (“trabalhadores com processo de reconversão profissional recente”), uma vez que o existente no Manual de Aplicação não nos parecia corresponder a um nível 1, ou seja, de relativa fácil aceitação pelos empregadores (“Ausência de histórico de trabalho por se encontrar em processo de reabilitação”). Esta informação foi integrada na sequência do Estudo Piloto e de necessidades levantadas por técnicas participantes com formação em áreas sociais – Serviço Social e Psicologia;

- Item 17, nível 3: A expressão “O histórico de trabalho é uma clara obrigação” foi considerada pouco clara, logo sujeita a subjectividade na resposta. Neste sentido, optou-se pela sua substituição por “O histórico de trabalho é fraco” com base nos indicadores presentes no Manual de Aplicação;

- Item 18 (Aceitação por parte dos empregadores), nível 1: Clarificado a que se referem as “características históricas”, com a introdução da expressão “relativas à história clínica”. Esta clarificação foi fundamentada na informação disponível no Manual de Aplicação. Neste mesmo nível, foram acrescentados exemplos (ter uma incapacidade visível ou usar uma prótese ou a origem étnica), retirados do Manual de Aplicação, para facilitar a compreensão sobre o tipo de características a que se reporta o nível do item;

- Item 18, nível 2: Foram retirados dois exemplos das características a que o item se refere (“epilepsia controlada” e “história de doença mental severa ou recorrente”) por se considerar não serem ilustrativos de uma limitação de nível 2, ou seja, moderada. Foi criado um novo exemplo – hemofilia, visto que, da prática profissional da investigadora no contacto com empresários, esta tem-se revelado uma característica com influência moderada na aceitação evidenciada pelos empregadores. Com vista a uma ainda maior clarificação, o

exemplo mantido, relativo à idade, foi explicitado como “meia-idade”, uma vez que é este grupo etário que tem uma aceitação moderada por parte de empregadores;

- Item 18, nível 3: Foram igualmente reformulados os exemplos quer por não se adequarem ao nível de limitação em que se encontravam (“epilepsia não controlada”), quer por não serem objectivos (“desvio de comportamento visível”). Os exemplos existentes foram substituídos por novos (“história criminal recente”, “paralisia cerebral severa com limitações de comunicação ou deformidade facial severa”), com base na informação existente no Manual de Aplicação;

- Item 24 (Hábitos de trabalho), nível 2: Substituição da expressão “formação de ajustamento ao trabalho prévia ao emprego”, devido à sua pouca objectividade, pela expressão “formação complementar” que ainda que indefinida, permite ao avaliador determinar da necessidade de o sujeito beneficiar de formação para melhorar a sua empregabilidade, ou seja, melhorar competências em défice, respondendo às solicitações do mercado;

- Item 27 (Relações interpessoais), nível 1: Substituição do termo “estranho” que classificava a pessoa nas suas interações pessoais, devido ao seu carácter ambíguo, pelo termo “desajeitado”;

- Item 28 (Bom senso), título: Adopção do título utilizado no QCP “Bom Senso” por considerarmos ilustrar com maior rigor o conteúdo do item, em detrimento do título inicial “Julgamento”. Além disso, o título inicial encerrava em si mesmo elevada subjectividade, potenciando pouco a compreensão pelos participantes;

- Item 29 (Congruência do comportamento com os objectivos de inserção profissional), nível 1: Foi reformulada a redacção do nível 1 deste item, por forma a conter o mesmo aspecto motivacional que o nível seguinte (“vontade de trabalhar”), facilitando assim a sua comparação e discriminação em termos exclusivos da consistência entre motivação e comportamento evidenciado. Foi ainda acrescentado um novo exemplo (“Mostra-se inicialmente interessado

numa estratégia, mas depois resiste à sua dinamização”), contido no Manual de Aplicação, para apoiar a compreensão do nível.

II. Adaptação à diversidade de deficiências ou incapacidades

Tendo em conta a preocupação de desenvolver estudos com a versão original do IAF, junto de diversas amostras, com diferentes tipologias de incapacidade como a física, a intelectual ou a emocional (Bolton & Brookings, 1993; Crewe & Athelstan, 1984), procurámos, igualmente, com o presente estudo, abarcar o maior leque possível, tendo apenas sido excluídas as deficiências intelectual e auditiva, por eventuais dificuldades esperadas na compreensão do texto escrito. Neste sentido, procurámos que o instrumento se encontrasse adaptado ao maior número possível de sujeitos com diversas incapacidades. Este cuidado foi tido não apenas quanto ao modo de administração do questionário (criada uma versão adaptada para técnicos com incapacidade física ao nível dos membros superiores ou com cegueira ou baixa visão pudessem responder com suporte informático e cuja participação era esperada na investigação) (Norma A.1 da ITC), mas também quanto ao seu conteúdo. Assim, foram eliminadas todas as expressões com conotação específica face a uma única deficiência, limitando que outros, com incapacidades diversas, não se revissem no conteúdo desse item. Estas modificações foram introduzidas nos itens que passamos a listar:

- Item 2 (Leitura e escrita em Português), nível 2: Eliminada a referência à leitura em impressão em tinta, em ampliação ou em Braille, por ser específica da deficiência visual. Esta decisão foi também assente no facto de não se encontrar em classificação o tipo de suporte de apoio à leitura, mas sim a competência de leitura e escrita na língua materna;

- Item 8 (Funcionamento da comunicação), níveis 1 e 2: Retiradas as expressões que referiam especificamente as pessoas com deficiência auditiva (nível 1: “Se tem incapacidade

auditiva, é capaz de utilizar a leitura labial e a fala para comunicar.”, nível 2: “Se tem incapacidade auditiva, usa língua gestual, mas não faz leitura labial, nem fala.”) e substituídas por expressões aplicáveis a pessoas com diversas incapacidades que possam vir a comprometer a comunicação (nível 1: “A capacidade de comunicar oralmente, em Português, pode estar ligeira a moderadamente limitada, mas a fala é o seu principal meio de comunicação.”, nível 2: “Limita-se a produzir palavras soltas ou frases curtas, que podem ser complementadas de modo não verbal, através de gestos, símbolos gráficos, escrita ou outro sistema.”).

III. Adaptação à diversidade de contextos e estatutos profissionais

Tal como já foi afirmado, pretendeu-se efectuar o alargamento não apenas a diferentes tipologias de deficiência, mas também a sujeitos com distintas condições face ao trabalho. Tendo este objectivo em mente, foram alterados todos os conteúdos que, na nossa opinião, poderiam condicionar a resposta de sujeitos com e sem experiência de trabalho, desempregados e empregados, apoiados ou não em contextos de reabilitação (Norma D.1 da ITC). Por este motivo foram inseridas as seguintes alterações:

- Item 24 (Hábitos de trabalho), níveis 2 e 3: Como já referido, foi eliminada a expressão “...através da formação de ajustamento ao trabalho prévia ao trabalho”, dado que sendo indicada pelos autores como anterior ao emprego, anularia a possibilidade de aplicar o actual instrumento a pessoas integradas profissionalmente, junto das quais a empregabilidade e a funcionalidade para o trabalho também poderão ser igualmente analisáveis;

- Item 25 (Sistema de suporte social), níveis 2 e 3: Removidas as expressões “objectivos de reabilitação” (nível 2) e “comportamentos de reabilitação” (nível 3), por forma a tornar este item igualmente aplicável a sujeitos não inseridos em contextos de reabilitação. Optámos, assim, por substituir as expressões anteriores por “objectivos de inserção profissional”;

- Item 27 (Relações interpessoais), título: O título inicial “Interacção Eficaz com Empregadores e Colegas” foi substituído por “Relações Interpessoais” por um lado para o tornar aplicável a pessoas com e sem experiência laboral e por outro para o adequar ao conteúdo explicitado nos níveis do item. Nas instruções é mantida, no entanto, a indicação de que as competências de relação interpessoal em análise são as relevantes para obter e estar num emprego;

- Item 29 (Congruência do comportamento com os objectivos de inserção profissional), título e nível 3: À semelhança do que afirmámos para o item 25, também neste item reformulámos a redacção do título original “Congruência do Comportamento com os Objectivos de Reabilitação”, substituindo o termo “Reabilitação” por “Inserção Profissional”. A mesma substituição foi concretizada na redacção do nível 3.

IV. Melhoria da mútua exclusividade entre os níveis dos itens

Uma constante verificada na versão original do IAF, mas também na do QCP, foi a inexistência de mútua exclusividade entre os níveis de alguns dos itens originais. Com base na informação disponibilizada no Manual de Aplicação e procurando manter igualmente um equilíbrio entre as formulações do IAF e do QCP, foram acrescentadas ou removidas expressões para melhorar a hierarquização e mútua exclusividade entre os níveis (Almeida & Freire, 2007). Verificou-se esta necessidade nos itens que passamos a elencar:

- Item 8 (Funcionamento da comunicação), nível 3: Retirada a expressão “quase” relativa à impossibilidade de comunicação, e acrescentada a expressão “... e recorre a um sistema alternativo para comunicar.” por forma a aumentar a discriminação face aos níveis anteriores;

- Item 9 (Funcionamento das extremidades superiores), níveis 1, 2 e 3: Foi reformulada a redacção dos níveis 1 a 3, tendo sido adoptado integralmente o texto do QCP dado que nos

pareceu de mais clara compreensão e promotor de uma maior discriminação entre os diferentes graus de dificuldade que os três níveis finais do item pretendem reflectir. Este procedimento determinou que o nível 2 passasse a integrar duas frases de opção, o que não se verificava na versão original do IAF, mas estava presente no QCP original;

- Item 15, título e níveis: Substituição do título existente – “Perda de Tempo para Trabalho” por “Tempo para Questões Médicas/Pessoais”. Este procedimento correspondeu à adopção do título utilizado, no QCP, para o item correspondente e que nos pareceu mais ilustrativo dos conteúdos patentes no item. Além de que, deste modo, alargámos a possibilidade de respondentes com e sem experiência de trabalho se identificarem igualmente com a questão, visto que a formulação inicial apontava para pessoas com experiência profissional ou mesmo actualmente integradas. A reformulação aconteceu não apenas no título, mas também em todos os níveis, adoptando-se igualmente a formulação do QCP, pelos motivos acima apresentados;

- Item 24 (Hábitos de trabalho), nível 1: Acrescentada, à formulação original, a expressão “se beneficiar de um breve aconselhamento”, contida no Manual de Aplicação, com vista a aumentar a discriminação face ao nível seguinte do mesmo item que refere a necessidade de formação complementar;

- Item 29 (Congruência do comportamento com os objectivos de inserção profissional), nível 3: Introduzida a expressão “quase sempre” usada para qualificar a frequência em que o comportamento está em contradição com os objectivos de inserção profissional. Esta alteração foi baseada em informação contida no Manual de Aplicação e teve por principal objectivo aumentar a discriminação do presente nível face ao imediatamente anterior que indicava a presença de uma inconsistência entre a motivação e o comportamento, através do advérbio “frequentemente”;

- Item 30 (Iniciativa e capacidade de resolução de problemas), nível 2: Reformulação da expressão “... necessita de constante instigação para agir.” para “... necessita de ser repetidamente instigado/a a agir” por forma a melhorar a discriminação com os níveis adjacentes;

- Item 30, nível 3: Foi reformulada a redacção do texto com o objectivo de integrar os mesmos comportamentos que os níveis anteriores, melhorando a sua comparabilidade e discriminação. Para aumentar a discriminação e hierarquização com os níveis anteriores, foi retirada a expressão “habitualmente”, indicadora vaga da frequência dos comportamentos e acrescentada a frase “Necessita de ser constantemente instigado/a para agir e raramente termina as acções sem ajuda.”.

V. Adequação do conteúdo dos itens à competência em avaliação

Casos houve em que os termos empregues ou a redacção do conteúdo aparentava afastar-se da competência que o item pretendia avaliar. Foram, nestes casos, introduzidas reformulações da linguagem com vista a adequá-la ao conceito do item. Constatámos esta necessidade nos itens seguintes:

- Item 6 (Audição), nível 1: Substituição da expressão “entender conversas” por “ouvir conversas”, uma vez que a competência em análise é a audição;

- Item 6, nível 3: Retirada a expressão “ou é incapaz de compreender qualquer discurso” pois a competência em avaliação é mais uma vez a audição;

- Item 8, título: Por orientação da terapeuta de fala, o título deste item “Funcionamento da Linguagem” foi transformado em “Funcionamento da Comunicação” pois é à competência de comunicação que os níveis dos itens reportam;

- Item 9, título: Referindo-se o título ao funcionamento de ambos os ombros e braços, passou a ser designado no seu plural – “Funcionamento das Extremidades Superiores” e não no singular como constava no original. Deste modo, ficou igualmente em consonância com a designação adoptada no QCP;

- Item 13 (Capacidade de esforço físico), título: Acrescentado o termo “físico” para qualificar o tipo de esforço, dado que é a esta categoria de esforço, em particular, que se referem os níveis do item;

- Item 14 (Resistência laboral), título: Retirada a expressão “Disponibilidade para Trabalhar”, adequando-a à redacção do QCP, por se considerar que esta poderia suscitar algum efeito de desejabilidade social na resposta e remetia para um aspecto que não era objecto de avaliação no item. Foi acrescentada a expressão “laboral” para indicar o tipo de resistência a que se reporta o conteúdo do item, passando a redacção final do título a ser “Resistência Laboral”;

- Item 19, título: O título do item “Atractivos Pessoais” foi substituído pelo título do item correspondente no QCP “Aparência Pessoal”, uma vez que este último ilustra melhor o conteúdo do item;

- Item 20 (Competências profissionais), título e níveis: Acrescentado ao termo “Competências” o qualificador “Profissionais”, pois é a estas que os níveis do item se referem. A fim de manter a uniformidade e congruência, nos diversos níveis deste item, a expressão “competências específicas de trabalho” foi alterada para “competências profissionais específicas”;

- Item 22, título: O título “Acesso a Oportunidades de Trabalho” foi substituído por “Acesso a Oportunidades de Emprego” por se considerar mais congruente com o conteúdo dos itens;

- Item 23, título: O título “Requisitos para Condições de Trabalho Especiais” foi reformulado pois na realidade o item não se refere aos requisitos, mas sim às condições especiais ou adaptações que os sujeitos necessitam. Neste sentido, optámos pela formulação que considerámos mais clara e actual – “Condições Especiais de Trabalho”.

VI. Adaptação ao contexto nacional

Tendo em conta que se trata de um instrumento desenvolvido na realidade cultural e social norte-americana, dos anos 80, foi necessário empreender algumas adaptações à realidade portuguesa (Norma D.1 da ITC). Algumas determinaram a completa alteração do conteúdo dos itens, outras somente a substituição de pequenas expressões, como poderemos constatar em seguida:

- Item 17 (Histórico de trabalho), nível 3: Substituição da expressão “fracas referências” pouco utilizada em Portugal, pela operacionalização em “despedimentos frequentes por mau desempenho.”;

- Item 21 (Desincentivos económicos): As alterações operadas neste item corresponderam à substituição dos exemplos dos seus níveis, o que se verificou antes da dinamização do Estudo Piloto e após, com base no retorno dado pelos técnicos participantes, sobre a sua reduzida clareza. As modificações operadas antes da dinamização do Estudo Piloto resultaram do facto de a moldura legal portuguesa de suporte ao emprego e de outros benefícios e apoios ser completamente distinta da norte-americana. Assim, e para o nível 1, o exemplo da versão original - “Pode necessitar de um vencimento excepcionalmente elevado ou condições especiais que podem dificultar a procura de emprego”- foi substituído pela expressão “Poderá acumular a sua reforma por invalidez com rendimento de trabalho, desde que seja num sector de actividade diferente do que se encontra reformado/a”, que não se revelando de fácil compreensão aos participantes do Estudo Piloto, foi, novamente, reformulada para “Está

limitado em termos de sector de actividade em que poderá trabalhar.”. Para o nível 2, o exemplo original – “Pode considerar apenas um emprego a tempo parcial ou de menor vencimento que permita continuar a receber benefícios/pensões”, foi substituído por “Poderá trabalhar em empregos com remuneração até determinado montante, a tempo parcial ou em prestação de serviços, para não perder a sua reforma por invalidez”, que revelando-se, igualmente pouco claro no Estudo Piloto, foi, uma vez mais, reformulado para “Está limitado/a em termos do período de tempo em que poderá trabalhar e/ou vencimento que poderá auferir.”. Finalmente, e para o nível 3, verificou-se que o exemplo dado na versão original – “Suporte financeiro, cobertura médica ou cuidados de assistência”, não tendo aplicação na realidade portuguesa, foi substituído por “Poderá trabalhar em empregos com remuneração até determinado montante, a tempo parcial ou em prestação de serviços, para não perder a sua reforma por invalidez.”, o que uma vez mais não se revelou claro, optando-se pela inexistência de exemplo para este nível. A reformulação dos exemplos beneficiou da participação e análise crítica dos técnicos que antes haviam dado retorno, no Estudo Piloto, sobre a pouca clareza dos mesmos.

VII. Redução da incongruência do conteúdo dos itens

Foram detectadas também incongruências ao nível da redacção de alguns dos conteúdos, tendo sido efectuada a sua rectificação. Neste sentido, foi produzida a seguinte modificação:

- Item 7 (Fala), nível 1, segunda frase de opção: Retirada a expressão “facilmente”, pois se a fala for facilmente inteligível, a comunicação não deverá implicar um esforço por parte do receptor.

VIII. Alteração gráfica

À semelhança do que já acontecia no QCP, alguns dos itens do IAF passaram a adoptar, para um mesmo nível, uma formulação dupla e opcional, como já vimos no caso do item 9, para melhoria da discriminação entre níveis. Dado que considerámos que este procedimento facilita a compreensão e a recolha de informação, sobretudo de natureza qualitativa, adoptámos este procedimento igualmente para o nível 2 do item 16 (Estabilidade da condição), que já continha uma redacção opcional, mas não separada graficamente. Igual estratégia foi adoptada para o nível 1 do item 17 (Histórico de trabalho).

Em suma e face à versão original do IAF, apenas os itens 3, 4, 5, 12 e 26 (Memória, Percepção espacial e de formas, Visão, Deambulação ou mobilidade e Percepção correcta das capacidades e limitações) não foram alvo de qualquer reformulação face ao texto original norte-americano.

Em seguida, passaremos a apresentar as reformulações específicas introduzidas no QCP.

Sendo um instrumento dirigido a pessoas com deficiência e não a técnicos, houve a preocupação de que a linguagem fosse facilmente compreensível (Hill & Hill, 2008), preocupação já evidenciada pelos autores que procuraram criar, nas versões originais do IAF e do QCP, itens constituídos por alternativas operacionais e descritivas de comportamentos. Do mesmo modo, procurámos que nas instruções dadas aos sujeitos, as solicitações (Norma D.3 da ITC: assegurar que os procedimentos são familiares às populações) e os termos usados fossem, igualmente, de fácil compreensão (Norma D.2 da ITC).

Para além destas alterações, de natureza mais transversal, outras foram igualmente implementadas. Tal como aconteceu no IAF, também no QCP um mesmo item foi alvo de mais

do que uma reformulação. Na generalidade, estas alterações têm em vista uma maior clarificação de conceitos, o aumento de discriminação entre níveis ou a adaptação à diversidade de características das populações. Neste sentido, e a fim de facilitar a compreensão sobre o trabalho de adaptação, a sua apresentação será, em seguida, feita, por tipo de modificação operada e os títulos definitivos de cada item encontram-se entre parêntesis.

I. Operacionalização e clarificação de conceitos

Sempre que a redacção do item não nos parecia estar em conformidade com o seu conteúdo ou que os conceitos não se encontravam claros ou eram ambíguos, foram igualmente introduzidas rectificações (Almeida & Freire, 2007):

- Instruções: O termo “item” fosse substituído por “questão” por se considerar este último mais acessível a todos;

- Instruções: Sendo o exemplo existente ilustrativo da ausência de limitação, optámos por introduzir um exemplo adicional, desta vez, retratando a existência de limitação de nível 2, pois considerámos que a existência de ambos permitiria uma melhor compreensão sobre o modo de resposta;

- Item 3 (Memória), nível 2: Foi melhorada a tradução da segunda frase, tal como inicialmente efectuada “Normalmente, preciso de orientação e repetição da informação.”, passando a nova formulação, na nossa opinião mais clara e conforme o significado original, a ser a seguinte: “Normalmente, preciso que me repitam instruções e informações.”;

- Item 3 (Memória), nível 3: O indicador de frequência original (“frequentemente”) e relativo aos episódios de má memória ou confusão foi substituído pela expressão “muitas vezes”, por se tratar de um referencial de frequência mais claro e preciso;

- Item 4 (Percepção), nível 3: Na frase, relativa à capacidade perceptiva, “O mundo parece-me confuso ou baralhado”, o termo “baralhado” por ser considerado pouco objectivo,

foi substituído por “distorcido”, dado ser mais compreensível e adequado ao contexto da competência em análise, a percepção;

- Item 7 (Fala), nível 1: Na avaliação deste nível era feita referência ao facto de a fala do sujeito poder “soar estranha”. Sendo que este termo nos pareceu passível de originar interpretações díspares, optámos, após obtido o parecer da terapeuta de fala, pela sua especificação e operacionalização, aumentando a sua objectividade. Neste seguimento, o nível adoptou a seguinte redacção, em substituição da expressão “soar estranha”: “..., mas a qualidade da minha voz e a forma como articulo as palavras revelam alterações.”;

- Item 11 (Velocidade Motora), título: A designação “Velocidade” foi melhorada para “Velocidade Motora”, pois considerámos que esta última era um melhor descritivo do conteúdo do item;

- Item 11, nível 3: A categorização do movimento como efectuando-se “muito lentamente” foi substituída pela formulação existente no IAF, por se considerar mais facilmente compreensível: “ ... de modo extremamente lento.” e por aumentar a sua discriminação face ao nível anterior;

- Item 12 (Capacidade para se deslocar): Todos os exemplos relativos aos diversos níveis foram alterados da terceira para a primeira pessoa, dado tratar-se de um questionário de auto-avaliação, em que os restantes itens continham esse tipo de redacção;

- Item 16 (Estabilidade da condição), nível 0: Ao referir-se a estabilidade da condição clínica e após a realização do Estudo Piloto, foi acrescentada a expressão “prevê-se que” à informação sobre o seu agravamento, pois alguns dos participantes consideraram que o item se tornaria mais claro deste modo;

- Item 17 (Histórico de trabalho), nível 2: Substituição da expressão “inconvenientes” (*drawbacks*) por “aspectos negativos”, formulação existente na versão original do IAF e que nos pareceu de mais fácil compreensão;

- Item 18, título: Adoptada a formulação da versão original do IAF (“Aceitação por parte dos Empregadores”) por nos parecer mais clara do que a do QCP (“Aceitação pelos Empregadores”);

- Item 19, título: Substituição do título “Atractivos Pessoais” por “Aparência Pessoal” visto que o primeiro nos parece mais abrangente e não correspondendo integralmente ao conteúdo do item, tal como apontado em relação ao item correspondente da versão original do IAF;

- Item 20 (Competências para trabalhar), título e níveis 0, 2 e 3: Acrescentada a expressão “para trabalhar”, dado que as competências em análise no item são estas e não competências genéricas ou globais como o título poderia indiciar;

- Item 22, título: Substituição da designação inicial “Disponibilidade de Oportunidades de Emprego”, pela adoptada no IAF “Acesso a Oportunidades de Emprego” por se considerar uma formulação mais clara para os sujeitos;

- Item 22 (Acesso a oportunidades de emprego), nível 2: Substituição da expressão “... existem muito poucos trabalhos adequados ou graves problemas de transportes.” por “... existem muito poucos empregos que sejam adequados para mim e a que eu possa aceder.” por se considerar ser mais facilmente compreensível pelos sujeitos;

- Item 23, título: O termo “Requisitos” foi retirado, passando a nova formulação a ser “Condições Especiais de Trabalho”. Por um lado, esta designação é a actualmente utilizada e, por outro, segue a linha adoptada no IAF, permitindo uma maior comparabilidade entre os resultados obtidos com ambos os instrumentos;

- Item 23 (Condições especiais de trabalho), nível 1: À expressão “... posso necessitar de um posto de trabalho acessível ...” foi acrescentada a expressão “fisicamente”, de acordo com informação do Manual de Aplicação, por forma a operacionalizar a que condições de acessibilidade se reporta o nível;

- Item 24 (Hábitos de trabalho), nível 0: Adequação da linguagem à primeira pessoa, de acordo com a redacção mantida para os restantes itens. Neste sentido, a expressão “chegar a horas” foi alterada para “chego a horas”, “manter-me concentrado no trabalho” para “mantenho-me concentrado/a”. O exemplo “vestir-me adequadamente” foi removido por se poder confundir com o conteúdo do item 19 (Aparência pessoal), acrescentando-se um novo exemplo: “sou assíduo”;

- Item 24, nível 1: Acrescentada a informação “... se for aconselhado.”, existente no IAF, com o objectivo de manter a maior comparabilidade entre os instrumentos e clarificar igualmente os comportamentos subjacentes à classificação neste nível;

- Item 24, nível 2: Substituída a expressão “formação especial” por “formação complementar” por nos parecer mais objectiva. Esta reformulação correspondeu, igualmente, à adopção da designação do IAF;

- Item 26 (Consciência das capacidades e limitações), nível 2, primeira opção: Tendo em conta que a formulação inicial do nível não nos parecia corresponder à referência de uma visão irrealista sobre as próprias competências do sujeito, tal como pretendido pelos autores do instrumento, optámos pela sua reformulação, sustentada quer no texto do IAF, quer na informação disponibilizada no Manual de Aplicação, clarificando assim o nível. Neste sentido, a frase “A minha deficiência não afectou a minha capacidade para procurar emprego e trabalhar.” foi substituída por “Muitas vezes, penso em trabalhos que depois verifico que não consigo fazer (ex. falando com técnicos, conselheiros ou mesmo empregadores).”;

- Item 26, nível 3: Crewe e Athelstan (1984) consideram que este nível traduz uma recusa de aceitação ou uma visão distorcida das suas limitações em termos de desempenho profissional, podendo alguns sujeitos definir objectivos virtualmente impossíveis e outros considerarem-se demasiado incapacitados para desempenharem qualquer trabalho. Assim sendo, e para tornar mais objectiva a formulação do nível, a expressão “Parece que não há nada

que possa fazer, devido à minha deficiência.” foi substituída por “Parece que não há nada em que eu possa trabalhar.”. Para aumentar a clarificação do nível e estar compatível com a noção da visão sobre si próprio e objectivos individuais, referida no Manual de Aplicação, decidimos pela criação de uma segunda opção para este nível – “Penso que posso trabalhar em tudo.”;

- Item 29, título: O título “Desejo de Trabalhar” foi substituído por “Disponibilidade para Trabalhar”, por um lado, por colidir com a formulação original do item 14 e por outro, por considerarmos que esta nova formulação ilustra melhor o conteúdo do item.

II. Adaptação à diversidade de contextos e estatutos profissionais

Tal como já referimos anteriormente, em relação ao IAF, tivemos igual preocupação em retirar as expressões que apontavam para a necessidade de o indivíduo possuir ou não experiência profissional para responder às diversas questões, procurando que todas as questões fossem igualmente aplicáveis a pessoas com diferentes condições face ao emprego (Moreira, 2004). Assim, foram introduzidas as seguintes modificações:

- Instruções: Como já referimos, foi eliminada a referência ao objectivo do questionário de distinguir as capacidades individuais de desempenho num emprego. Em contrapartida, manteve-se a possibilidade de se efectuar uma estimativa de competências com base na experiência escolar ou formativa, de modo a permitir a resposta por pessoas sem experiência profissional, ainda que implicando uma estimativa subjectiva e não uma real avaliação de desempenho;

- Item 15, título: A expressão “Ausência do Trabalho” foi substituída por “Tempo para Questões Médicas/Pessoais”, formulação igualmente alterada e adoptada no IAF, por se considerar que ilustrava melhor o conteúdo explicitado no item. Esta reformulação permite ainda a resposta por pessoas sem experiência de trabalho, o que não nos parecia acontecer com a original que remetia directamente para pessoas com experiência laboral, actual ou anterior;

- Item 15, níveis 0 a 3: Todos os níveis foram reformulados, tendo por referência o texto contido no IAF e passando a integrar a informação sobre a necessidade individual de tempo para “tratar de questões médicas, terapêuticas (incluindo psicoterapia) ou pessoais recorrentes”;

- Item 17 (Histórico de trabalho), nível 1, segunda opção: Acrescentada a expressão “... ou não tenho experiência de trabalho” por forma a permitir a identificação com o item por parte de sujeitos sem experiência profissional, o que já acontecia no IAF;

- Item 21 (Finanças), nível 0: Substituição da frase “A minha situação financeira melhoraria se eu obtivesse emprego...”, que apela a situações de desemprego, por “A minha situação financeira melhoraria com qualquer tipo de emprego...”, tornando-a aplicável a pessoas em diferentes condições face ao emprego;

- Item 21, nível 1: Substituição da expressão “A minha situação financeira melhoraria com o trabalho, apenas se eu conseguisse um emprego...” que mais uma vez apela a situações de desemprego, por “A minha situação financeira melhoraria apenas com um emprego...”, pelas razões apresentadas para o nível anterior;

- Item 24 (Hábitos de trabalho), nível 2: Retirada a expressão “antes de iniciar um trabalho regular”, relativa à necessidade de formação complementar para melhorar hábitos de trabalho, por ser claramente indicadora de uma situação de desemprego. Optámos assim pela sua substituição, sendo a nova redacção do nível a seguinte: “Os meus hábitos de trabalho não são bons, pelo que necessito de formação complementar para os melhorar.”. Deste modo, pessoas com diferentes condições face ao emprego poderão tender a melhor identificar-se com o item;

- Item 25 (Incentivo da família ou amigos), níveis 0 e 1: Substituída a expressão “querem ajudar-me a voltar ao trabalho” (relativa ao incentivo da família e amigos), por ser claramente específica de situações de desemprego, mas com experiência profissional anterior,

pela expressão “querem ajudar-me na área profissional” igualmente aplicável a empregados e desempregados;

- Item 25, nível 2: Pela razão acima apresentada para os níveis anteriores, a expressão “... em vez de voltar ao trabalho.” foi substituída por “...em vez de trabalhar.”;

- Item 25, nível 3: Igualmente para adequar a pessoas com condições diversas face ao trabalho, a frase “A minha família ou amigos preferem que eu não encontre um emprego.” foi alterada para “A minha família ou amigos preferem mesmo que eu não trabalhe.”;

- Item 27, título: O título inicial “Relacionamento com Supervisores e Colegas”, por apelar especificamente a situações de experiência profissional, foi substituído por “Relações Interpessoais”, sendo igualmente modificado o conteúdo dos níveis com o objectivo de adequar a estas novas competências. O título adoptado corresponde ao do IAF;

- Item 27, níveis 0 a 3: Para manter a conformidade com o atrás referido para o título, removemos a expressão “no trabalho” em todos os níveis do item, com vista a torná-los aplicáveis a pessoas com diferentes experiências face ao trabalho;

- Item 29 (Disponibilidade para trabalhar), níveis 0 a 3: Todas as expressões relativas a exigências ou orientações inerentes ao programa de reabilitação foram alteradas (por exemplo, no nível 1, “Faço o que me pedem no programa de reabilitação” foi substituído por “Faço o que me dizem que é necessário fazer para tal.” (para trabalhar), dado que considerámos que esta última se aplica mais à diversidade de condições dos sujeitos face ao emprego, por ser mais abrangente). Pretendeu-se, assim, tornar o instrumento aplicável, igualmente, a sujeitos não inseridos em contexto de reabilitação. Assim, as formulações adoptadas dizem respeito unicamente à disponibilidade para seguir as orientações e solicitações necessárias a que os sujeitos exerçam uma actividade profissional, independentemente da sua condição.

III. Melhoria da mútua exclusividade entre os níveis dos itens

Sendo que a mútua discriminação entre os níveis de um mesmo item nem sempre nos pareceu estar assegurada, procurámos reformular a sua redacção com vista a melhorar a sua hierarquização e distinção (Almeida & Freire, 2007). Por este motivo, foram empreendidas as seguintes alterações:

- Item 12 (Capacidade para se deslocar), nível 2: O qualificador “frequentemente” relativo à necessidade de ajuda de outra pessoa foi substituído por “algumas vezes”, por um lado, para melhorar a discriminação entre níveis, mas também para ficar em conformidade com a redacção do IAF;

- Item 13 (Capacidade para fazer trabalhos pesados), nível 1: Acrescentado ao comportamento “andar” a expressão “muito”, com o objectivo de aumentar a sua discriminação face ao nível seguinte que também refere “andar”;

- Item 13, nível 2: Acrescentada informação à actividade “ficar de pé” e que passou a constar como “ficar um pouco de pé.”, por forma a aumentar a discriminação com os restantes níveis;

- Item 16 (Estabilidade da condição), nível 2: Retirado o qualificador “bastante” relativo ao agravamento da deficiência (“... pode tornar-se bastante mais grave”). Esta alteração resultou da necessidade de aumentar a discriminação com o nível seguinte que refere que “... deficiência se agrave muito mais, no futuro.”;

- Item 18 (Aceitação por parte dos empregadores), nível 1: Acrescentada a expressão “alguns”, relativa aos empregadores, para melhorar a discriminação com os itens imediatamente anterior e posterior;

- Item 22 (Acesso a oportunidades de emprego), nível 0: Substituição do qualificador “alguns”, relativo aos empregos adequados existentes, por “diversos” para aumentar a

discriminação com os níveis seguintes e fazer com que a redacção deste nível fosse mesmo indicadora de “ausência de limitação” como referido nas instruções do instrumento;

- Item 22, nível 1: Reformulado o exemplo dado no item original com o intuito de transmitir a ideia de que são poucos os empregos disponíveis, o que melhora a discriminação com o item seguinte. Assim, a frase, contida entre parêntesis, “Por exemplo, por causa de problemas de transporte, localização da minha residência ou fracos recursos económicos.”, foi substituída por “Existem pouco empregos a que possa aceder, devido à localização da minha residência ou a problemas com o transporte.”. Além disso, os termos “fracos recursos económicos” foram eliminados por não ser evidente o seu impacto ao nível dos empregos disponíveis;

- Item 22, nível 3: Retirada a expressão “quase”, relativa à existência de empregos adequados (“Não existem quase nenhuns empregos adequados”), que passa a estar qualificada como “nenhuma”, ou seja, indicadora de uma limitação severa. Esta alteração prende-se com a finalidade de aumentar a discriminação com o nível anterior que refere a existência de “muito poucos empregos adequados”;

- Item 23 (Condições especiais de trabalho), nível 2: A expressão “Necessito de condições de trabalho ou preparativos especiais...” foi alterada para “Necessito de múltiplas alterações ou adaptações nos postos de trabalho ...”, com vista a criar distinção com o nível seguinte, mas também com o anterior;

- Item 23, nível 3: Neste nível foi acrescentada a expressão “dado que as alterações dos ambientes não são possíveis.” para clarificar a sua distinção e hierarquização face ao nível anterior. Este acréscimo foi sustentado em informação contida no Manual de Aplicação;

- Item 29 (Disponibilidade para trabalhar), nível 1: Alterado o qualificador de frequência “normalmente”, relativo ao cumprimento de solicitações, para “na maioria da vezes”, com o propósito de aumentar a sua discriminação com os níveis seguintes;

- Item 29, nível 2: Alterado o qualificador de frequência “por vezes”, relativo ao cumprimento de exigências, para “só às vezes”, por forma a aumentar a sua discriminação com os níveis anterior e seguinte;

- Item 29, nível 3: Alterado o qualificador de frequência “muitas das vezes”, relativo ao cumprimento de exigências, para “quase nunca”, pelas razões apontadas para os dois níveis anteriores;

- Item 30 (Iniciativa e capacidade de resolução de problemas), nível 3: Substituído o qualificador de frequência “Normalmente”, relativo à necessidade de ajuda de outra pessoa, por “Sempre”, para aumentar a discriminação deste nível face ao anterior que contém a referência a “Frequentemente”, logo bastante similar a “Normalmente”.

IV. Diminuição do efeito de desejabilidade social

Tal como descrevemos anteriormente para o IAF, na adaptação do QCP procurámos controlar a existência de respostas socialmente desejáveis (Almeida & Freire, 2007; Moreira, 2004). Esta preocupação esteve presente nas seguintes reformulações:

- Instruções: Quando explicada a composição do questionário como contendo “... curtas afirmações que descrevem como actuaria ou qual a sua aparência ...”, considerámos que correríamos alguns riscos de potenciar respostas socialmente desejáveis, sobretudo no que concerne à “aparência individual”. Neste sentido, optámos por uma formulação mais isenta: “... curtas afirmação que descrevem como é ou como actua ...”;

- Instruções: Eliminação da referência “ao que o sujeito é capaz de fazer num emprego”, quando se descreve o objectivo do próprio questionário. Em consequência a formulação adoptada passou a ser a seguinte: “Este questionário tem por objectivo ajudar a identificar esses pontos fortes e fracos.”. Por outro lado, a decisão de remover a expressão atrás referida assentou no facto de considerarmos este objectivo demasiado ambicioso para um

instrumento que é apresentado, pelos autores, como um sistema de organização da informação sobre a funcionalidade da pessoa. Com o mesmo objectivo, foi eliminada a expressão, referente aos pontos fortes, “qualidades positivas excepcionais, importantes na obtenção de um emprego.”, passando esta informação a estar contida nas instruções da 2ª Parte do QCP, com a formulação “... pontos fortes, relacionados com a área do emprego” que nos pareceu claramente mais isenta;

- Instruções: Igualmente nas instruções foi removida a leitura qualitativa dos valores numéricos atribuídos a cada nível (“0 se não tiver limitações, 1 se tiver algumas limitações, 2 se tiver muitas e 3 se apresentar uma grande limitação”). Deste modo, procurou-se evitar efeitos de desejabilidade social, diminuindo-se a probabilidade de os sujeitos evitarem as respostas de nível mais grave (nível 3) e aumentando-se a probabilidade de os sujeitos lerem todos os níveis de cada item, antes de assinalarem a sua resposta;

- Item 19 (Aparência pessoal), nível 1: Removida a expressão “higiene” (“Tenho alguns problemas com o meu aspecto e higiene”) por se considerar que poderia gerar alguma resistência na resposta dos sujeitos, levando, eventualmente, ao evitamento deste nível. Assim, optámos pela sua substituição pela palavra “apresentação”, mais isenta.

V. Adaptação à diversidade de deficiências ou incapacidades

Tal como já havia acontecido com o IAF, procurámos igualmente tornar todos os itens do QCP aplicáveis a diversas tipologias de incapacidade (Norma D.3 da ITC), conduzindo assim a que não houvesse itens específicos de uma em particular, que eventualmente viesse a comprometer a identificação de outros sujeitos com o item (Moreira, 2004). Assim sendo, foram introduzidas as seguintes modificações:

- Instruções: Foi eliminado o exemplo existente e relativo à “Audição”, sendo substituído por outro mais adequado (“Utilização das mãos”) à população alvo da presente investigação e na qual não se encontra integrada a deficiência auditiva;

- Item 2 (Leitura e escrita em Português), nível 1: Retirada a referência particular ao uso de tecnologia de apoio para a deficiência visual, por um lado pela sua especificidade face a uma deficiência, por outro, pelo facto de a especificação apresentada não se relacionar directamente com a competência em avaliação: capacidade de leitura e escrita em Português, independentemente dos suportes utilizados;

- Item 8 (Comunicação oral), nível 1: Tal como para os níveis 2 e 3, foram retiradas todas as expressões específicas relativas à comunicação adoptada por surdos (leitura labial, língua gestual). Esta reformulação assentou no facto de, por um lado, a competência em análise ser a comunicação oral e não os diversos tipos de comunicação possíveis e por outro, a preocupação de que uma especificação tão fina pudesse limitar a identificação de sujeitos com outras incapacidades, face a este mesmo item conduzindo, eventualmente, à ausência de resposta. Assim, a referência à deficiência auditiva foi substituída pela expressão “..., mas a fala é o meu principal meio de comunicação.”, aplicável àquela deficiência e igualmente a outras. Neste nível e nos seguintes, deste item, contámos igualmente com o parecer de uma terapeuta de fala;

- Item 8, nível 2: Pelas razões acima apresentadas, para o nível 1, procedemos à substituição da referência particular à incapacidade auditiva, pelo texto “É-me difícil comunicar, através da fala, em Português, com a maioria das pessoas. Não consigo dizer mais do que algumas palavras e recorro a gestos, símbolos gráficos, escrita ou outros sistemas para complementar a comunicação.”. As principais alterações aqui operadas correspondem à introdução da fala como meio principal de comunicação e de outros sistemas complementares à comunicação;

- Item 8, nível 3: Na sequência do que já foi dito para os níveis anteriores deste mesmo item, a reformulação introduzida neste nível correspondeu à adição da expressão “e recorro a um sistema alternativo” para indicar o complemento usado pelo sujeito à comunicação oral, independentemente da incapacidade que possui.

VII. Adaptação ao contexto nacional

Outra preocupação no processo de adaptação do QCP à realidade social e cultural portuguesa (Norma D.1 da ITC) residiu na actualização da mesma face ao que é a realidade e moldura legal portuguesa (Hill & Hill, 2008). A este propósito foram realizadas as seguintes modificações:

- Item 1 (Capacidade de aprendizagem), nível 2: Eliminada a expressão “classes especiais”, por se considerar um termo obsoleto e inaplicável, tendo sido criada uma nova redacção do item com base nas instruções contidas no Manual de Aplicação – “Consigo aprender, mas necessito de ajuda e de tempo extra.”;

- Item 17 (Histórico de trabalho), nível 3: Retirada a expressão “...as minhas referências são fracas” por se considerar não ter equivalência na cultura portuguesa. Foi integrada, no seu lugar, a expressão “...o meu desempenho foi pobre”;

- Item 21 (Finanças): níveis 0 a 3: O texto dos itens foi completamente alterado com o intuito de fazer corresponder os níveis à realidade portuguesa, através de diferentes patamares de tomada de decisão individual, tendo em conta o equilíbrio entre o exercício de uma actividade profissional e a manutenção ou perda de benefícios sociais, realidades que são distintas em função das molduras legais portuguesa e norte-americana. As reformulações operadas seguiram a linha de pensamento adoptada no IAF. Com vista a melhorar a compreensão do nível 3, foi adicionado um exemplo nacional (“ex. suspensão do subsídio mensal vitalício ou outra pensão que receba incompatível com rendimentos de trabalho.”). Na

reformulação dos itens foram sentidas algumas dificuldades na obtenção de um resultado de mútua exclusividade entre os itens, mas no Estudo Piloto não foram recebidos pedidos de reformulação pelos participantes, ainda que, durante a aplicação, alguns sujeitos tenham tido necessidade de validar o seu caso pessoal com o técnico presente.

Em suma e no que concerne ao QCP apenas permaneceram inalterados, relativamente à versão original norte-americana, os itens 5, 6, 9, 10, 14 e 28 (Visão, Audição, Utilização dos braços, Utilização das mãos, Resistência e Bom senso).

Passemos agora à análise das alterações comumente produzidas no IAF e no QCP.

Relativamente às instruções, para ambos os instrumentos, encontrava-se criado na versão original norte-americana, um conjunto inicial de informações que correspondia à totalidade das instruções a serem adoptadas ao longo de cada um dos instrumentos. Foram operados dois procedimentos distintos com vista a facilitar a compreensão das instruções e a tarefa de resposta (Norma D.3 da ITC). Por um lado, os instrumentos foram reorganizados em três partes distintas devidamente assinaladas, sendo que estas correspondiam aos conjuntos de diferentes tarefas que já eram solicitadas inicialmente, ao longo da versão original. Contrariamente à existência de um corpo de texto de instruções único e comum, foram introduzidas instruções específicas imediatamente antes de cada nova solicitação apresentada aos sujeitos (Hill & Hill, 2008; Moreira, 2004).

Foi também introduzida uma explanação inicial acerca da composição de cada questionário e da relevância do seu conteúdo para a temática em investigação e objectivo do questionário (Hill & Hill, 2008; Moreira, 2004).

Desenvolveremos, em seguida, as adaptações introduzidas na 2ª Parte do IAF e do QCP e que correspondiam às questões 31 a 40 das versões originais. Previamente à apresentação das

reformulações operadas no conjunto inicial de 10 questões e que correspondiam aos pontos fortes das versões originais, importa, ainda, salientar um aspecto que foi transversal a muitos deles. Referimo-nos à eliminação de termos indicadores do carácter especial dos pontos fortes, como, por exemplo, “excepcionalmente” ou “extremamente” (ex. “... tem uma fluência verbal excepcional” foi reformulado para “Fala fluentemente”, no IAF e “sou excepcionalmente inteligente” passou a “Sou inteligente”, no QCP). Esta supressão foi fundamentada no facto de que quando presente uma característica positiva, ela pode funcionar como recurso, ainda que não elimine as limitações do sujeito.

O texto das instruções relativas à 2ª Parte da versão original do IAF foi também reformulado, com vista a conter a nova conceptualização de “pontos fortes” e a escala de classificação criada.

Em concreto, foram incluídas modificações de várias ordens. Em primeiro lugar, procedemos à eliminação dos pontos fortes cujo conteúdo já se encontrava integrado na 1ª Parte do instrumento (Ghiglione & Matalon, 1992). Tal ocorreu nos seguintes itens (adoptaremos nesta descrição a numeração da versão original, dado que na versão portuguesa e após as diversas reformulações, os itens adoptaram numeração diferente):

- Item 31: Foi eliminado pois este conteúdo era já avaliado no item 19 (Aparência Pessoal);

- Item 32: Foi eliminado pois repetia o conteúdo do item 27 (Relações Interpessoais) e a sua formulação encerrava elevada subjectividade (“personalidade muito agradável”) e potenciava o efeito de desejabilidade social na resposta;

- Item 37: Este item reportava-se às preocupações financeiras que interferem com o programa de reabilitação, pelo que tendo sido retiradas todas as indicações específicas ao

contexto de reabilitação, pelos motivos já apresentados, considerámos que este item não deveria integrar o presente instrumento;

- Item 38: A eliminação deste item (“Estou absolutamente determinado/a a obter um emprego”) deveu-se ao facto de repetir o conteúdo do item 29 que reporta à disponibilidade para trabalhar e aos comportamentos adoptados para alcançar tal objectivo;

- Item 40: Optou-se pela sua eliminação pois repete o conteúdo do item 28 (“Tenho um excepcional bom senso”), relativo ao bom senso.

Outra das modificações operadas, com o objectivo de melhorar a discriminação entre conteúdos, correspondeu à divisão do item 33 em dois itens distintos. Este item integrava originalmente duas competências – capacidade intelectual e fluência verbal (esta junção de competências apenas se verificava na versão original no IAF, pois no QCP o item correspondente apenas versava sobre a inteligência), pelo que foi subdividido em dois, um para cada uma das competências referidas, evitando, assim, o enviesamento na resposta, decorrente do item conter mais do que uma ideia ou conceito (DeVellis, 2003).

O item 35 foi reformulado, procurando diminuir a subjectividade contida nas expressões “sou muito bem formado e educado” (QCP) ou “tem excelentes referências educativas” (IAF), passando a integrar dados mais objectivos como a referência à formação escolar ou à qualificação para o emprego.

Finalmente, foram acrescentados novos itens, levando a que o conjunto inicial de 10 pontos fortes passasse agora a integrar um total de 12 itens. Os novos conteúdos resultam em grande medida da nova conceptualização do conceito de funcionalidade proposto pela Organização Mundial de Saúde (2001), explicitado na Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (DGS, 2003). No seu capítulo relativo à classificação das actividades e da participação dos sujeitos nos seus diversos domínios que contribuem para

a funcionalidade, foram despistadas áreas não cobertas nas versões originais do IAF e do QCP, mas relevantes nas áreas da funcionalidade para o trabalho e da empregabilidade, pelo que passaram a integrar a versão portuguesa. Neste sentido, foram acrescentados 5 novos itens (itens 38 a 42 na versão portuguesa) relativos à responsabilidade no desempenho de acções, à capacidade de lidar com o stresse, à autonomia na deslocação em transportes, à autonomia na utilização de serviços e à capacidade de procura de emprego. Tivemos oportunidade de aprofundar a influência de algumas destas competências na empregabilidade das pessoas com deficiência, no capítulo 2, na secção dedicada a outros factores condicionantes do emprego, nomeadamente o uso dos transportes (Hernandez et al., 2007; Magill-Evans et al., 2008), o assumir e desempenhar de papéis sociais (Braun et al., 2006) ou a autodeterminação (Wehmeyer & Gragoudas, 2004; Wehmeyer & Palmer, 2003; Wehmeyer & Schwartz, 1997). Estas temáticas foram, igualmente, aprofundadas por outros autores. Donkervoort et al. (2007) ilustram, em investigação com jovens e adultos com paralisia cerebral, a influência do funcionamento motor, e da autonomia dele decorrente, na limitação de actividades e restrição à plena participação, de que o uso de transportes para acesso autónomo ao emprego é exemplo (Hock, Wittig, & Dowdy, 1998). A literatura existente reforça a importância, no emprego de pessoas com deficiência e incapacidade, de alguns dos pontos fortes já contemplados pelos autores (ex. formação académica e apoio familiar), mas também dos agora propostos. Crisp (2005) destaca como principais preditores do emprego factores de ordem sociodemográfica, psicossociais e psicológicos. Esta afirmação decorre da revisão de literatura sobre investigação desenvolvida acerca de seis tipologias de deficiência (lesão vertebro-medular, lesão cerebral traumática, amputação, dor crónica, limitações cardíacas e doença mental severa) e em que, globalmente, é sublinhado o papel de características como a idade, a severidade da deficiência, as estratégias de *coping* adaptativas que diminuem o impacto de factores stressantes, o suporte social e sintomas depressivos enquanto principais preditores da entrada ou regresso ao mercado

de trabalho. Strauser e Berven (2006), tal como já referido anteriormente, distinguem a auto-eficácia nas competências de procura de emprego como factor promotor do emprego entre a população com deficiência e incapacidade.

Em resultado de alguma da pesquisa teórica efectuada foi acrescentado um novo item, enquanto ponto forte e relativo à existência de uma rede social de suporte ao emprego. Esta competência foi seleccionada como particularmente relevante dado que a literatura aponta para que 40 a 70% do emprego seja obtido através de pessoas de contacto da rede social do sujeito (Potts, 2005). Segundo Potts, é habitualmente afirmado, que na população com deficiência, a rede social poderá ser mais diminuta e redundante, logo menos eficaz, ainda que exista pouca evidência de investigação que o confirme.

Para concluir, foram mantidos os itens originais 34 e 39, relativos à posse de competências solicitadas pelos empregadores e à existência de uma vaga no mercado de trabalho. Foi ainda mantido o item original 36, relativo ao suporte da família. Embora esta área fosse já avaliada no item 25, considerou-se que dada a habitual importância do papel da família no processo de inserção profissional, deveríamos manter aqui a avaliação sobre o suporte e compreensão da família, isolando-o da avaliação conjunta a amigos e família, contida no item 25, e relativa ao incentivo ao exercício de uma actividade profissional.

As duas questões finais da versão original do QCP, que correspondem actualmente à 3ª Parte do QCP e igualmente do IAF, sofreram também algumas modificações. Nomeadamente em relação à questão que indagava sobre o grau de severidade global da deficiência percebido pelo sujeito, foi necessário proceder à adequação da leitura qualitativa da escala, dado que a mesma não estava em consonância verbal com a questão colocada. Neste sentido, os advérbios “Ligeiramente, Moderadamente, Severamente e Muito Severamente” foram substituídos pelos adjectivos “Ligeira, Moderada, Severa e Muito Severa”, respectivamente. A existência desta questão levou a que nos Questionários Sociodemográficos fosse excluída uma

questão similar, com vista a evitar a repetição de questões (Ghiglione & Matalon, 1992). Esta repetição foi aliás sinalizada por um dos participantes no Estudo Piloto.

A segunda questão contida na parte final do QCP (questão 42 na versão original norte-americana) foi subdividida em duas questões. A redacção inicial da questão era “Quais é que pensa serem as suas hipóteses de obter e manter um emprego?”. Considerando que se reportava a duas fases distintas na inserção profissional – a obtenção de um emprego e a manutenção de um emprego – optámos por questioná-las separadamente, utilizando a formulação inicial da pergunta e mantendo a escala de avaliação. Em consequência passaram a existir as seguintes questões: “Quais é que pensa serem as suas hipóteses de obter um emprego?” e “Quais é que pensa serem as suas hipóteses de manter um emprego?”. Dado que estas questões apelam a um pensamento hipotético, foi considerado que ambos, empregados e desempregados, lhes poderiam igualmente responder, ainda que encontrando-se em situações diversas, desde que considerassem as questões do ponto de vista hipotético e não factual.

Sendo que no IAF, a questão, inicialmente, existente sobre a temática acima referida se reportava apenas à probabilidade de obtenção de emprego, optámos por acrescentar, e à semelhança do QCP, uma nova pergunta sobre a probabilidade de manutenção do emprego. A decisão assentou na importância de eventuais comparações, neste âmbito, entre as perspectivas de pessoas com deficiência e incapacidade e dos técnicos que com elas trabalham. Aliás, um dos principais valores, atribuídos pelos autores, aos instrumentos QCP e IAF, assenta na sua comparabilidade. Assim, considerámos que esta mesma comparabilidade seria, igualmente, útil e necessária neste ponto da manutenção de emprego.

5.4. Questionários Sociodemográficos

Foram construídos questionários de caracterização sociodemográfica distintos, quer em função dos destinatários – sujeitos com deficiência ou técnicos, quer em função dos momentos de investigação – Estudos Piloto e Exploratório e investigação centrada na deficiência neuromusculoesquelética.

No que concerne às fases de Estudo Piloto e Estudo Exploratório, foram integradas no Questionário Sociodemográfico (Anexo G) dirigido aos sujeitos com deficiência, questões relativas às seguintes características: idade, sexo, habilitações literárias, estado civil, situação actual face ao emprego e natureza e severidade da deficiência. O Questionário inclui ainda uma questão sobre a organização ou organizações que eventualmente concedem seguimento ou acompanhamento ao sujeito. A versão utilizada no Estudo Piloto e composta pelas questões que acabámos de citar, sofreu algumas alterações em função do retorno dado pelos sujeitos participantes e das dúvidas ou dificuldades por eles suscitadas durante a aplicação ou breve entrevista posterior (Moreira, 2004; J. L. P. Ribeiro, 1999a).

Neste sentido, e como já apontado, a primeira reformulação efectuada correspondeu à eliminação da questão relativa à severidade da deficiência, uma vez que esta informação já era recolhida nas questões finais do QCP, o que aliás foi salientado pelos sujeitos participantes.

A segunda reformulação ocorreu nas questões sobre a natureza da deficiência. Ao sujeito era questionado se a sua deficiência era de natureza congénita ou adquirida e qual a estrutura que se encontrava afectada. A construção da questão relativa à estrutura afectada que determina a existência de uma deficiência, foi feita com base na actual Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, publicada pela Organização Mundial de Saúde (2001). Optámos por listar todas as estruturas que poderiam estar eventualmente lesadas e que correspondiam à população que pretendíamos abarcar com a presente

investigação. Neste sentido, foram excluídas as estruturas listadas nos capítulos 1 (sistema nervoso); 2 (ouvido); 6 (aparelhos genito-urinário e reprodutivo) e 8 (pele e estruturas relacionadas). Relativamente aos dois primeiros capítulos o argumento seria de que as estruturas em causa não eram relativas às deficiências contempladas na nossa amostra, que excluía as deficiências intelectual e auditiva. As estruturas contempladas nos capítulos 6 e 8 não foram consideradas significativas, considerando-se a sua menor relação com a inserção profissional.

Porém, e em resultado do Estudo Piloto desenvolvido, verificámos que todas as estruturas, à excepção do ouvido, deveriam ser incluídas, pois diversos sujeitos necessitaram de assinalá-las ao caracterizar a sua deficiência. A título de exemplo, podemos referir sujeitos com epilepsia (capítulo 1) ou pessoas com insuficiência renal (capítulo 6).

Dada a dificuldade expressa pela maioria dos sujeitos em identificar qual a estrutura que correspondia à sua deficiência, optámos por introduzir uma questão aberta – “Qual a sua problemática?” – com o intuito de permitir a posterior categorização ou rectificação por parte da investigadora.

O Questionário Sociodemográfico (Anexo G), dirigido aos técnicos participantes nas fases Piloto e Exploratória, foi construído com duas partes distintas, uma relativa ao sujeito com deficiência em avaliação e outra relativa a características sociodemográficas do próprio técnico. A primeira parte continha questões sobre a idade, sexo, caracterização da deficiência e situação face ao emprego do sujeito. Continha ainda uma questão sobre a instituição de acompanhamento do sujeito e era também pedido ao técnico que referisse há quanto tempo conhecia a pessoa em causa. Embora as dificuldades reportadas pelos técnicos, no Estudo Piloto, não tivessem sido tão expressivas, como aconteceu com os sujeitos, optámos por

introduzir as mesmas modificações relativas à classificação da deficiência, contemplando igualmente uma questão aberta.

No que diz respeito, à segunda parte deste questionário, relativo às características dos próprios técnicos, foram integradas questões sobre a idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, actividade profissional e tempo de experiência na função. Em função do estudo Piloto, apenas foi necessário introduzir uma reformulação nesta parte, substituindo a formulação da questão “Actividade Profissional Actual” por “Profissão”, visto que alguns dos participantes descreveram as acções/tarefas que desenvolviam, em vez de referirem a profissão que exerciam. Todas as restantes questões foram mantidas e usadas no Estudo Exploratório.

5.5. Estudo Piloto

Concluídas a tradução e adaptação dos instrumentos (Anexos A, B, C e G), desenvolvemos um Estudo Piloto (Ghiglione & Matalon, 1993), com o objectivo de testar a sua aplicação junto de uma amostra composta por técnicos e elementos representantes das várias categorias de deficiência e situação face ao emprego que pretendemos vir a estudar e de recolher evidência da aplicabilidade das instruções e conteúdos dos itens à amostra a integrar no Estudo Exploratório (Normas D.2, D.3 e D.4 da ITC).

Foram envolvidas, no Estudo Piloto, 7 pessoas com deficiência e 6 técnicos com intervenção na área da reabilitação e inserção profissional. A selecção foi orientada pelos critérios diversidade da deficiência e incapacidade e situação face ao emprego, procurando-se abranger, igualmente, diversidade na tipologia de instituições a que os sujeitos estavam associados. No total, foram abrangidas 5 organizações, 2 das quais eram hospitais com serviços

de Medicina Física e Reabilitação (Hospital Curry Cabral e Hospital Garcia d'Orta) e 3 instituições com intervenção no apoio, formação profissional ou emprego de pessoas com deficiência (Associação Portuguesa de Insuficientes Renais, Fundação LIGA e Operação para o Emprego de Pessoas com Deficiência). A totalidade dos participantes respondeu autonomamente aos questionários, sem a presença da investigadora, tendo-lhe sido apresentadas todas as dúvidas e questões posteriormente e presencialmente.

O conjunto de pessoas com deficiência e incapacidade era composto por 4 pessoas do sexo masculino e 3 do feminino, com uma média etária de 31,43 anos e um desvio padrão de 5,96. No que concerne à natureza da deficiência, 2 apresentavam situação congénita, 4 adquirida e 1 reportou ambas as condições, em virtude da sua multideficiência. As deficiências contempladas foram a orgânica ($n = 3$), a neuromusculoesquelética ($n = 2$), a visual ($n = 2$) e a multideficiência (acumulação de deficiência orgânica e psicológica) ($n = 1$), ou seja, a quase totalidade das incapacidades que pretendíamos abranger, ficando em falta apenas a deficiência estética. As habilitações literárias dos sujeitos variavam entre o 2º ciclo de escolaridade e a licenciatura, existindo 2 sujeitos por cada um dos seguintes níveis – 2º ciclo de escolaridade, secundário e bacharelato - e 1 sujeito com licenciatura. Finalmente, considerando a situação face ao emprego, foram envolvidos 3 empregados e 4 desempregados (encontrando-se 1 a frequentar formação profissional e os 3 restantes à procura de emprego, com apoio institucional).

Os técnicos participantes no Estudo Piloto, representaram um total de 6 elementos, 5 do sexo feminino e 1 do masculino, com formação distinta, nas áreas de Terapia Ocupacional ($n = 2$), Psicologia ($n = 1$), Sociologia ($n = 1$), Serviço Social ($n = 1$) e Reabilitação e Inserção Social ($n = 1$). A média etária era de 36,83 anos, com um desvio padrão de 5,88. O tempo médio de experiência na função era de 10,55 anos, com um desvio padrão de 6,6 anos.

No total das participações foram recolhidos 6 IAF e 7 QCP e EAD-R.

A resposta aos instrumentos foi seguida de uma breve conversa com os participantes em que se procurou recolher informação, sobretudo acerca das dúvidas havidas e comentários ou sugestões a fazer (Fowler, 1984). Foi preparado um conjunto inicial de questões, a serem aplicadas aos diversos participantes e que versavam sobre a adequação da acessibilidade gráfica, tamanho dos questionários, clareza das instruções e conteúdos e principais itens em que verificou dificuldade na resposta e de que tipo foi essa dificuldade. Damos particular atenção aos itens que, na reformulação dos instrumentos, se revelaram mais complexos, como são exemplo os itens relativos a “Tempo para Questões Médicas/Pessoais” (item 15 do QCP e do IAF) e “Desincentivos Económicos” (item 21 do QCP e do IAF).

Os diversos retornos e comentários foram então analisados, pela investigadora e pela orientadora do presente trabalho, dando origem às diversas reformulações que já tivemos oportunidade de apresentar detalhadamente no ponto 5.3..

Já no estudo Piloto, estive em teste a versão dos três instrumentos, com a forma adaptada de resposta criada para cegos, pessoas com baixa visão e pessoas com mobilidade condicionada dos membros superiores, e para as quais foi construída uma versão para resposta com suporte em computador. Esta adaptação foi transversal a sujeitos com deficiência e incapacidade e técnicos, dado que em ambos os casos se esperava a participação de pessoas com limitações nas funções visuais e neuromusculoesquelética (facto que só se confirmou para os sujeitos, mas não para os técnicos). A forma de resposta seleccionada – colocação de um X à frente da frase ou número que melhor caracteriza a resposta individual – revelou-se eficaz, não tendo havida dúvidas ou sugestões. Questionámo-nos sobre se, as escalas de Likert existentes nos instrumentos, seriam completamente entendidas por pessoas com cegueira ou baixa visão, mas também a este nível, e depois de questionados directamente dois cegos, verificou-se não haver dificuldade. A existência de linhas em branco separando cada uma das partes dos instrumentos poderia também funcionar como um obstáculo à resposta, por parte de

cegos, dado que poderia não ser percebida a existência de informação para além das questões iniciais. Também neste caso não ocorreram dificuldades, em princípio, em boa parte por termos apresentado previamente a composição dos questionários. Ou seja, os sujeitos encontravam-se previamente alertados para o facto de os questionários IAF e QCP serem compostos por três partes e de a EAD-R ter um total de 32 questões (Norma D.3 da ITC).

6. Estudos Psicométricos dos Instrumentos de Avaliação

6.1. *Seleção das Amostras*

Realizou-se uma amostragem por conveniência, face à impossibilidade de ter referenciadas, para selecção aleatória, todas as pessoas com deficiência existentes no território nacional. Consideramos que a contingência de uma amostra por conveniência permite, ainda assim, dar resposta aos objectivos da presente fase do estudo de adaptação dos instrumentos seleccionados para a população portuguesa (Ghiglione & Matalon, 1993).

A recolha da amostra foi efectuada em instituições de e para pessoas com deficiência e incapacidade e através do conhecimento pessoal e profissional da investigadora sobre potenciais sujeitos. A concepção do plano de investigação e respectiva recolha da amostra procurou privilegiar os critérios, abaixo descritos, por forma a contribuir para a representatividade da amostra: distribuição nacional; diversidade de deficiência e incapacidade, de experiência profissional e de associação a instituições. Foi ainda incluído um outro critério relativo exclusivamente a situações de deficiência adquirida – ter concluído o processo de reabilitação primária há, pelo menos, 6 meses.

a) Distribuição nacional:

Foram convidadas a integrar o estudo pessoas residentes em diversas localizações geográficas, incluindo a componente insular portuguesa, quer através do contacto institucional, nomeadamente com o apoio de entidades com extensão e cobertura nacional; quer por recurso a conhecimento de pessoas com deficiência e incapacidade e rentabilização da sua própria rede de contactos pessoais e profissionais.

b) Diversidade quanto à deficiência e incapacidade:

Do mesmo modo, no estudo das qualidades psicométricas dos instrumentos e da sua adaptação à população portuguesa, houve a preocupação de incluir sujeitos representativos de todas as tipologias descritivas de deficiência e incapacidade, ainda que não nos tenha sido possível garantir a representatividade das suas categorias considerando a distribuição na população nacional. Esta dificuldade decorre, em grande medida, do facto de os dados objectivos sobre a distribuição desta população existentes e disponibilizados, tal como já tivemos oportunidade de referir, não serem plenamente fidedignos quanto à sua divisão categorial, devido às diversas definições de deficiência e respectivas categorias utilizadas. Optámos, no presente estudo, pela proposta de classificação da OMS (DGS, 2003), dado ser a última recomendação vigente a nível mundial.

Tal como, também, já tivemos oportunidade de explicar previamente, foram excluídas, da amostra, pessoas com deficiências auditiva e intelectual por forma a não enviesar os resultados, antecipando eventuais dificuldades na compreensão do português escrito, por parte destes mesmos grupos.

c) Diversidade de experiência profissional:

Uma terceira preocupação na selecção da amostra prendeu-se com a inclusão de sujeitos com experiências de vida profissional distintas, contemplando-se desde sujeitos sem experiência profissional até pessoas activas laboralmente e integradas no mercado competitivo de trabalho. Neste sentido, foram contactadas instituições ligadas à formação, ao ensino e à inserção profissional, mas igualmente associações para pessoas com deficiência e incapacidade, onde a diversidade deste critério poderia mais facilmente ser obtida. Embora não fosse objectivo do estudo a inclusão de pessoas reformadas, alguns dos sujeitos auto-identificaram-se como tal ou seja inactivos face ao emprego, não equacionando a perspectiva

de integração profissional, ainda que estando identificados enquanto desempregados. A fim de não enviesar os dados recolhidos, não foram, intencionalmente, integrados na amostra, sujeitos com experiências de emprego protegido ou inseridos em empresas de inserção, privilegiando-se a componente do mercado competitivo de trabalho.

d) Diversidade face à associação e pertença institucional:

Considerando que a inclusão, na amostra, de sujeitos angariados junto apenas de instituições poderia constituir enviesamento, foram utilizados contactos pessoais da investigadora e da rede de pessoas com deficiência e incapacidade participantes no estudo. Ainda que alguns destes sujeitos fossem, igualmente, sócios de organizações de pessoas com deficiência, foi possível obter a participação de sujeitos não associados a qualquer organização, mesmo que no passado tivessem usufruído desse suporte. Os dados de caracterização das amostras, mais à frente apresentados, revelam que entre 74 e 82,2% dos sujeitos beneficiaram de algum tipo de apoio institucional, ainda que este possa ser de natureza clínica ou reabilitação, como é exemplo o suporte disponibilizado por hospitais.

e) Processo de reabilitação primária:

Todos os sujeitos inquiridos, com deficiência adquirida, respeitavam a condição de ter o seu processo de reabilitação primária concluído pelo menos há 6 meses, a fim de eles próprios possuírem informação sobre o seu processo de adaptação individual e de terem desenvolvido alguma estabilidade mínima no mesmo. Independentemente do reconhecimento da variabilidade individual, de Witte (1991) aponta para uma melhoria do estatuto funcional nos três primeiros meses pós-alta clínica, seguidos de uma diminuição e posterior retoma numa extensão total de dois anos. Outros autores apontam períodos para desenvolvimento de um processo de adaptação à deficiência bastante variáveis (Lucas, 2007; Unwin et al., 2009; B. A. Wright, 1983). Ainda que estes limites não possam de algum modo ser restritivos ou indicativos, optámos, na presente investigação, pela definição de um período igual ou superior

a 6 meses, assegurando-se assim a vivência de diversas etapas e experiências possivelmente associadas à existência da condição de deficiência e incapacidade, ainda que reconheçamos alguma arbitrariedade neste critério temporal. Do mesmo modo, a funcionalidade na sua globalidade e em particular para o trabalho, poderá ser uma dimensão não completamente estabilizada, inclusive do ponto de vista físico, aquando da alta clínica, pelo que o tempo poderá ser igualmente uma dimensão importante e a considerar no presente estudo.

Embora a amostra obtida não possa ser considerada representativa da população nacional com deficiências ou incapacidade, procurámos, igualmente, que a sua dimensão fosse ampla por forma a admitir o uso de técnicas estatísticas adequadas (Norma D.6 da ITC: adequação do conjunto de dados para uso de procedimentos estatísticos) para posterior análise das propriedades psicométricas dos instrumentos seleccionados (Tanzer & Sim, 1999).

Considerando os objectivos traçados para a obtenção da amostra, foram adoptadas duas estratégias distintas. A primeira, relativa ao contacto com organizações de e para pessoas com deficiência e incapacidade e outras entidades que viessem a actuar como mediadoras na autorização e estabelecimento de contacto com técnicos e sujeitos, consistiu no envio de *e-mail* à direcção da organização, descrevendo o objecto e objectivos do estudo e solicitando a participação dos respectivos sujeitos e técnicos. Em caso de ausência de resposta no período de 2 a 3 semanas seguintes, era efectuado contacto telefónico para indagar das razões, procedendo-se ao reenvio em caso de extravio da informação. Os contactos institucionais foram retirados do Guia de Recursos 2003 para a Reabilitação Profissional das Pessoas com Deficiência, criado pelo Instituto de Emprego e Formação Profissional, que embora se tenha revelado uma excelente fonte de informação, continha já muitos contactos desactualizados ou inexistentes. Foram também consultados os sítios do Instituto Nacional para a Reabilitação e da Associação Portuguesa de Deficientes. No total, foram enviados 77 pedidos de colaboração

para as entidades cujos utentes, de acordo com a informação disponível nas fontes referidas, correspondiam aos nossos critérios de inclusão na amostra: sujeitos com deficiência e incapacidade (excepto auditiva ou intelectual), com idade legal para trabalho e com processo de reabilitação primária concluído há pelo menos 6 meses. Recolhemos a participação de 25 organizações (Anexo H), cujos técnicos e clientes acederam a colaborar, correspondendo a uma participação organizacional na ordem dos 32,47%. Em 16 do número total de casos, após o primeiro contacto, por correio electrónico, verificou-se a impossibilidade de prosseguir com a solicitação de colaboração, eventualmente devido a encerramento da organização ou alteração de contactos (ainda que tivessem sido desenvolvidos esforços de localização de contacto actualizado). A 30 dos pedidos não houve resposta, não obstante ter sido feito reforço do pedido, por correio electrónico ou telefone. Foi-nos informado que em 4 organizações, após análise e aprovação superior para participação no estudo, ocorreu a divulgação dos instrumentos pelos associados, sem que estes tenham procedido ao seu preenchimento ou devolução. Apenas em 1 organização recebemos a resposta de inadequação da população atendida face os critérios de inclusão na amostra (ainda que essa informação não se encontrasse espelhada no Guia referido). Finalmente, foi ainda recebida 1 recusa de colaboração organizacional. Não nos será possível estimar a taxa de retorno de resposta, uma vez que o procedimento de envio de instrumentos variou de acordo com a organização e tipologia de destinatários: envio do número de exemplares solicitados em formato de papel ou envio de um exemplar em formato electrónico (apenas para os sujeitos com deficiência visual ou deficiência musculoesquelética com limitação de funcionalidade a nível dos membros superiores) a ser distribuído pelos sujeitos, podendo um único envio corresponder a diversas participações. Acresce ainda que alguns sujeitos divulgaram a participação na sua rede social, angariando novas respostas.

A segunda estratégia, relativa à participação de sujeitos, *a priori* não afectos a organizações de e para pessoas com deficiência e incapacidade ou outras entidades, consistiu no contacto directo com pessoas com deficiência e incapacidade do conhecimento pessoal da investigadora, de outros técnicos de reabilitação ou da rede social e profissional das pessoas com deficiência e incapacidade inicialmente contactadas. Com recurso a este procedimento foram angariadas 46 participações de sujeitos com deficiência e incapacidade (45 em resposta ao QCP e 46 à EAD-R).

Foi também solicitada a participação de instituições de ensino superior através do recurso ao contacto com o GTAEDES (Grupo de Trabalho para o Apoio a Estudantes com Deficiências no Ensino Superior), composto por 9 universidades portuguesas. A solicitação de cooperação foi enviada, inicialmente, por correio electrónico, para a Coordenadora do Grupo e, posteriormente, remetida a todos os seus elementos. Face à ausência de respostas e com o consentimento dos respectivos representantes das universidades, foi estabelecido contacto telefónico directo por forma a reforçar a participação e esclarecer eventuais dúvidas. Resultante desta estratégia foi conseguida a participação de 3 universidades (Universidade do Porto, Minho e Aveiro), com a colaboração de técnicos e alunos ou ex-alunos com deficiência e incapacidade.

6.2. Caracterização das Amostras

Em seguida apresentaremos a caracterização das amostras relativas a cada um dos instrumentos utilizados. Não obstante os sujeitos com deficiência e incapacidade terem sido solicitados a responder, igualmente, ao QCP e à EAD-R, o conjunto de respostas obtidas deu

origem a diferentes composições amostrais em virtude quer da remoção de sujeitos com mais de 20% de respostas omissas (procedimento a detalhar, mais à frente, no ponto sobre a Análise dos Omissos), quer de um número reduzido de sujeitos não ter respondido à EAD-R (os sujeitos recebiam em primeiro lugar o QCP, manifestando, um número limitado, indisponibilidade para, em seguida, responder a um segundo instrumento – EAD-R, ainda que fosse dada a possibilidade de resposta em outro momento subsequente no tempo). Os técnicos de reabilitação envolvidos no presente estudo responderam a um único instrumento (IAF) dando origem a uma única amostra de sujeitos.

6.2.1. Caracterização da Amostra da EAD-R

Originalmente, considerou-se que a amostra recolhida com a EAD-R seria menor do que a recolhida com o QCP, dado que um número reduzido de sujeitos, após ter respondido ao QCP, afirmou já não ter disponibilidade para responder à EAD-R. Porém, dado que o número de respostas com mais de 20% de omissos foi claramente inferior ao obtido com os restantes instrumentos, conduzindo apenas à eliminação da participação de 2 sujeitos (Downey & King, 1998; Roth, 1994; Schlomer, Bauman, & Card, 2010), foi possível contar com os resultados relativos a um total de 316 sujeitos, superando assim o número de sujeitos em análise com o QCP.

As duas participações eliminadas correspondem a sujeitos do sexo masculino, com 28 e 61 anos de idade, ambos na condição de reformados. Um deles possui deficiência adquirida e o outro, congénita, mas ambos possuem mais do que uma estrutura corporal alterada e em comum, a alteração de estruturas relacionadas com o movimento. As segundas estruturas

lesadas correspondem ao olho ou ao aparelho digestivo, metabólico ou endócrino. Apenas um deles indica as suas habilitações literárias que se situam ao nível do 1º ciclo de escolaridade.

Em seguida, passamos a apresentar as características sociodemográficas da amostra remanescente de 316 sujeitos (Tabela 6.1).

Tabela 6.1

Características Sociodemográficas da Amostra de Sujeitos da EAD-R

Características	Sujeitos	
	<i>n</i>	%
Sexo		
Masculino	204	64,6
Feminino	112	35,4
Grupo Etário		
16-24	43	13,8
25-44	155	49,5
45-64	103	32,9
≥ 65	12	3,8
Informação omissa	3	
Estado Civil		
Solteiro/a	179	57,2
Casado/a	94	30,0
Divorciado/a	25	8,0
Viúvo/a	5	1,6
União de facto	10	3,2
Informação omissa	3	
Habilitações Literárias		
Não sabe ler/escrever	2	0,6
1º Ciclo	33	10,7
2º Ciclo	38	12,3
3º Ciclo	63	20,5
Secundário	102	33,1
Bacharelato/Licenciatura	67	21,8
Mestrado/Doutoramento	3	1
Informação omissa	8	
Totais	316	100

A participação da amostra de 316 sujeitos foi conseguida com a colaboração das 25 organizações já referidas precedentemente em relação ao QCP. A par do contacto institucional, a amostra por conveniência foi ainda angariada em 15 localizações distintas do país, permanecendo por identificar a origem de 11 dos participantes não associados a organizações.

Os sujeitos apresentam uma média etária de 40,5 anos ($DP = 13,9$ anos), com uma elevada representação (49,52%) no grupo dos 25 aos 44 anos e no grupo dos 45 aos 64 anos (32,91%). Pertencem maioritariamente (64,6%) ao sexo masculino e possuem como níveis de habilitação literária mais frequentes o ensino secundário (33,1%), o bacharelato/licenciatura (21,8%) ou o 3º ciclo do ensino básico (20,5%). O estado civil mais frequente corresponde à condição de solteiro/a (57,2%), seguido da de casado/a (30%). Tal como é possível verificar, por comparação com a Tabela 6.9 a composição das amostras, relativas ao QCP e à EAD-R, é muito similar, com ligeiras diferenças potencialmente devidas à também ligeira maior dimensão da última amostra.

A condição de empregado/a (Tabela 6.2) corresponde à que caracteriza maior percentagem (35,1%) de sujeitos da amostra, seguindo-se o desemprego há mais de um ano (26,3%) e a ausência de experiência profissional (16,8%), o que segue, igualmente, a tendência observada na amostra de sujeitos respondentes ao QCP (Tabela 6.10), tal como esperável.

Tabela 6.2

Estatuto face ao Emprego da Amostra de Sujeitos da EAD-R

Estatuto	Sujeitos	
	<i>n</i>	%
Nunca trabalhou	53	16,8
Desempregado/a há menos de 1 ano	25	7,9
Desempregado/a há mais de 1 ano	83	26,3
Empregado/a	111	35,1
Instalado/a por conta própria	15	4,7
Reformado/a	29	9,2
Totais	316	100

Quando desempregados, os sujeitos indicam como últimas profissões mais frequentes (Anexo I) as de secretariado e tratamento de informação (13 sujeitos); trabalho de construção civil e obras públicas (10 sujeitos); estafetas, bagageiros, porteiros, guardas e trabalhadores similares; recepcionista e telefonista e ecónomos e pessoal de restauração (cada uma com 8 sujeitos). Os empregados inquiridos apresentam igualmente como profissão mais frequente (19 sujeitos) a de secretariado, seguida das funções de recepcionista e telefonista (12 sujeitos), apresentando semelhança com os sujeitos em situação de desemprego. Ambas as categorias face ao emprego apresentam distribuição similar à do QCP.

No que concerne à deficiência, a amostra é composta por maior número de sujeitos com deficiência adquirida (63,8%) (Tabela 6.3), quer se trate da existência de uma deficiência e incapacidade ou de mais do que uma, esta última condição observada em apenas 2 sujeitos.

Tabela 6.3

Tipo e Antiguidade da Deficiência e Incapacidade da Amostra de Sujeitos da EAD-R

Tipo	Deficiência e incapacidade					
	Uma		Duas		Totais	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Informação omissa	1				1	
Congénita		111	35,2	1	33,3	112
Adquirida		201	63,8	2	66,7	203
Totais		312	100	3	100	316
Tempo de aquisição						
1-10 Anos		82	40,8	1	50	
11-20 Anos		34	16,9			
21-30 Anos		26	12,9	1	50	
31-40 Anos		34	16,9			
41-50 Anos		15	7,5			
51-60 Anos		2	1			
Informação omissa		8				
Totais		201	100	2	100	203

Em média, a primeira deficiência foi adquirida há 19,1 anos ($DP = 14,9$) e a segunda, quando existente, há 15 anos ($DP = 7,9$), valores muito semelhantes aos obtidos com a aplicação do QCP.

Constata-se que 64,4% da amostra possui apenas alteração ao nível de uma estrutura corporal, sendo que um menor número (18,7%) possui duas alterações (Tabela 6.4). O valor médio de estruturas alteradas, na amostra, situou-se em 1,64, ligeiramente superior ao verificado com o QCP. Considerando a presença de mais de uma alteração nas estruturas do corpo, verifica-se que a situação mais frequente (60,4%) corresponde às alterações associadas ao movimento, seguidas das relacionadas com o sistema nervoso (33,2%) e com o olho (25,6%).

Tabela 6.4

Estruturas do Corpo Alteradas na Amostra de Sujeitos da EAD-R

Tipo	Nº de Estruturas							Principal Estrutura		
	1	2	3	4	5	6	7	Total (%)	<i>n</i>	%
Sistema nervoso	48	29	15	6	2	3	1	33,2	72	22,8
Olho	45	16	9	6	2	1	1	25,6	57	18
Voz e fala	3	6	9	7	1		1	8,6	4	1,3
Cardiovascular		3	3	3	2		1	3,8	1	0,3
Imunológico		2	2	2	1	1		2,6	0	0
Respiratório		4	6	5	1	3		6,1	1	0,3
Digestivo, metabólico e endócrino	2	2	5	7	2	3	1	7,0	3	0,9
Genitourinário	3	8	13	7	1	3	1	11,5	9	3,2
Movimento	101	42	25	14	2	4	1	60,4	166	52,5
Pele	1	5	4	3	1	2		5,1	2	0,6
Informação Omissa								1	0	0
Nº de Casos	203	59	30	15	3	4	1			
% de Casos	64,4	18,7	9,5	4,8	1	1,3	0,3			

Quando o sujeito possui apenas uma deficiência, as estruturas corporais mais frequentemente alteradas também são as relacionadas com o movimento (101 sujeitos, ou seja, 32,3% da amostra), as relacionadas com o sistema nervoso (48 sujeitos, 15,3%) e com o olho (45 sujeitos, 14,4%).

Idêntica tendência é observada se atendermos à principal limitação reportada pelo sujeito, dado que mais de metade da amostra (52,5%) aponta as alterações nas estruturas relacionadas com o movimento como origem da sua deficiência e incapacidade. Do mesmo modo, sucedem-se-lhe as alterações nas estruturas do sistema nervoso (22,8%) e olho (18%).

Finalmente, o benefício de apoio dado por uma instituição é identificado pela maioria da amostra (74%).

6.2.2. Caracterização da Amostra do IAF

Os dados obtidos com a aplicação do IAF são os resultantes das respostas dadas pelos técnicos envolvidos. Dado que com a aplicação deste instrumento foram obtidas participações contendo respostas omissas (nos 30 itens que pretendem avaliar a funcionalidade: competências pessoais, factores profissionais e sociais), iniciámos o processo de análise pelo estudo das mesmas. Tendo sido eliminado o conjunto de participantes com respostas omissas superiores a 20% (Downey & King, 1998; Roth, 1994), por ser considerada uma quantidade moderada de respostas omissas (Schlomer et al., 2010), foi desenvolvida a análise e caracterização deste mesmo subconjunto retirado da amostra inicial. O número de questionários com respostas omissas superiores a 20% é 8, correspondendo às respostas dada

por uma única técnica (recorde-se que um mesmo técnico poderia ter sido responsável por analisar a funcionalidade de mais do que um sujeito com deficiência e incapacidade). Trata-se de uma profissional de fisioterapia, com intervenção no domínio da espondilite anquilosante e com experiência profissional de 8 anos. Os sujeitos com deficiência e incapacidade, sobre os quais se reportou a avaliação efectuada pela técnica, eram maioritariamente do sexo masculino (87,5%), com uma média etária de 64,6 anos ($DP = 5,2$ anos), todos com diagnóstico de espondilite anquilosante adquirida há um tempo médio de 26 anos, com um desvio padrão de 12,01 anos. Todos os sujeitos apresentavam limitação nas estruturas relacionadas com o movimento e dois deles apresentavam uma segunda estrutura afectada, relacionada com a voz e fala ou com o sistema cardiovascular. Face ao emprego, a totalidade encontrava-se, segundo a hetero-avaliação, reformada. Do diálogo estabelecido com a técnica, os omissos correspondem a situações que considera não se aplicarem aos sujeitos em causa, por estes não pretenderem retornar à vida activa e não a dificuldades na compreensão dos itens. Os itens com respostas omissas acima dos 20% correspondem a alguns dos itens das subescalas do IAF Condição Física e Comportamento Adaptativo e à totalidade dos itens da subescala Qualificações Profissionais, o que se encontra em conformidade com o afirmado pela referida técnica.

A título introdutório e antes de passarmos à caracterização da amostra do IAF, refira-se que, na categorização dos dados obtidos no questionário sociodemográfico, dirigido a técnicos e a pessoas com deficiência e incapacidade, recorreremos à Classificação Nacional das Profissões (IEFP, 1994) para estabelecimento das respectivas categorias profissionais e aos Censos 2001 (INE, 2002) para definição dos escalões etários aplicados às amostras.

Foi recolhido um total de 213 respostas ao IAF (após remoção de casos com mais de 20% de respostas omissas), correspondendo à participação de 55 técnicos. Efectivamente a amostra de técnicos de reabilitação não corresponde ao total de respostas ao IAF, dado que, como já foi afirmado, um mesmo técnico poderá ter participado na avaliação de funcionalidade

de um ou mais sujeitos com deficiência e incapacidade. No total, participaram técnicos afectos a 16 instituições de e para pessoas com deficiência e 3 universidades, ocorrendo um valor de avaliações entre um mínimo de 1 e um máximo de 32 questionários por técnico, com um valor médio de 3,87 sujeitos avaliados por técnico e um desvio-padrão de 5,06. O valor máximo de questionários por técnico foi obtido numa organização em que um mesmo técnico é gestor de caso de 50 a 60 pessoas com deficiência e incapacidade. Do conjunto de entidades de e para pessoas com deficiência participantes, constatou-se a colaboração de 1 a 9 técnicos por entidade, com um valor médio de 3 técnicos por instituição.

Passaremos, em seguida, a apresentar, a caracterização da respectiva amostra de 55 técnicos participantes (Tabela 6.5). A amostra de técnicos é composta, maioritariamente (81,8%), por sujeitos do sexo feminino.

Tabela 6.5

Características Sociodemográficas da Amostra de Técnicos do IAF

Características	Sujeitos	
	<i>n</i>	%
Sexo		
Masculino	10	18,2
Feminino	45	81,8
Grupo Etário		
16-24	3	5,4
25-44	43	78,2
45-64	9	16,4
Estado Civil		
Solteiro/a	14	25,5
Casado/a	25	45,5
Divorciado/a	8	14,5
União de Facto	8	14,5
Totais	55	100

O valor médio etário da amostra é de 37,51 com um desvio-padrão de 9,05 anos, sendo a idade mínima 22 anos e a máxima 57. A maioria (78,2%) situa-se entre os 25 e os 44 anos. O estado civil mais frequente é o de casado/a, com 45,5% de técnicos.

A amostra de técnicos segue o traçado tradicionalmente observado no domínio da reabilitação e inserção de pessoas com deficiência e incapacidade. Capucha et al. (2004), ao estudarem os impactos das iniciativas do Fundo Social Europeu nas estruturas e processos de reabilitação profissional de pessoas com deficiência em Portugal, verificaram, igualmente, um predomínio do sexo feminino (68,1%) na constituição das equipas técnicas. O grupo etário mais representado era o dos 20 aos 39 anos (60%).

Pela análise da Tabela 6.6, constata-se que os sujeitos licenciados se encontram em maior número (75,9%) nesta amostra, sendo a licenciatura mais frequente (32%) em Psicologia, seguida da formação em Serviço ou Política Social (14%) e em Terapia Ocupacional (10%). Observa-se, ainda, uma dispersão, quanto ao tipo de habilitações literárias, por outros domínios que não os das ciências psicológicas, sociais e humanas (ex. Informática, Controlo Financeiro, Línguas/Cultura Portuguesa), facto possivelmente relacionado com a inclusão, nesta amostra, de técnicos responsáveis por áreas de formação distintas e que desenvolvem acompanhamento dos sujeitos com deficiência e incapacidade.

No que concerne às habilitações literárias, em segundo lugar surge o nível do Ensino Secundário (9,2%), não existindo técnicos de referência com habilitações inferiores ao 3º Ciclo do Ensino Básico. É claramente diminuto o número de técnicos com habilitações ao nível de Mestrado.

Tabela 6.6

Habilitações Literárias da Amostra de Técnicos do IAF

Características	Sujeitos	
	<i>n</i>	%
Habilitações Literárias (nível)		
3º Ciclo	3	5,6
Secundário	5	9,2
Bacharelato	3	5,6
Licenciatura	41	75,9
Mestrado	2	3,7
Informação Omissa	1	
Habilitações Literárias (área)		
Psicologia	16	32
Serviço/Política Social	7	14
Sociologia	3	6
Reabilitação e Inserção Social	4	8
Educação Especial	2	4
Antropologia	1	2
Línguas/Cultura Portuguesa	2	4
Controlo Financeiro	2	4
Informática	2	4
Terapia Ocupacional	5	10
Fisioterapia	1	2
Outra	5	10
Informação omissa	5	
Totais	55	100

No que diz respeito às profissões e actividades profissionais exercidas, verifica-se na Tabela 6.7 que é percepcionada conformidade entre ambas, pela maioria dos sujeitos, excepto nas áreas de apoio à inserção e acompanhamento e de formação em que a actividade profissional parece ser, igualmente, exercida por técnicos com outras profissões. Eventualmente, uma das justificações para tal pode residir nas respostas dos técnicos da área de

reabilitação que não parecem ver expressa a sua formação na correspondente actividade profissional. As actividades e profissões mais presentes na amostra correspondem aos domínios da formação, da Psicologia e do apoio à inserção.

Tabela 6.7

Profissão e Actividade Profissional da Amostra de Técnicos do IAF

Área	Profissão (%)	Actividade (%)
Psicologia	18,3	18,3
Serviço/Política Social	9,1	9,1
Técnico de Apoio à Inserção e Acompanhamento	10,9	16,4
Terapia Ocupacional	9,1	9,1
Fisioterapia	1,8	1,8
Formação	23,7	27,3
Acção Directa	1,8	1,8
Reabilitação	9,1	
Ensino	1,8	1,8
Apoio Escolar	3,6	3,6
Administrativa	3,6	3,6
Documentação	1,8	1,8
Refeitório	1,8	
Encarregado Sector	1,8	
Militar	1,8	
Outra		5,4
Totais	100	100

A amostra de técnicos revela uma tendência a concentrar-se em torno de uma experiência profissional com duração até 10 anos (63,6%), e, sobretudo, no grupo de técnicos com experiência até 5 anos (Tabela 6.8). Igualmente, Capucha et al. (2004) verificaram que o conjunto de técnicos inquiridos apresentava, em 60,9% dos casos, uma antiguidade na função de mais de 5 anos, ainda que não tenham sido definidos limites máximos para esta classe.

Comparativamente, na presente amostra, 65,5% dos técnicos tem uma experiência superior a 5 anos, o que se aproxima dos dados encontrados por Capucha e colaboradores.

Tabela 6.8

Experiência Profissional da Amostra de Técnicos do IAF

Experiência (anos)	Sujeitos	
	<i>n</i>	%
1-5	19	34,5
6-10	16	29,1
11-15	12	21,9
16-20	6	10,9
21-25	0	0
26-30	2	3,6
Totais	55	100

Importa ainda fazer uma breve referência à caracterização dos sujeitos com deficiência e incapacidade sobre os quais se reporta a avaliação desenvolvida pelos técnicos no IAF. Os sujeitos em questão possuíam uma média etária de 39,41 anos ($DP = 13,49$) e eram, maioritariamente (62,9%) do sexo masculino. A grande maioria (71,4%) correspondia a sujeitos com deficiência adquirida, destacando-se, entre as principais limitações detidas, as relacionadas com o movimento (54,9%), sistema nervoso (25,8%) e olho (13,6%). No que diz respeito ao emprego, 34,9% estava desempregado há mais de um ano, 26,9% empregado, 17% nunca trabalhou e 11,3% estava desempregado há menos de um ano. Como podemos confirmar nas rubricas seguintes, esta caracterização segue o traçado obtido com a aplicação do QCP e da

EAD-R. Ou seja, os sujeitos avaliados por parte de técnicos não diferem do conjunto global dos que se auto-avaliaram.

6.2.3. Caracterização da Amostra do QCP

Tal como já referido acima, não obstante a investigação sobre a funcionalidade dos sujeitos com deficiência ter recorrido aos mesmos instrumentos – IAF e QCP, foram obtidas amostras distintas face à diferente participação observada nestes mesmos instrumentos, por parte de técnicos e pessoas com deficiência e incapacidade.

Reportando ao QCP e à semelhança do IAF, antes de iniciar qualquer análise sobre os dados, procedemos à eliminação das participações de sujeitos com deficiência e incapacidade que recolhiam um valor de omissos superior a 20% (Downey & King, 1998; Roth, 1994; Schlomer et al., 2010) nos itens relativos às 30 competências pessoais, factores profissionais e sociais contidos no instrumento. Nestas condições, foi sinalizado um total de 14 participações de sujeitos com deficiência e incapacidade, sobre as quais foi desenvolvida análise da caracterização sociodemográfica e que se apresenta em seguida.

O subconjunto é composto maioritariamente por sujeitos do sexo masculino (64,3%), com uma média de idade de 53,86 anos ($DP = 13,07$ anos) e tendo como estado civil predominante o de casado/a (53,8%), seguido da condição de solteiro/a (38,5%). O ensino secundário é detido por 42,9% e 28,6% possui o 3º ciclo do ensino básico. Face ao emprego, 41,7% encontra-se empregado/a e 33,3% reformado/a. A maioria (78,6%) dos sujeitos tem deficiência adquirida, em média há 32 anos. Menos de metade (42,9%) possui uma deficiência e igual proporção possui duas, sendo que as deficiências ou incapacidades associadas ao

movimento estavam presentes em todos os sujeitos deste subconjunto. Oitenta por cento dos sujeitos identificaram beneficiar do apoio de uma instituição e os restantes 20% encontram-se a ser apoiados por duas. Retomaremos esta caracterização aquando do estudo dos omissos obtidos com a aplicação do QCP.

A amostra remanescente, composta por 309 sujeitos, é constituída por 65% de sujeitos do sexo masculino e possui uma média etária de 39,86 anos ($DP = 13,56$), inferior à verificada no grupo com respostas omissas superiores a 20%, observando-se, na presente amostra, que apenas 9 sujeitos possuem idade igual ou superior a 65 anos (Tabela 6.9) e que a maior concentração ocorre no escalão etário entre os 25 e os 44 anos.

Destaca-se, nesta amostra, o estado civil (Tabela 6.9) de solteiro/a (58,3%), contrariamente ao observado no subconjunto com respostas omissas em que predominava a condição de casado/a. Esta condição poderá estar, eventualmente, associada à distribuição etária da própria amostra, em média, mais jovem. Surge ainda uma categoria não expressa no subconjunto de participações excluídas – viuvez – caracterizando 1,6% da amostra.

Os níveis de habilitações literárias (Tabela 6.9) mais frequentes correspondem ao ensino secundário (32,7%), ao bacharelato/licenciatura (22%) ou ao 3º ciclo do ensino básico (20,3%), diferindo assim da caracterização apresentada para o grupo com respostas omissas superiores a 20%, menos qualificado. Não obstante a maior qualificação da amostra de 309 sujeitos, com maior frequência de níveis de habilitação superior, níveis mais elementares são também observados (desde não saber ler e escrever até ao 2º ciclo do ensino básico), o que não se verificou no subconjunto de participações com mais de 20% de omissos. Estes resultados decorrem, provavelmente da maior dimensão da amostra, permitindo uma maior variabilidade e dispersão dos resultados.

Tabela 6.9

Características Sociodemográficas da Amostra de Sujeitos do QCP

Características	Sujeitos	
	n	%
Sexo		
Masculino	201	65
Feminino	108	35
Grupo Etário		
16-24	43	14,1
25-44	155	50,7
45-64	99	32,4
≥ 65	9	2,9
Informação omissa	3	
Estado Civil		
Solteiro/a	179	58,3
Casado/a	89	29,0
Divorciado/a	24	7,8
Viúvo/a	5	1,6
União de facto	10	3,3
Informação omissa	2	
Habilitações Literárias		
Não sabe ler/escrever	2	0,7
1º Ciclo	32	10,7
2º Ciclo	38	12,7
3º Ciclo	61	20,3
Secundário	98	32,7
Bacharelato/Licenciatura	66	22,0
Mestrado/Doutoramento	3	1,0
Informação omissa	9	
Totais	309	100

Não obstante estarmos face a uma amostra de conveniência, não representativa da população nacional, procurámos, como já afirmado, obter a maior abrangência da amostra sobre o território português. Assim sendo, os resultados obtidos reportam a sujeitos com deficiência e incapacidade afectos a 25 organizações (Anexo H), algumas com cobertura nacional (22 instituições de e para pessoas com deficiência e 3 estabelecimentos de ensino

superior). Sendo também objectivo do presente estudo conhecer a população não institucionalizada ou beneficiária de apoio institucional, foi possível obter respostas provenientes de sujeitos com deficiência e incapacidade residentes em 15 diferentes localidades do país, sendo que em 11 dos casos não foi possível a identificação da zona de residência, dado que esta informação não era solicitada nem no questionário, nem no seu envio para o apartado de correio.

Face ao emprego, e diversamente do subconjunto excluído, existe um maior número de sujeitos empregados e desempregados há mais de um ano (Tabela 6.10). O número de pessoas reformadas é claramente menor e observa-se que a terceira situação mais frequente é a ausência de experiência profissional, ou seja, sujeitos que nunca estiveram inseridos em mercado de trabalho.

Tabela 6.10

Estatuto face ao Emprego da Amostra de Sujeitos do QCP

Estatuto	Sujeitos	
	<i>n</i>	%
Nunca trabalhou	54	17,5
Desempregado/a há menos de 1 ano	26	8,4
Desempregado/a há mais de 1 ano	82	26,6
Empregado/a	108	35,1
Instalado/a por conta própria	15	4,9
Reformado/a	23	7,5
Informação omissa	1	
Totais	309	100

Foram sinalizadas 61 profissões distintas (Anexo J) desempenhadas pelos sujeitos da amostra, quer se encontrassem em situação de procura de emprego, inseridos profissionalmente ou reformados (a classificação da situação dos sujeitos face ao emprego seguiu as categorias

adoptadas no questionário sociodemográfico utilizado nesta fase do trabalho e a classificação das profissões seguiu as categorias listadas, na versão de 1994, na Classificação Nacional das Profissões). As profissões em que se observa maior concentração de sujeitos, desempregados ou empregados, correspondem a secretários e operadores de equipamento de tratamento de informação (32 sujeitos); empregados de recepção, de informação e telefonistas (20 sujeitos); estafetas, bagageiros, porteiros, guardas e trabalhadores similares (13 sujeitos); trabalhadores da construção e obras públicas (11 sujeitos); ecónomos e pessoal do serviço de restauração (10 sujeitos) e pessoal da limpeza, lavadeiras, engomadores de roupa e trabalhadores similares (8 sujeitos).

Na generalidade, constata-se semelhança entre as áreas de trabalho apontadas por pessoas com deficiência e incapacidade empregadas e desempregadas. A elevada dispersão de profissões relaciona-se com a dimensão da amostra e com a selecção de sujeitos provenientes de domínios e organizações diversos.

Relativamente ao tipo e antiguidade da deficiência e incapacidade (Tabela 6.11), quer os sujeitos possuam uma ou mais incapacidade ou deficiência, a amostra caracteriza-se por ser maioritariamente composta por sujeitos com deficiência adquirida (63,3 e 66,7%, respectivamente face a uma ou duas incapacidades presentes).

A aquisição da deficiência verifica-se, em média, há 18,5 anos ($DP = 14,7$ anos), no caso da primeira deficiência e incapacidade e há 15 anos ($DP = 7,94$), no caso de uma segunda deficiência e incapacidade adquirida. No caso de existência de uma única deficiência, o tempo de aquisição concentra-se no período de 10 anos decorridos após a aquisição (41,54%). A antiguidade da deficiência e incapacidade superior a 50 anos tem menor expressão (1,03%) no grupo de pessoas com deficiência adquirida. O nível de gravidade da deficiência é auto-avaliado como moderado ($M = 4,04$, $DP = 1,54$).

Tabela 6.11

Tipo e Antiguidade da Deficiência e incapacidade da Amostra de Sujeitos do QCP

Tipo	Deficiência e incapacidade					Totais
	Uma		Duas			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Informação omissa	1					1
Congénita		110	35,7	1	33,3	111
Adquirida		195	63,3	2	66,7	197
Total	1	305	100	3	100	309
Tempo de aquisição						
1-10 Anos		81	41,5	1	50	
11-20 Anos		33	16,9			
21-30 Anos		23	11,8	1	50	
31-40 Anos		33	16,9			
41-50 Anos		12	6,2			
51-60 Anos		2	1			
Informação omissa		11				
Totais		195	100	2	100	197

A Tabela 6.12 representa os resultados obtidos considerando a distribuição dos sujeitos pela tipologia de estruturas do corpo afectadas, de acordo com o auto-relato.

Tendo em conta o número total de sujeitos da amostra, grande parte (64,6%) possuía apenas uma estrutura alterada, 18,8% possuíam 2 estruturas alteradas e 9,4 % indicaram a alteração em 3 tipologias de estrutura, verificando-se, na amostra estudada, até um máximo de 7 estruturas identificadas pelos próprios (0,3%), sendo que o valor médio se situou nos 1,63 ($DP = 1,06$). Se considerarmos os dados acumulados, na amostra, por estrutura corporal afectada, verificamos que as estruturas corporais mais frequentemente afectadas são as relacionadas com o movimento, com o sistema nervoso e com o olho, com uma representação de 58,8; 33,8 e 24,7%, respectivamente.

Tabela 6.12

Estruturas do Corpo Alteradas na Amostra de Sujeitos do QCP

Tipo	N° de Estruturas							Principal Estrutura		
	1	2	3	4	5	6	7	(%)	n	%
Sistema nervoso	51	26	15	6	2	3	1	33,8	69	22,3
Olho	43	16	7	6	2	1	1	24,7	54	17,5
Voz e fala	3	7	10	7	1		1	9,4	3	1
Cardiovascular		3	3	3	2		1	3,9	2	0,6
Imunológico		2	2	2	1	1		2,6	0	0
Respiratório		4	5	5	1	3		5,8	1	0,3
Digestivo, metabólico e endócrino	2	3	5	7	2	3	1	7,5	3	1
Genitourinário	3	8	12	7	1	3	1	11,4	10	3,2
Movimento	96	41	24	14	2	3	1	58,8	165	53,4
Pele	1	5	7		1	1		4,9	2	0,6
Informação Omissa							1			
N° de Casos	199	58	29	15	3	3	1			
% de Casos	64,6	18,8	9,4	4,9	1	1	0,3			

Reportando à situação mais comum na amostra, ou seja, a existência de uma única alteração de estrutura corporal, verifica-se, também, que esta tende mais a ser relativa às estruturas relacionadas com o movimento (96 sujeitos, ou seja, 31,17% da amostra), com o sistema nervoso (51 sujeitos, 16,56%) ou com o olho (43 sujeitos, 13,96%).

Finalmente, se analisarmos a principal limitação indicada por cada sujeito (categorizada através da descrição qualitativa da principal deficiência, reportada no questionário sociodemográfico), constata-se idêntica tendência nos dados (Tabela 6.12), ou seja, as deficiências associadas às estruturas do movimento, sistema nervoso e olho continuam a ser as mais frequentes (53,4; 22,3 e 17,5, respectivamente).

A maioria dos sujeitos respondentes ao QCP (82,2%) sinalizou beneficiar de apoio institucional.

6.3. Procedimento

Como atrás referido, os instrumentos (Anexos A, B, C e G) foram enviados em formato de papel ou electrónico quer considerando a conveniência dos respondentes, quer antecipando dificuldade ou impossibilidade na resposta em função de algumas tipologias de incapacidade (Norma A.1 da ITC). Assim, para todos os sujeitos com deficiências visuais ou ao nível dos membros superiores, o envio dos instrumentos processou-se por correio electrónico, tendo mesmo sido criada uma versão (*Microsoft Word*) acessível a cegos. A totalidade dos instrumentos foi alvo desta adaptação em virtude de possuímos, nas amostras, técnicos e sujeitos cegos. Como apontado noutra ocasião, a versão adaptada foi criada com o apoio de duas pessoas cegas e antes da sua administração, foi igualmente submetida à sua apreciação crítica.

Aos técnicos e sujeitos com deficiência e incapacidade era, previamente ao preenchimento dos instrumentos, entregue uma carta de apresentação (Anexo L), contendo o enquadramento, os objectivos e objecto do estudo, e instruções sumárias acerca da tarefa solicitada. Este documento afirmava ainda a confidencialidade no tratamento dos dados e o agradecimento à colaboração.

Também no seguimento do que já afirmámos anteriormente, foi introduzida uniformização do modo de resposta (assinalar com um círculo) em todos os instrumentos e em alguns dos casos, foram acrescentadas instruções, por forma a antecipar eventuais dificuldades na resposta aos instrumentos, todos eles de autopreenchimento. Nesta linha de preocupação e sob a orientação das normas da Comissão Internacional de Testes (2000), estabelecemos contactos telefónicos ou mesmo presenciais, com os técnicos que, em cada instituição, iriam proceder à disseminação e recolha dos instrumentos, procurando esclarecer eventuais dúvidas e reafirmar os procedimentos contidos nas instruções. Procurou-se que estes técnicos de

referência para cada organização pudessem actuar no esclarecimento a outros possíveis participantes, quer técnicos, quer sujeitos com deficiência e incapacidade. Em três das organizações foi solicitada a presença da investigadora durante a aplicação dos instrumentos. No caso das pessoas com deficiência e incapacidade não associadas a organizações, a carta de apresentação, que acompanhava os instrumentos, continha os contactos de telefone e correio electrónico da investigadora. Estes dados estavam, também, na posse dos técnicos de referência das organizações participantes.

A fim de facilitar o trabalho de organização dos técnicos foi criada e entregue, em formato de papel, uma tabela em que estes poderiam assinalar, à frente do código correspondente a cada um dos sujeitos (igualmente presente no canto superior direito de cada instrumento), o nome do sujeito, a recolha do instrumento e a versão de reteste nos casos aplicáveis. Deste modo, procurámos evitar a repetição ou omissão de sujeitos e as respectivas implicações na futura análise de resultados (Norma A.1 da ITC). Recorde-se que cada sujeito e técnico respectivo (quando aplicável) era categorizado por um código contendo o seguinte formato: Sigla da instituição a que se encontra afecto ou cidade ou vila de residência/S ou T (conforme Sujeito ou Técnico) / número de ordem do questionário (considerando a instituição ou localização de residência). Para os casos em que não era possível identificar a zona de residência, optámos pela sigla N ID (Não Identificável).

O método de teste-reteste envolveu a participação de 30 sujeitos e 24 técnicos, sem que a correspondência entre eles fosse sempre directa, e ocorreu, aproximadamente, um mês após a participação inicial. No caso dos sujeitos afectos a instituições, a investigadora enviava novos instrumentos decorrido este período ou aquando do contacto inicial eram já distribuídos ao técnico de referência na organização, com a indicação da aplicação após um mês, situação que deveria ser controlada com o auxílio da tabela acima referida. As pessoas com deficiência e

incapacidade não afectas a organizações, recebiam um novo pedido de participação um mês após a investigadora ter recebido a participação original. A selecção dos sujeitos participantes no reteste foi feita por extracção de números aleatórios face ao número inicial de sujeitos por organização ou localização (tendo-se considerado 1 a 2 sujeitos por cada 10 participantes na fase inicial), não ultrapassando o máximo de 3 por organização (dada a dificuldade em voltar a motivar organizações e sujeitos para a participação). Considerando que algumas das organizações não deram resposta em função do valor inicialmente proposto e manifestaram dificuldade em colaborar no reteste, houve necessidade de aumentar o número de reaplicações junto de organizações mais disponíveis, procedendo-se a nova extracção de números aleatórios, por forma a seleccionar os sujeitos participantes. Este reforço foi essencialmente centrado sobre uma organização por esta intervir directamente com todas as tipologias de deficiência e incapacidade e por revelar maior participação desde o início da investigação (55 participações iniciais e 15 retestes). Procedeu-se, igualmente, à selecção de sujeitos entre pessoas não associadas a instituições, com envio de 8 solicitações, obtendo-se o reteste de 7. A taxa de retorno do reteste do IAF foi de 64,9% e a do QCP e da EAD-R de 68,2%.

Para a totalidade dos instrumentos estava previsto o preenchimento autónomo, o que não foi possível numa organização em que alguns dos clientes cegos não possuíam conhecimentos de informática. Exclusivamente neste caso, procedemos à aplicação oral dos instrumentos, tarefa realizada pela investigadora, considerando os critérios de não interferência na resposta (Hambleton et al., 1999) e objectividade (Norma A.6 da ITC: informar as pessoas responsáveis pela aplicação sobre a necessidade de não interferir e ser discreto/a).

A recolha das respostas processou-se por correio electrónico, presencialmente (levantamento dos instrumentos em papel directamente em cada organização) ou através do envio por correio. Para cumprimento deste último procedimento, foi criado um apartado de

correio, para onde os sujeitos poderiam enviar as suas respostas sem custos e sem identificação, promovendo o anonimato da sua participação. Esta acção foi desenvolvida, inicialmente, para recepção das respostas de sujeitos não afectos a organizações e localizados em diversas regiões do país, incluindo a insular. Foi, no entanto, alargado a outras participações sempre que tal se revelava uma estratégia eficaz, mesmo para organizações, para controlo de custos.

Recolhida a totalidade de participações, os dados foram organizados e analisados com recurso ao programa SPSS17 (*Statistical Package for Social Sciences*).

6.4. Resultados

A informação que se apresenta, em seguida, é relativa à análise efectuada sobre os dados recolhidos pela aplicação dos três instrumentos seleccionados no presente estudo. Reportam-se ao estudo das suas qualidades psicométricas e à análise dos itens dos instrumentos, tendo como objectivo analisar a adequação da adaptação desenvolvida face a futuras utilizações na população portuguesa e sugerir eventuais desenvolvimentos sempre que se afigurem necessários ou desejáveis.

Esta análise iniciar-se-á pelo instrumento de avaliação da adaptação à deficiência – EAD-R, terminando com os instrumentos referentes à avaliação da funcionalidade – IAF e QCP, seguindo a ordenação adoptada para o presente trabalho.

6.4.1. Escala de Adaptação à Deficiência-Revista (EAD-R)

6.4.1.1. Estudo dos omissos

Como já tivemos oportunidade de referir aquando da caracterização da amostra foram eliminadas as participações de dois sujeitos em virtude de apresentarem respostas omissas de valor superior a 20% (Downey & King, 1998; Roth, 1994; Schlomer et al., 2010). Nas restantes participações verificaram-se omissos em 63 dos sujeitos, com valores variando entre os 3,1% (1 item) e os 12,5% (4 itens), ou seja, dentro dos valores esperáveis (Schlomer et al., 2010).

O valor de omissos, por item, situou-se entre os 0,3% (um sujeito), nos itens 1, 2, 5, 8 e 16 e os 4,7% (treze sujeitos) no item 19.

Realizado o teste de Little verificou-se que os omissos não são aleatórios ($\chi^2(1127) = 1273,35, p = 0,001$), pelo que se procedeu à análise de algumas variáveis classificatórias ou auxiliares, no que concerne à sua eventual correlação com o tipo de omissos (Little & Rubin, 2002; Roth, 1994; Schafer & Graham, 2002; Schlomer et al., 2010), com vista à pesquisa de eventuais padrões de distribuição.

Considerou-se, em primeiro lugar, a análise da relação entre o tipo de omissos e o carácter congénito ou adquirido da deficiência, dado que esta dimensão poderia estar relacionada com modos e níveis de adaptação diversos nos sujeitos (Li & Moore, 1998; Livneh & Antonak, 1997). Não foram, no entanto, detectadas diferenças significativas ($\chi^2(2) = 1,88, p = 0,39$).

Considerando a possibilidade de diferentes estatutos face ao emprego estarem relacionados com modos de adaptação à deficiência e à incapacidade igualmente distintos, foi analisada a relação entre esta variável e o tipo de omissos, verificando-se que as respostas

omissas não são independentes do estatuto face ao emprego ($\chi^2(6) = 23,70, p = 0,001$). Não obstante a amostra conter maior número de sujeitos integrados (39,8%) e desempregados (34,2%), comparativamente com os sujeitos sem experiência profissional (16,8%), as três categorias contribuem com valores aproximados (19, 17 e 20, respectivamente) para o número de omissos verificado. Dado que uma das seis categorias do questionário sociodemográfico – instalação por conta própria – contemplava apenas 15 sujeitos, impossibilitando a correcta aplicação do teste do Qui Quadrado (Marôco & Bispo, 2005), pela sua dimensão inferior a 20, foi efectuado o reagrupamento desta característica (Marôco, 2007), em 4 categorias: sem experiência profissional; desempregado (integrando as categorias desempregado há mais de um ano e desempregado há menos de um ano); integrado (contendo as categorias empregado e instalado por conta própria) e reformado. A estimação dos omissos, posteriormente efectuada, considerou assim a categoria de situação face ao emprego (Little & Rubin, 2002), tendo sido efectuada imputação diferencial para cada grupo de sujeitos integrados nas 4 categorias.

Considerando a relação entre respostas omissas e o estatuto face ao emprego, anteriormente verificada, foi analisada, para cada tipologia de condição face ao emprego (Little & Rubin, 2002), a distribuição de omissos intragrupal, verificando-se, com aplicação do teste de Little, que, em três dos grupos, a distribuição intragrupal é aleatória (MCAR) (sem experiência profissional: $\chi^2(459) = 484,82, p = 0,195$; desempregado: $\chi^2(398) = 403,42, p = 0,415$ e reformado: $\chi^2(183) = 162,08, p = 0,865$) pelo que a estimação de omissos recorreu à técnica da regressão, técnica de estimação que obriga à condição de aleatoriedade dos dados (Heitjan, 1997; Roth, 1994). A distribuição de omissos na categoria integrados (contendo pessoas a trabalhar por conta de outrem e por conta própria) segue uma distribuição do tipo MAR ($\chi^2(521) = 591,40, p = 0,017$) pelo que a estimação dos valores omissos foi baseada no método da máxima expectativa (*EM algorithm*), considerando a recomendação de métodos de

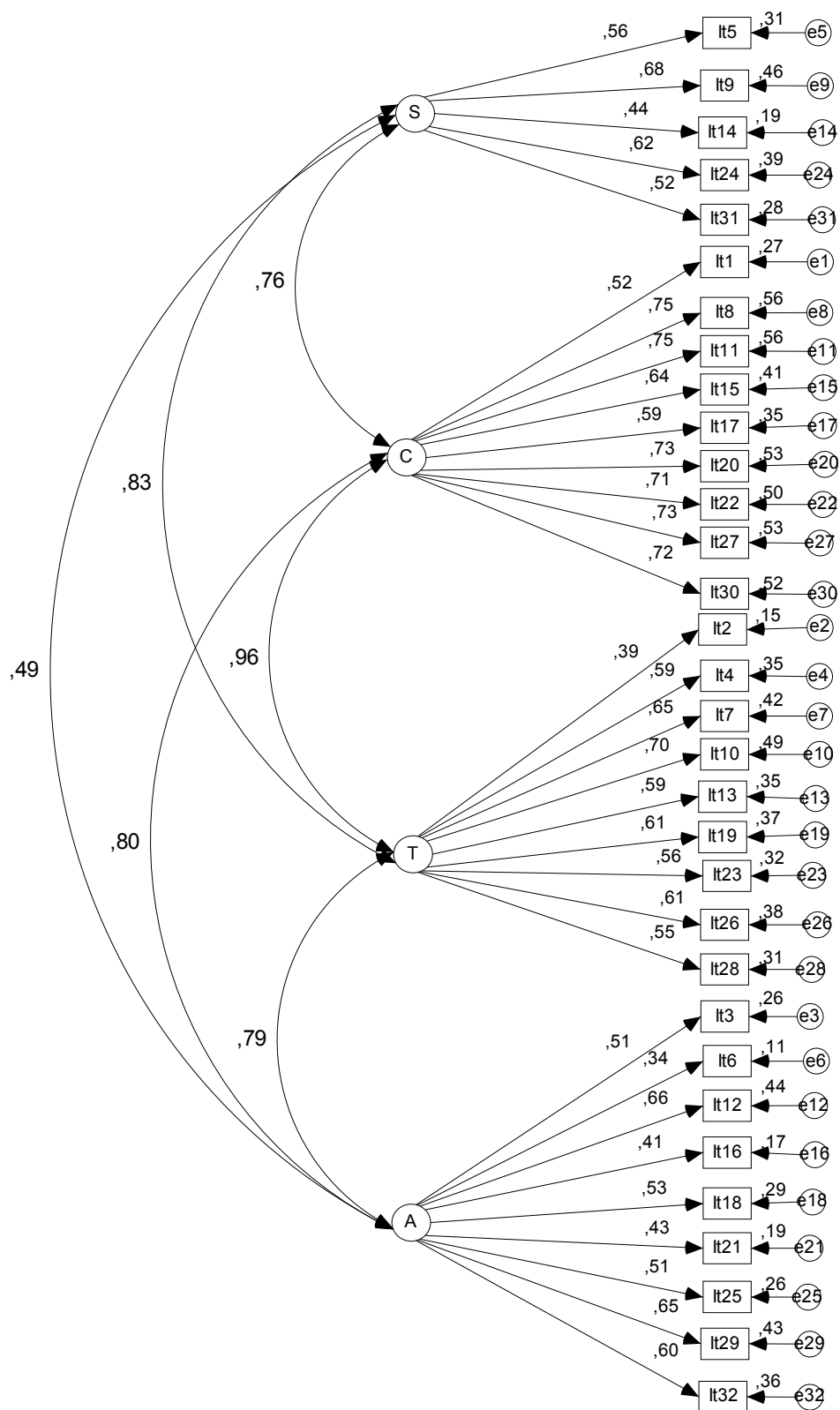
inferência de probabilidade, com base nos valores observados, como mais adequados à estimação de omissos do tipo MAR (Roth, 1994; Schafer & Graham, 2002).

6.4.1.2. Validade de constructo

O estudo da validade foi iniciado com a análise da admissibilidade da determinação da estrutura factorial. A factorabilidade da matriz de correlações, avaliada pela medida de adequação de Kaiser-Meyer-Olkin, revelou-se excelente ($KMO = 0,93$) (Marôco, 2007). A aplicação do teste de esfericidade de Bartlett indica, igualmente, que os itens estão correlacionados ($\chi^2(496) = 4076,84, p = 0,00$). Considerando estes resultados, verifica-se ser admissível a análise factorial (Stevens, 1986).

Tendo em conta que o processo de adaptação da EAD-R, à amostra portuguesa, não resultou na modificação de itens da escala original, o estudo da validade iniciou-se pela análise factorial confirmatória, com recursos ao AMOS, versão 17 (Figura 6.1), com o objectivo de verificar o ajustamento dos dados portugueses ao modelo proposto pelos autores da escala (Groomes & Linkowski, 2007).

A análise factorial confirmatória revela que a estrutura original de 4 factores, proposta por Groomes e Linkowski (2007), é mantida na presente amostra. Porém, os índices de ajustamento revelam um ajustamento sofrível (R. B. Kline, 2005; Marôco, 2007; Schumacker & Lomax, 1996). O teste de Qui-Quadrado indica a rejeição da hipótese nula, ou seja, o modelo não revela ajustamento aos dados obtidos no presente estudo ($\chi^2(458) = 966,03, p = 0,00$).



Nota: S: Subordinação, C: Contenção, T: Transformação e A: Alargamento

Figura 6.1 Estrutura Factorial da EAD-R, ajustada à amostra ($N = 316$) com correlação entre factores, pesos factoriais e variância dos itens

Considerando que o valor de χ^2 pode ter sido influenciado pela grande dimensão da amostra ($N = 316$), levando à rejeição da hipótese nula (R. B. Kline, 2005; Marôco, 2007; Schumacker & Lomax, 1996) e a fim de reduzir essa sensibilidade, foi calculado o quociente entre o χ^2 e os graus de liberdade ($\chi^2/gf = 2,11$) indicando um ajustamento razoável, dentro dos limites propostos de variação entre 2 e 5 (Schumacker & Lomax, 1996).

Foram igualmente considerados outros índices para avaliar a qualidade do ajustamento ($GFI = 0,829$; $AGFI = 0,803$; $RMR = 0,036$; $CFI = 0,864$; $PCFI = 0,798$; $NFI = 0,772$; $RMSEA = 0,059$) cujos resultados, ainda que abaixo, mas próximos dos valores de referência desejáveis (R. B. Kline, 2005; Marôco, 2007; Schumacker & Lomax, 1996), reiteram um ajustamento sofrível (Tabela 6.13).

Tabela 6.13

Índices de Ajustamento resultantes da Análise de Modelos Estruturais da EAD-R (N = 316)

Índice de Ajustamento	Valor de Referência	Modelo		
		Quatro Factores	Unifactorial	Factor de 2ª Ordem
χ^2/gf	2-5	2,109	2,485	2,140
GFI ^a	> 0,90	0,829	0,788	0,827
AGFI ^b	> 0,90	0,803	0,759	0,802
RMR ^c	< 0,10	0,036	0,040	0,040
CFI ^d	> 0,90	0,864	0,816	0,859
PCFI ^e	> 0,90	0,798	0,763	0,802
NFI ^f	> 0,90	0,772	0,727	0,766
RMSEA ^g	≤ 0,05	0,059	0,069	0,060
AIC ^h	Menor valor	1106,03	1281,15	1120,86
ECVI ⁱ	Menor valor	3,511	4,067	3,558

Nota: ^aGFI: Goodness-of-fit index. ^bAGFI: Adjusted GFI. ^cRMR: Root-mean-square residual. ^dCFI: Comparative fit index. ^ePCFI: Parsimony CFI. ^fNFI: Normed fit index. ^gRMSEA: Root-mean-square error of approximation. ^hAIC: Akaike information criterion. ⁱECVI: Expected cross-validation Index.

As correlações entre os 4 factores são significativas, em conformidade com o proposto pelos autores da escala original, e as correlações entre os factores são positivas, sendo a mais elevada verificada entre os factores Contenção (C) e Transformação (T) ($r = 0,96$) e a mais baixa entre os factores Alargamento (A) e Subordinação (S) ($r = 0,49$).

Cinco itens (itens 2, 6, 14, 16 e 21) apresentam pesos factoriais inferiores a 0,45 e precisão inferior ao valor de 0,25 desejável (Marôco, 2007).

Verificando-se um ajustamento sofrível do modelo original aos dados obtidos com a amostra portuguesa, foram analisadas as hipóteses de existência de uma estrutura unifactorial, defendida por alguns autores críticos do modelo de 4 factores ou tipos de mudança de valores (Keany & Glueckauf, 1993) e recomendada como um dos primeiros passos da análise factorial confirmatória (R. B. Kline, 2005) e, ainda, de existência de factores de segunda ordem. Os índices de ajustamento obtidos (Tabela 6.13) apontam que o melhor ajustamento, à amostra de dados portugueses, decorre do modelo de 4 factores, ainda que com uma grande aproximação aos valores obtidos com um modelo de 4 factores principais e 1 factor de segunda ordem, responsável pela explicação da correlação entre os 4 factores (R. B. Kline, 2005). A nossa opção recai sobre o modelo de 4 factores principais, em detrimento do modelo com um factor de segunda ordem, em virtude de os índices de ajustamento serem mais adequados no caso do primeiro modelo, excepto para o PCFI (*Parsimony comparative fit index*). Comparando os índices de ajustamento preditivo – AIC (*Akaike information criterion*) e ECVI (*Expected cross-validation index*) – o melhor ajustamento é também verificado no modelo de 4 factores, por apresentar valores inferiores nestes mesmos índices.

A obtenção de uma qualidade de ajustamento sofrível, aos dados recolhidos com a amostra portuguesa, aponta para a necessidade de se analisar a possibilidade de melhoria ou refinamento do modelo original (R. B. Kline, 2005; Schumacker & Lomax, 1996). Neste

sentido, analisámos, do ponto de vista estatístico (Tabela 6.14) e teórico, a qualidade do modelo de adaptação à deficiência considerando a eliminação de itens com erros correlacionados (com base no critério de índices de modificação mais elevados) (itens 1, 5, 8, 15, 17 e 20), de itens com pesos factoriais abaixo de 0,45 (itens 2, 6, 14, 16 e 21) e itens que saturam em mais do que um factor (7, 8, 11, 14, 25 e 27) (R. B. Kline, 2005; Schumacker & Lomax, 1996).

Tabela 6.14

Índices de Ajustamento resultantes do Refinamento do Modelo Estrutural de Quatro Factores da EAD-R (N = 316)

Índice de Ajustamento	Tipo de Refinamento		
	Erros correlacionados	Pesos factoriais <0,45	Saturação em mais do que um Factor
χ^2/gl	1,743	2,173	2,104
GFI ^a	0,886	0,857	0,863
AGFI ^b	0,863	0,829	0,836
RMR ^c	0,029	0,034	0,033
CFI ^d	0,917	0,890	0,879
PCFI ^e	0,826	0,806	0,792
NFI ^f	0,826	0,815	0,794
RMSEA ^g	0,049	0,061	0,059
AIC ^h	626,74	811,02	732,50
ECVI ⁱ	1,990	2,575	2,325

Nota: ^aGFI: Goodness-of-fit index. ^bAGFI: Adjusted GFI. ^cRMR: Root-mean-square residual. ^dCFI: Comparative fit index. ^ePCFI: Parsimony CFI. ^fNFI: Normed fit index. ^gRMSEA: Root-mean-square error of approximation. ^hAIC: Akaike information criterion. ⁱECVI: Expected cross-validation Index.

Do ponto de vista estatístico, o melhor refinamento do modelo é obtido com a eliminação dos itens com erros correlacionados ($\chi^2(293) = 510,74$, $p = 0,00$; $\chi^2/gl = 1,73$; $GFI = 0,886$; $AGFI = 0,863$; $RMR = 0,029$; $CFI = 0,917$; $PCFI = 0,826$; $NFI = 0,826$; $RMSEA = 0,049$; $AIC = 626,74$; $ECVI = 1,99$), ou seja, os que apresentam índices de modificação mais elevados. Ainda assim, o refinamento do modelo apenas passa de sofrível a aceitável, com os índices de ajustamento χ^2/gl , CFI e RMSEA dentro dos padrões considerados como indicando um bom ajustamento (R. B. Kline, 2005; Marôco, 2007; Schumacker & Lomax, 1996). Do ponto de vista do conteúdo dos itens, cinco dos itens (itens 1, 8, 15, 17 e 20), cuja eliminação se poderá ponderar, integram a subescala original Contenção e um item (item 5), a subescala Subordinação. Retomaremos este ponto na secção relativa à discussão dos resultados, em que detalharemos os argumentos estatísticos e teóricos que estiveram na base da decisão de manutenção da totalidade dos itens.

Para estudo da validade de constructo e verificando-se um ajustamento sofrível do modelo original de adaptação à deficiência, proposto por Groomes e Linkowski (2007), aos dados portugueses, foi igualmente desenvolvida a análise factorial exploratória sobre os dados obtidos com a amostra do presente estudo. Os dados obtidos com a análise factorial confirmatória não apenas sugerem um ajustamento sofrível dos dados portugueses, como deixam dúvidas quanto ao modelo que melhor os explica. Ou seja, não obstante os dados obtidos apontarem para a existência de um modelo de quatro factores, os índices de ajustamento obtidos para um modelo de quatro factores e um factor de segunda ordem são de valor extremamente próximo. O refinamento do modelo também não conduziu a um bom ajustamento, pelo que se impõe estudar mais aprofundadamente a estrutura factorial dos dados portugueses. A análise factorial exploratória destina-se a esclarecer as dúvidas que permanecem.

Pelo método de análise de componentes principais, sem rotação de factores, foi extraído um total de 6 factores com valores próprios (*eigenvalue*) superiores a 1. O primeiro factor é responsável pela explicação de 33,2% da variância observada. No seu conjunto, os seis factores extraídos explicam 54,81% da variância. O teste do *scree-plot*, em seguida apresentado (Figura 6.2), aponta para a retenção de 1 a 3 factores, ainda que a solução unifactorial surja como mais defensável.

Na determinação da rotação de factores a efectuar, consideramos o critério de Kaiser, mas igualmente a leitura do teste do *scree-plot* de Cattell, em virtude de não estarem reunidas condições para a utilização isolada do primeiro: não obstante a amostra ter uma dimensão superior a 250 sujeitos, a comunalidade média é inferior a 0,60 ($h^2 = 0,48$) (Field, 2000; Stevens, 1986).

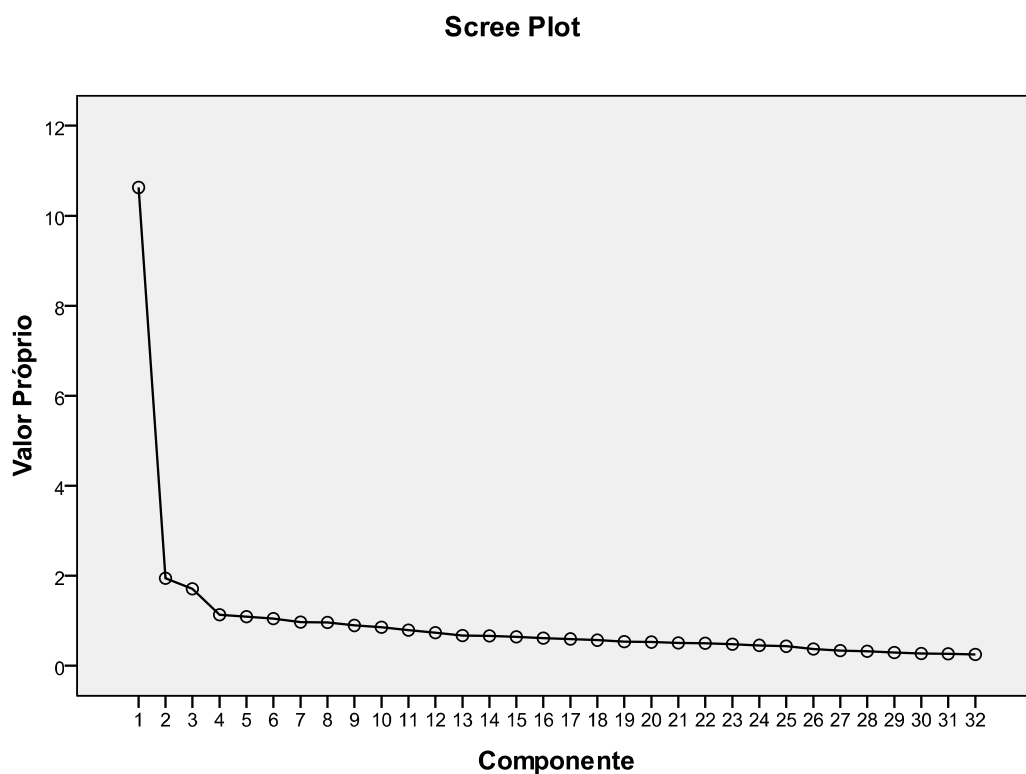


Figura 6.2. Teste do Scree Plot da EAD-R

Consideradas diversas rotações, inicialmente de 3 e 6 factores, com base nos critérios anteriormente citados, e posteriormente de 4 factores, bem como considerando a rotação efectuada pelos autores da escala (Almeida & Freire, 2007), verificou-se que a melhor solução encontrada (Tabela 6.15) resulta da rotação ortogonal de 4 factores, pelo método *Varimax*.

Esta estrutura apresenta itens com pesos factoriais aceitáveis num único factor, sendo poucos os itens que saturam em mais do que um factor (itens 8, 11, 14, 25, 27 e 29).

Não obstante os autores terem encontrado, igualmente, uma estrutura de 4 factores, esta resultou de rotação oblíqua, sustentada na relação entre factores correspondentes às mudanças de valores identificadas. Inicialmente, na presente amostra, foi estudada a rotação oblíqua, pelo método *Direct Oblimin*, em virtude das correlações significativas, a um nível de significância de 0,01 (variando de 0,37, entre os factores Alargamento e Subordinação, a 0,76, entre os factores Contenção e Transformação), verificadas entre os 4 factores encontrados (P. Kline, 1994). As correlações, mais baixa e mais elevada, aqui referidas correspondem igualmente aos extremos encontrados por Groomes e Linkowski (2007) com a ADS, de 50 itens. A opção final, como já afirmado, recaiu sobre a rotação ortogonal, em virtude de apresentar a melhor estrutura simples (P. Kline, 1994).

Todos os factores encontrados apresentam itens com pesos factoriais aceitáveis (Tabela 6.28), ou seja, superiores a 0,30 (P. Kline, 1994), sendo esta afirmação igualmente válida se considerarmos a dimensão da amostra (Stevens, 1986). A comunalidade média é moderada ($h^2 = 0,48$) e a comunalidade mais elevada, próxima de um nível bom (Fabrigar, Wegener, MacCallum, & Strahan, 1999), é encontrada no item 8 ($h^2 = 0,65$), da subescala Contenção.

Tabela 6.15

Comunalidades e Pesos Factoriais da EAD-R com Rotação Ortogonal Varimax

Item	Comunalidade	Factor			
		1	2	3	4
1	0,43	0,63	0,10	0,07	0,15
2	0,19	0,37	0,17	0,06	0,14
3	0,33	0,22	0,15	0,51	-0,02
4	0,56	0,05	0,64	0,31	0,21
5	0,58	0,11	0,09	0,07	0,75
6	0,39	-0,18	0,24	0,48	0,26
7	0,46	0,30	0,43	0,24	0,36
8	0,65	0,55	0,56	0,09	0,15
9	0,56	0,33	0,17	0,08	0,64
10	0,56	0,29	0,60	0,22	0,25
11	0,59	0,45	0,50	0,33	0,18
12	0,47	0,38	0,15	0,55	0,00
13	0,54	0,07	0,63	0,27	0,26
14	0,37	0,43	0,42	-0,09	0,06
15	0,53	0,64	0,32	0,14	0,05
16	0,39	-0,02	0,11	0,62	0,03
17	0,56	0,69	0,02	0,21	0,21
18	0,38	0,15	0,16	0,53	0,23
19	0,50	0,34	0,60	0,15	0,06
20	0,57	0,60	0,38	0,23	0,13
21	0,33	0,12	0,03	0,52	0,19
22	0,58	0,65	0,25	0,21	0,23
23	0,41	0,49	0,20	0,10	0,35
24	0,44	0,26	0,27	0,06	0,55
25	0,44	0,43	-0,03	0,50	-0,09
26	0,50	0,51	0,14	0,20	0,43
27	0,57	0,44	0,51	0,26	0,21
28	0,49	0,14	0,32	0,58	0,19
29	0,52	0,53	0,19	0,44	-0,09
30	0,58	0,33	0,52	0,39	0,23
31	0,46	0,04	0,18	0,15	0,64
32	0,45	0,16	0,18	0,62	0,06

A estrutura factorial encontrada, através da análise factorial exploratória (Tabela 6.16), não obstante o método de rotação diverso, apresenta semelhanças com a encontrada pelos autores. Assim sendo, e considerando a análise sobre o conteúdo dos itens que compõem os factores obtidos, foram mantidas as designações propostas por B. A. Wright (1983) e que correspondem às quatro mudanças de valores identificadas – Contenção, Transformação, Alargamento e Subordinação.

Tabela 6.16

Estrutura Factorial, Variância e Variância Média Extraída (VEM) da Amostra da EAD-R (N = 316)

Factor	Itens	Variância	VEM
Contenção	1, 2, 14, 15, 17, 20, 22, 23, 26, 29	33,21	0,32
Transformação	4, 7, 8, 10, 11, 13, 19, 27, 30	6,06	0,31
Alargamento	3, 6, 12, 16, 18, 21, 25, 28, 32	5,34	0,30
Subordinação	5, 9, 24, 31	3,54	0,42
Total		48,15	

O factor 1 – Contenção – passa assim a ser composto por 5 itens (itens 1, 15, 17, 20 e 22) que anteriormente integravam o factor com igual designação; 3 itens (itens 2, 23 e 26) que integravam o factor Transformação; 1 item (item 14) que integrava a Subordinação e 1 item referente ao Alargamento (item 29). Considerando o conteúdo dos itens inicialmente representativos de outros factores, verifica-se que estes apontam igualmente o comportamento de contenção dos efeitos da deficiência e incapacidade em áreas como o funcionamento psicológico, a auto-estima ou o desempenho comportamental. Referências de conteúdo como “sou incapaz de fazer coisas” (item 2), “pior coisa que pode acontecer a uma pessoa” (item 23) e “seria uma pessoa muito melhor se não tivesse uma deficiência” (item 26) terão,

possivelmente, sido lidas pelos sujeitos como ilustrando a generalização/contenção dos efeitos da deficiência à totalidade da pessoa que caracteriza o valor Contenção. O item 14 (“Uma deficiência física afecta o funcionamento psicológico de uma pessoa”), originalmente conotado no factor Subordinação, contém, também, indicadores da generalização/contenção destes mesmos efeitos, em particular, face ao domínio psicológico.

O segundo factor – Transformação passa a conter 5 itens (itens 4, 7, 10, 13 e 19) igualmente já contidos neste factor, na escala original e 4 itens (itens 8, 11, 27 e 30) relativos ao factor Contenção da versão original da EAD-R. O conteúdo dos 4 itens, inicialmente presentes no factor Contenção, apela para a emoção de tristeza sentida pelos sujeitos em função do confronto com a deficiência e incapacidade, um dos principais indicadores presentes nos processos de adaptação descritos pela maioria dos modelos abordados anteriormente. O carácter híbrido deste factor parece apontar para dois momentos no processo de transformação: aquele em que os sentimentos de tristeza poderão estar mais presentes e o de avaliação de recursos existentes e emergentes e do desempenho neles sustentado.

O factor Alargamento mantém 8 dos seus itens originais (itens 3, 6, 12, 16, 18, 21, 25 e 32) e adquire 1 item (item 28) do factor Transformação da versão original da EAD-R, o que o torna o segundo factor mais puro deste subconjunto. A integração do item 28 parece-nos igualmente coerente, na medida em que o seu conteúdo reporta à diversidade de desempenhos bem sucedidos (“As pessoas com deficiência são capazes de se sair bem de muitas formas”) e que os sujeitos portugueses terão, possivelmente e de modo mais lato, interpretado como ser-se bem sucedido em vários domínios, ou seja, alargando as áreas de desempenho a outras que não as afectadas pela deficiência.

Finalmente, o factor Subordinação mantém 4 dos seus itens originais (itens 5, 9, 24 e 31), não assumindo itens de outros factores, o que o torna o mais puro deste conjunto. Os itens

contidos neste factor, à semelhança do proposto por B. A. Wright (1983), apelam à importância da aparência e capacidade físicas na vida das pessoas com deficiência e incapacidade.

Recorde-se que, tal como tivemos oportunidade de afirmar anteriormente, a interdependência entre as quatro mudanças de valores é reconhecida por B. A. Wright (1983), atribuindo-se um papel transversal do factor Transformação relativamente às três restantes categorias de valores. Assim, compreende-se que itens inicialmente classificados por Groomes e Linkowski (2007) nesta categoria possam surgir, na presente amostra, associados a outros factores (Contenção e Alargamento). As correlações entre os quatro factores encontrados corroboram também a noção de interdependência já assinalada, sendo o factor Transformação que, sistematicamente, apresenta correlações significativas mais elevadas com os restantes factores.

De salientar que os factores híbridos – Contenção e Transformação – são os que apresentam uma maior correlação significativa ($r = 0,76$) entre si, confirmando a proximidade dos conceitos avaliados e justificando a transferência de itens entre si. Os dados obtidos apontam para que, comportamentalmente, à medida que o sujeito circunscreve e limita os efeitos da deficiência, passe a usar recursos que efectivamente lhe permitam viver uma vida com deficiência e incapacidade, abandonando outros, mais ineficazes, que recordam a incapacidade e o diminuem face à população sem deficiência.

Alargamento e Subordinação apresentam-se como factores puros. Embora o Alargamento, conceptualmente, possa conter a minimização dos efeitos físicos da deficiência, avaliados pelo factor Subordinação, vai para além desta dimensão física, espelhando o desempenho e o sucesso em múltiplas áreas de vida. Esta leitura é corroborada pela baixa, mas significativa correlação encontrada entre os factores ($r = 0,37$). Embora o factor Alargamento possua correlações positivas e significativas, e mais elevadas, com os factores Transformação

($r = 0,64$) e Contenção ($r = 0,56$), apresenta-se como um factor específico, dado o conteúdo dos seus itens apelar, muitas das vezes, para a obtenção de sucesso numa vida global com deficiência e incapacidade. O factor Subordinação adquire, possivelmente, o seu carácter puro, na presente amostra, por apelar de forma clara e transparente à análise das implicações físicas da deficiência e incapacidade.

Na estrutura factorial obtida com a análise factorial exploratória, metade dos itens (1, 2, 3, 6, 7, 12, 14, 16, 18, 21, 23, 24, 25, 28, 31 e 32) apresenta comunalidades inferiores a 0,50. Na generalidade, os itens apresentam comunalidades moderadas, embora os itens 2, 3, 6, 14, 16, 18 e 21 se encontrem abaixo do valor crítico de 0,40 (Fabrigar et al., 1999). O item 8 apresenta a comunalidade mais elevada (0,65) e o item 2 a mais baixa (0,19). Como esperável, este último item é o que apresenta, igualmente, menor peso factorial (0,39). A comunalidade média ($h^2 = 0,48$) é, igualmente, de nível moderado.

Os 4 factores principais explicam 48,15% da variância, sendo que o primeiro factor é responsável por 33,21% (Tabela 6.16). O valor total de variância explicada encontra-se dentro dos limites expectáveis, ou seja, próximo de 50% (Tinsley & Tinsley, 1987).

Para avaliação da validade de constructo procedemos, também, ao cálculo da variância extraída média (Tabela 6.16). Verificou-se que os valores obtidos se situam abaixo do valor crítico de 0,50 proposto por Fornell e Larcker (1981), sendo o factor Subordinação o que apresenta um valor mais aproximado (0,42) face a este critério.

Em síntese e concretizadas as análises factoriais exploratória e confirmatória, verifica-se alguma divergência entre a estrutura original da EAD-R e a obtida com os dados da análise factorial exploratória, sendo as diferenças mais acentuadas encontradas nos factores híbridos – Contenção e Transformação – tal como já tivemos oportunidade de sublinhar. Verificando-se

que a análise factorial confirmatória aponta para um ajustamento sofrível do modelo de 4 factores aos dados portugueses, consideramos que a estrutura factorial que melhor descreve os dados obtidos com a amostra portuguesa corresponde à resultante da análise factorial exploratória, correspondendo, igualmente a uma estrutura de 4 factores principais.

6.4.1.3. *Validade relativa a um Critério Externo: Grupos Contrastantes*

Procedeu-se, ainda, ao estudo da capacidade discriminante da EAD-R, recorrendo, para tal à análise de diversos critérios relacionados com características da amostra, e de entre estes os mais referidos na literatura como tendo potencial influência sobre a adaptação (natureza da deficiência, tempo de aquisição, idade do sujeito, entre outros) (Berglund et al., 2003; D. S. Dunn, 1996; Ford et al., 2001; Hampton & Crystal, 1999; Joiner et al., 1989; Krause, 1998; Li & Moore, 1998; Livneh et al., 1999; Livneh et al., 2001; Livneh et al., 2004; Lucas, 2007; MacLeod & MacLeod, 1998; Martz, 2004; Martz et al., 2005; Martz et al., 2009; Pakenham, 1999; Revenson & Felton, 1989; Woodrich & Patterson, 1983).

No que diz respeito à natureza da deficiência – congénita ou adquirida, observou-se, pela aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov, com correcção de Lilliefors, que a variável adaptação à deficiência não segue uma distribuição normal (Anexo M). Aplicado o teste de Wilcoxon-Mann-Whitney, para comparação das ordens médias, verifica-se a capacidade da EAD-R para discriminar pessoas com deficiência congénita e adquirida, a um nível de significância de 0,001 ($U = 9020,5$; $W = 29726,5$; $p = 0,002$), sendo que as pessoas com deficiência congénita revelam maior capacidade adaptativa.

Em particular no caso das pessoas com deficiência adquirida, e considerando o tempo decorrido desde a sua aquisição, foi verificada (teste de Kolmogorov-Smirnov, com correção de Lilliefors) a inexistência de uma distribuição normal da variável adaptação à deficiência (Anexo M). Aplicado o teste de Kruskal-Wallis verifica-se, a um nível de significância de 0,05, que existem diferenças significativas entre os valores médios de adaptação à deficiência ($\chi^2_{kw}(5) = 14,54, p = 0,013$), observando-se, pela aplicação do teste de LSD de Fisher (Anexo N), que estas são devidas a diferenças entre o grupo cuja aquisição se verificou há menos de 5 anos e os grupos cuja aquisição se verificou entre 11 a 20 anos ($p = 0,004$), entre 21 a 30 anos ($p = 0,004$) e entre 31 e 40 anos ($p = 0,006$), sendo que estes três últimos grupos não divergem entre si. O grupo cuja aquisição se verificou entre 6 a 10 anos diverge, também, significativamente, dos grupos com aquisição entre 11 e 20 anos ($p = 0,045$) e entre 21 a 30 anos ($p = 0,041$). Ou seja, as diferenças observadas residem na adaptação verificada entre os sujeitos que vivem há menos tempo (até 10 anos, inclusive) com a deficiência e que revelam níveis de adaptação mais baixos, e os que já têm um período de adaptação mais longo (entre 11 a 40 anos), ainda que não correspondente ao limite máximo (41-50 anos) verificado na presente amostra.

Considerando a principal limitação sinalizada pelos sujeitos, foi verificado, pela aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov, com correção de Lilliefors (Anexo M), que as respostas dos sujeitos por grupo não seguem uma distribuição normal. Aplicado o teste de Kruskal-Wallis, constata-se, a um nível de significância de 0,01, que os grupos diferem quanto ao nível de adaptação, em função da principal limitação detida ($\chi^2_{kw}(8) = 24,41; p = 0,002$). Constata-se (Anexo O) que os níveis de adaptação das pessoas com alterações no sistema nervoso diferem significativamente das que possuem alterações no olho ($p = 0,002$) e nas funções relacionadas com o movimento ($p = 0,000$). Por sua vez, estas últimas diferem, também, significativamente das que possuem alterações no sistema genitourinário ($p = 0,044$).

Os níveis de adaptação mais elevados e por ordem decrescente, são observados nas limitações relacionadas com o movimento, com o olho e com o sistema genitourinário.

A variável adaptação à deficiência segue uma distribuição normal (teste de Kolmogorov-Smirnov, com correcção de Lilliefors) (Anexo M) em função do critério idade do sujeito e as variâncias, entre os diversos escalões etários, são homogéneas ($p = 0,33$), de acordo com o teste de Levene. Verifica-se, através da aplicação da ANOVA, existirem diferenças significativas entre os quatro escalões etários definidos para a amostra ($F(3) = 3,33$, $p = 0,02$), a um nível de significância de 0,05, diferenças estas verificadas, através do teste de Tukey (Anexo P), entre o grupo com idade dos 25 aos 44 anos e o grupo com mais de 65 anos ($p = 0,028$), com os primeiros a apresentarem níveis de adaptação mais elevados.

A adaptação à deficiência segue, também, uma distribuição normal por estatuto face ao emprego, verificada através do teste de Kolmogorov-Smirnov, com correcção de Lilliefors (Anexo M) e foi verificada a homogeneidade das variâncias ($p = 0,557$), com o teste de Levene. Com a aplicação da ANOVA, foram verificadas diferenças significativas, a um nível de significância de 0,01, nos níveis de adaptação evidenciados pelos diversos grupos ($F(5) = 3,62$, $p = 0,003$), decorrentes das diferenças entre o grupo de pessoas empregadas e as que se encontravam desempregadas há mais de um ano e verificadas pela aplicação do teste de Tukey (Anexo Q). As pessoas empregadas evidenciaram níveis de adaptação à deficiência mais elevados.

Considerando o nível de habilitações académicas, foi verificada, com a aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov, com correcção de Lilliefors (Anexo M), a normalidade da distribuição da variável adaptação à deficiência. Pela aplicação da ANOVA, foi verificada a existência de diferenças entre os valores médios dos diversos grupos ($F(6) = 3,21$, $p = 0,005$), decorrendo as diferenças do facto de os bacharéis e licenciados apresentarem níveis de

adaptação mais elevados ($p = 0,20$) do que as pessoas com o 1º ciclo do ensino básico, de acordo com o teste de Tukey (Anexo R), a um nível de significância de 0,05.

Finalmente, e considerando que alguma da literatura acedida aponta para a existência de níveis de adaptação à deficiência em função da variável género (Hampton & Crystal, 1999; Martz et al., 2009), analisamos a capacidade de discriminação da EAD-R a este propósito. Considerando o critério género, foi verificada a distribuição normal da variável adaptação (Anexo M), pela aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov, com correcção de Lilliefors, e a homogeneidade das variâncias ($p = 0,679$), com o teste de Levene. Aplicado o teste *t-Student* para comparação das médias, verificou-se a inexistência de diferenças significativas entre os sujeitos do sexo masculino e feminino ($t(314) = -0,06, p = 0,952$).

6.4.1.4. Precisão

A estimativa da precisão foi, inicialmente, calculada, para a amostra de 316 sujeitos, com recurso ao alfa de Cronbach, obtendo-se uma consistência interna de 0,93. Tendo sido obtida uma estrutura de 4 factores, correspondentes a subescalas, procedemos igualmente ao cálculo do alfa estratificado, obtendo-se um valor de 0,94, muito próximo do valor obtido com a estimação anterior.

Analisada a consistência interna das quatro subescalas obtidas, após rotação ortogonal de factores, foram verificados valores de alfa indicadores de uma precisão aceitável a boa ($\alpha_{\text{Contenção}} = 0,85$; $\alpha_{\text{Transformação}} = 0,89$; $\alpha_{\text{Alargamento}} = 0,78$ e $\alpha_{\text{Subordinação}} = 0,71$) (Marôco & Garcia-Marques, 2006). A eliminação de itens não faz aumentar o alfa de Cronbach de qualquer uma das subescalas. Os valores encontrados, no presente estudo, quanto à precisão das subescalas, diferem ligeiramente dos obtidos por Groomes e Linkowski na análise da versão original da

EAD-R, em três das subescalas ($\alpha_{\text{Contenção}} = 0,88$; $\alpha_{\text{Transformação}} = 0,88$; $\alpha_{\text{Alargamento}} = 0,82$), tendo sido obtido exactamente o mesmo valor para a subescala Subordinação ($\alpha_{\text{Subordinação}} = 0,71$).

A aplicação do teste-reteste seguiu o mesmo procedimento descrito para o QCP e foi desenvolvida com o mesmo grupo de 30 sujeitos, ocorrendo, tal como o QCP, em média 32,9 dias ($DP = 4,21$) após a aplicação inicial, com uma única excepção em que a recepção da resposta ocorreu passados 45 dias. Com o teste-reteste foi obtido um coeficiente de Pearson $r = 0,74$, a um nível de significância de 0,01. Na globalidade, os dados obtidos apontam para uma consistência interna boa, sendo que o teste-reteste aponta para um nível baixo (Marôco & Garcia-Marques, 2006), ainda que aceitável face aos objectivos da presente investigação (Nunnally & Bernstein, 1994).

6.4.1.5. Análise dos itens

A caracterização descritiva dos itens da EAD-R encontra-se na Tabela 6.17. Os valores médios por item variam entre um mínimo de 2,57 e um máximo de 3,5, não se verificando elevada dispersão nas respostas (DP varia entre 0,60 e 1,01).

A moda varia entre 2 e 4, sendo que apenas o item 14 apresenta o valor mais baixo. A maior parte dos itens apresenta um valor de moda de 3, indicador de concordância com a informação contida no item.

Na globalidade, os itens da escala apresentam boa sensibilidade, sendo que os coeficientes de assimetria variam entre 0,12 e 1,21 e os de achatamento entre 0,03 e 1,86.

A distribuição dos itens 1, 14, 22, 24, 29 e 31 segue uma distribuição do tipo normal.

Tabela 6.17

Análise dos Itens da EAD-R (N = 316)

Item	M	Mo	DP	As^a	Cu^b	Correlação Item- Total Corrigida	Alfa de Cronbach se Item Eliminado
1	2,76	3	0,86	-0,34	-0,47	0,49	0,93
2	2,69	3	0,92	-0,12	-0,85	0,37	0,93
3	3,11	3	0,73	-0,57	0,24	0,40	0,93
4	3,33	4	0,71	-0,84	0,45	0,55	0,93
5	2,93	3	0,85	-0,54	-0,22	0,40	0,93
6	3,50	4	0,60	-0,90	0,80	0,31	0,93
7	3,01	3	0,89	-0,55	-0,53	0,61	0,93
8	2,85	3	0,89	-0,44	-0,52	0,68	0,93
9	2,80	3	1,00	-0,44	-0,84	0,53	0,93
10	3,27	4	0,81	-1,01	0,58	0,65	0,93
11	3,13	4	0,89	-0,86	0,03	0,72	0,93
12	3,21	3	0,75	-0,74	0,28	0,52	0,93
13	3,29	3	0,75	-1,00	0,91	0,56	0,93
14	2,33	2	0,88	0,40	-0,47	0,42	0,93
15	2,81	3	0,90	-0,31	-0,68	0,60	0,93
16	3,48	4	0,66	-1,21	1,86	0,31	0,93
17	2,62	3	0,92	-0,14	-0,81	0,57	0,93
18	3,25	3	0,71	-0,78	0,60	0,47	0,93
19	3,21	3	0,67	-0,53	0,39	0,57	0,93
20	3,04	3	0,79	-0,60	0,11	0,67	0,93
21	3,23	3	0,68	-0,83	1,36	0,37	0,93
22	2,86	3	0,82	-0,34	-0,39	0,67	0,93
23	3,07	3	0,94	-0,84	-0,14	0,54	0,93
24	2,92	3	0,88	-0,49	-0,47	0,49	0,93
25	3,04	3	0,86	-0,60	-0,33	0,41	0,93
26	2,57	3	1,01	-0,18	-1,02	0,60	0,93
27	3,15	3	0,78	-0,87	0,73	0,70	0,93
28	3,41	4	0,65	-0,94	1,03	0,55	0,93
29	2,83	3	0,80	-0,33	-0,32	0,55	0,93
30	3,36	4	0,73	-1,08	1,07	0,70	0,93
31	3,04	3	0,80	-0,49	-0,29	0,39	0,93
32	3,28	3	0,70	-0,61	-0,12	0,46	0,93

Nota: ^a As: Assimetria. ^b Cu: Curtose.

A avaliação do poder discriminativo dos itens foi, ainda, estudada analisando a correlação item-teste corrigida, verificando-se que todos os itens se encontram acima do valor crítico de 0,30, apontado por Nunnally e Bernstein (1994), sendo as correlações menores, e de nível moderado, encontradas nos itens 6 e 16 (0,31).

Para além da correlação com o total da escala, foi analisada a correlação de cada item com o total da sua subescala de pertença. No que concerne à subescala Contenção, 5 (itens 2, 20, 23, 26 e 29) dos seus 10 itens apresentam uma correlação com a subescala menor do que com o resultado global da EAD-R, variando esta diferença entre 0,01 e 0,05, sendo que a eliminação de qualquer um faz diminuir o alfa de Cronbach da subescala. Os itens 14 e 22 apresentam igual correlação com o total da escala e da subescala. A subescala Transformação apresenta idêntico cenário em 4 (itens 7, 11, 27 e 30) dos seus 9 itens, mas com uma variação entre 0,01 e 0,03, verificando-se, igualmente, que a sua eliminação faz baixar o alfa de Cronbach da subescala. Todos os itens da subescala Alargamento apresentam uma maior correlação com a sua subescala do que com o resultado global da EAD-R. Por fim, e relativamente à subescala Subordinação, apenas um item (item 24) apresenta uma menor correlação com a sua subescala, na ordem de 0,01 e a sua eliminação diminui o alfa de Cronbach da subescala. O item 9 desta subescala apresenta igual correlação com o total da EAD-R e da subescala.

Foi efectuada idêntica caracterização descritiva, considerando os 4 factores encontrados, após rotação ortogonal e a sua organização em subescalas, observando-se os resultados apresentados na Tabela 6.18. O valor médio mais elevado ($M = 29,51$) é observado na subescala Alargamento e o menor na subescala Subordinação ($M = 11,70$), o que se compreende pela sua menor dimensão. A dispersão mais elevada verifica-se na subescala Contenção ($DP = 5,74$), esperável face ao maior número de itens que a compõe. O resultado total médio da presente amostra é de 94 ($DP = 14$).

Tabela 6.18

Análise das Subescalas da EAD-R (N = 316)

Subescala	Nº Itens	M	DP	As^a	Cu^b
Contenção	10	27,58	5,74	-0,22	-0,39
Transformação	9	28,61	5,18	-0,73	0,33
Alargamento	9	29,51	3,80	-0,19	-0,68
Subordinação	4	11,70	2,58	-0,26	-0,38

Nota: ^a As: Assimetria. ^b Cu: Curtose.

Na generalidade das quatro subescalas não são detectadas dificuldades de sensibilidade na discriminação dos sujeitos. Os resultados das subescalas Contenção ($As = -0,22$; $Cu = -0,39$) e Subordinação ($As = -0,26$, $Cu = -0,38$) apresentam uma distribuição do tipo normal.

6.4.2. Inventário de Avaliação Funcional (IAF)

6.4.2.1. Estudo dos omissos

Tal como já tivemos oportunidade de referir, aquando da caracterização da amostra de técnicos participantes no IAF, as respostas omissas com uma percentagem superior a 20, na 1ª parte do Inventário (30 itens iniciais), correspondem à participação de uma única técnica, com formação em Fisioterapia e intervenção na área da espondilite anquilosante, com sujeitos considerados inactivos na sua condição face ao emprego, hetero-avaliado, de reformado. Destaque-se que grande parte das respostas omissas ocorre na subescala Qualificações Profissionais, o que se encontra em consonância com a condição de inactividade face ao

emprego referida pela técnica participante, não se aplicando uma avaliação das competências dos sujeitos neste domínio e em outros com ele relacionados (ex. comportamento adaptativo face ao emprego).

Considerando a amostra remanescente de 213 participações, e no que concerne à 1ª parte do IAF (30 itens relativos a competências pessoais, factores sociais e profissionais que, segundo os autores do instrumento, avaliam a funcionalidade para o trabalho), foi verificada a existência de omissos em 27 delas, sendo que de entre estas, 5 apresentavam um total de omissos situados entre 10 e 19% e as restantes 22 participações encontravam-se abaixo deste valor. Os itens com maior número de respostas omissas correspondiam aos itens 21 (Desincentivos Económicos, 2,8%); 25 (Suporte Social, 2,8%); 11 (Velocidade Motora, 2,3%); 18 (Aceitação pelos Empregadores, 2,3%) e 17 (Histórico de Trabalho, 1,9%).

Aplicado o teste de Little (*Little MCAR test*), verificou-se que os dados não são MCAR (*missing completely at random*) ($\chi^2(533) = 640,36, p = 0,001$). Foram, nesta sequência, analisadas algumas variáveis sociodemográficas classificatórias ou auxiliares (Collins, Schafer, & Kam, 2001; Schlomer et al., 2010) e a sua relação com o tipo de omissos, com vista à pesquisa de um eventual padrão de distribuição (Little & Rubin, 2002; Schafer & Graham, 2002). Analisada a relação entre a variável idade do sujeito avaliado (dividida em quatro classes: 16-24 anos; 25-44 anos; 45-64 anos e mais de 65 anos, correspondentes aos grupos etários definidos para os Censos 2001, e aos quais se acrescentou a alteração de subdivisão do grupo mais extenso (dos 25 aos 64 anos) em partes iguais e se retirou o escalão dos 0 aos 15 anos por não corresponder à idade legal para trabalho) e a variável tipo de omissos (0 = 0 omissos; 10 = até 10% de respostas omissas e 20 = entre 11 e 19% de respostas omissas), com recurso ao teste do Qui-Quadrado, verificou-se existirem diferenças significativas ($\chi^2(6) = 17,2, p = 0,009$), ou seja, as duas variáveis não são independentes e os dados não são MCAR face à idade. A estratégia de estimação dos omissos, nos itens relativos às 30 competências

sobre a funcionalidade, teve, então, em consideração a variável idade (Little & Rubin, 2002). O grupo etário que mais contribuiu para o total de omissos foi o dos 25 aos 44 anos.

Dado que os valores de omissos superiores a 20%, de acordo com o relato da técnica inquirida, pareciam estar relacionados com a situação dos sujeitos face ao emprego, procedemos igualmente à análise da independência entre esta variável e o tipo de omissos, com recurso ao teste do Qui Quadrado. Não foram verificadas diferenças significativas, ($\chi^2(12) = 15,03, p = 0,24$), entre o tipo de omissos por categoria de situação face ao emprego (nunca trabalhou; desempregado há menos de um ano; desempregado há mais de um ano; empregado, instalado por conta própria ou reformado) na amostra estudada.

A estimação dos omissos, por escalão etário, recorreu ao método da regressão, dado que em cada escalão etário se verificou que os dados omissos eram aleatórios (Heitjan, 1997; Roth, 1994), de acordo com o teste de Little efectuado para cada subgrupo (Escalão dos 16 aos 24 anos: $\chi^2(141) = 134,71, p = 0,64$; Escalão dos 25 aos 44 anos: $\chi^2(284) = 297,45, p = 0,28$; Escalão mais de 45 anos: $\chi^2(252) = 262,02, p = 0,32$). Dada a reduzida dimensão ($n = 7$) do último escalão etário criado (mais de 65 anos), adicionámos os sujeitos desta categoria (Marôco, 2007) à imediatamente anterior (escalão dos 45 aos 64 anos), por forma a cumprir os critérios de aplicação do teste de Qui Quadrado ($n > 20$). Em suma, verificou-se que os dados não são MCAR face à totalidade das observações, mas distribuem-se aleatoriamente pelas subamostras de escalão etário (*MAR: missing at random*). Com recurso ao método de regressão, optou-se, pelo ganho da não eliminação de sujeitos decorrente de outras técnicas de tratamento de omissos e pela correcção dos dados estimados (preservando os desvios face à média e a distribuição), ainda que esta técnica possa aumentar a clareza da estrutura factorial da matriz de dados, uma vez que os dados estimados decorrem da relação com outra variável (Roth, 1994), neste caso, em particular, a idade.

A análise e estimação de omissos considerou distintamente as 1ª e 2ª partes do instrumento, em virtude de o seu conteúdo diferir estruturalmente e também quanto à escala de cotação. Correspondendo o cerne do instrumento à 1ª parte do mesmo, todos os sujeitos cuja participação foi eliminada face ao elevado número de omissos nesta parte, foram também desde logo excluídos relativamente à análise de omissos da 2ª parte. Ou seja, sendo a 2ª parte do instrumento um complemento da avaliação da funcionalidade (1ª parte), através do despiste da existência de pontos fortes de empregabilidade, a sua análise isolada não fará sentido, considerando os objectivos do presente estudo.

Assim e no que concerne à 2ª parte do instrumento, relativa aos 12 pontos fortes relevantes no domínio da empregabilidade, verificou-se que 6 sujeitos apresentavam respostas omissas, por item, até 20% [5 apresentavam 1 omissos (8,3%) e 1 apresentava 2 omissos (16,3%)]. Um sujeito apresentava 25% de respostas omissas (correspondente a omissos em 3 itens). Por item, e considerando que apenas 7 sujeitos da amostra deram respostas omissas nesta 2ª parte, foram verificadas omissões nos itens 33 – Competência profissional procurada pelos empregadores (0,94%); 34 – Formação escolar (0,94%); 40 – Autonomia nas deslocações (0,45%); 41 – Autonomia na utilização de serviços (0,45%) e 36 – Rede de pessoas de apoio (1,89%). Face à reduzida percentagem de omissão, por item, não se colocou a necessidade de eliminação ou imputação por categoria. A participação do sujeito com respostas omissas de 25% na 2ª parte do instrumento foi mantida apenas no que concerne à sua resposta à 1ª parte do instrumento, eliminando-se a 2ª, ou seja, as respostas relativas aos pontos fortes. Analisados os dados remanescentes e efectuado o teste de Little, verificou-se que os dados são MCAR (*missing completely at random*) ($\chi^2(54) = 66,14, p = 0,124$), pelo que optámos pela atribuição dos valores omissos por recurso à regressão (Heitjan, 1997; Roth, 1994).

Finalmente, no que concerne à 3ª parte do IAF, contendo 3 questões sobre severidade da deficiência e probabilidade de obtenção e de manutenção de emprego, verificou-se que 7

sujeitos apresentavam respostas omissas na ordem dos 100%. Por este grupo de questões se encontrar no final da última página do instrumento, acreditamos que, eventualmente, terá sido alvo de esquecimento. Em consequência, procedeu-se à eliminação desta parte nestes 7 casos.

Também nesta 3ª parte, não se verificaram valores de omissos, por item, superiores a 20% pelo que não se revelou necessário ponderar a eliminação de itens.

6.4.2.2. *Validade de constructo*

Para estudo da validade de constructo recorreremos à análise factorial dos 30 itens da 1ª parte do inventário. O cálculo da medida de adequação de Kaiser-Meyer-Olkin revelou uma correlação inter-itens média a elevada ($KMO = 0,79$) (Marôco, 2007). O teste de esfericidade de Bartlett indica, igualmente, que os itens estão correlacionados ($\chi^2(435) = 2427,40, p = 0,00$) a um nível de significância de 0,001, pelo que é admissível a análise factorial (Stevens, 1986).

Pelo método de análise de componentes principais, sem rotação de factores, foi extraído um total de 9 factores com valores próprios (*eigenvalue*) superiores a 1. A aplicação do teste de Cattell, do *scree-plot*, em seguida apresentado (Figura 6.3), indica a retenção de entre 3-4 a 7 factores, estando esta última solução em continuidade com o proposto pelos autores do instrumento.

Considerou-se que não estavam reunidas condições para utilização isolada do critério de Kaiser: o número de variáveis é igual a 30 e algumas comunalidades são inferiores a 0,70 e, por outro lado, a amostra tem uma dimensão inferior a 250 ($N = 213$), ainda que a comunalidade média seja superior a 0,60 ($h^2 = 0,66$) (Field, 2000; Stevens, 1986). Em consequência, para determinação do número de factores a reter, pesamos quer este critério,

quer o teste do *scree-plot* (P. Kline, 1994). Ponderando, igualmente, o *ratio* proposto por Stevens (1986) entre número de factores e número de variáveis, optámos, inicialmente, pela análise da estrutura de 7 factores com um *ratio* inferior a 0,30 (0,23). Não obstante, também se efectuaram e compararam soluções de 3 e 4 factores.

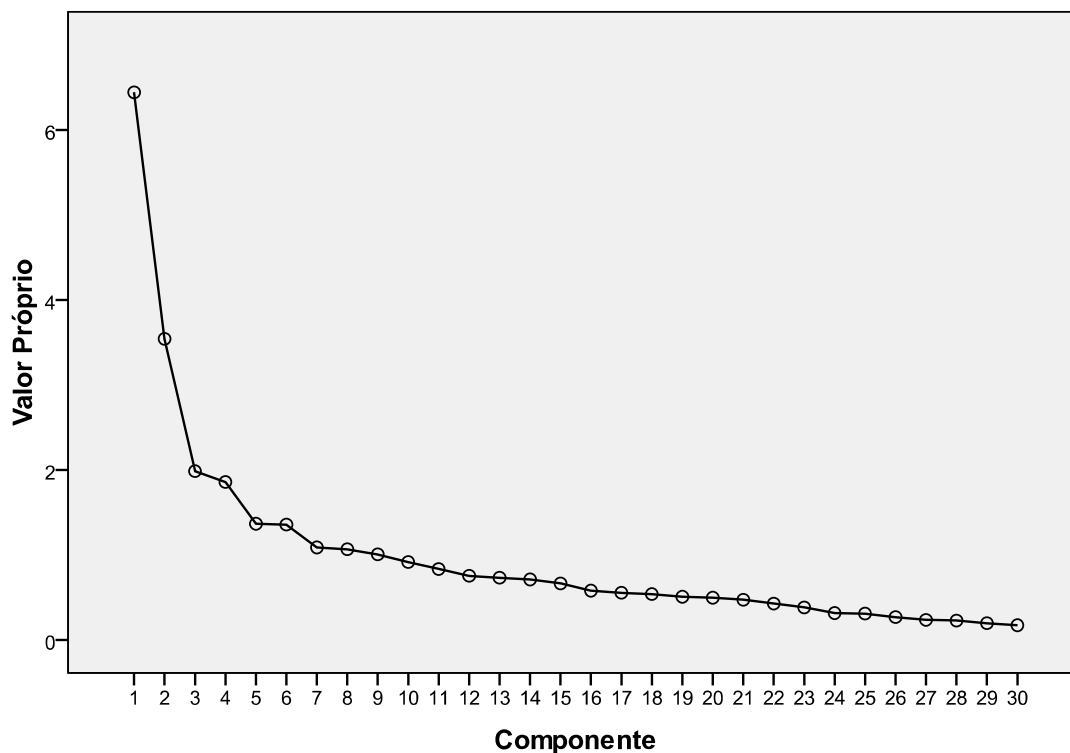


Figura 6.3 *Teste do Scree-Plot do IAF*

Considerando que os autores do IAF assinalam que os diversos factores se correlacionam entre si, efectuámos, inicialmente, rotação recorrendo ao método *Direct Oblimin*, com normalização de Kaiser (Fabrigar et al., 1999; Kline, P., 1994) para as soluções de 7, 3 e 4 factores, seguindo as indicações contidas nos diversos critérios já explicitados.

Não se encontrando uma estrutura simples que permita a compreensão dos resultados e depois de igualmente experimentadas as rotações ortogonais para o mesmo número de factores, foram tentadas outras soluções factoriais, verificando-se que a solução mais interpretável e

mais simples corresponde à estrutura de 6 factores (Tabela 6.19), com rotação ortogonal, pelo método *Varimax*, ainda que esta não cumpra, na íntegra, os cinco critérios de Thurstone de estrutura simples (ex. inexistência de um zero em todas as linhas da matriz rodada) (P. Kline, 1994).

Tabela 6.19

Comunalidades e Pesos Factoriais do IAF com Rotação Ortogonal Varimax

Item	Comunalidade	Componente					
		1	2	3	4	5	6
1. Aprendizagem	0,61	0,51	-0,02	-0,03	0,26	0,27	0,42
2. Leitura e Escrita	0,69	0,12	0,02	-0,01	0,20	0,26	0,57
3. Memória	0,64	0,63	0,05	-0,11	0,24	0,22	0,32
4. Percepção Espacial	0,76	0,24	0,01	-0,02	0,73	0,02	0,23
5. Visão	0,80	-0,11	-0,05	0,14	0,81	-0,11	-0,04
6. Audição	0,87	-0,14	-0,22	-0,02	-0,01	0,08	0,36
7. Fala	0,71	0,10	0,27	0,26	-0,08	-0,04	0,70
8. Comunicação	0,68	-0,02	0,21	-0,01	-0,02	0,07	0,68
9. Extremidade Superior	0,74	-0,06	0,67	0,23	-0,24	-0,05	0,21
10. Mãos	0,81	-0,09	0,67	0,18	-0,09	-0,08	0,17
11. Velocidade Motora	0,72	0,10	0,79	0,03	-0,01	0,13	0,07
12. Mobilidade	0,81	-0,03	0,77	0,06	0,34	0,07	-0,05
13. Esforço Físico	0,70	-0,05	0,79	-0,02	0,07	0,21	-0,04
14. Resistência Laboral	0,58	0,23	0,14	0,11	0,11	0,65	0,16
15. Tempo para Questões Médicas Pessoais	0,70	0,15	0,20	0,15	-0,13	0,67	0,08
16. Estabilidade da Condição	0,58	-0,04	0,02	0,16	-0,01	0,61	0,19
17. Histórico de Trabalho	0,55	0,13	0,12	0,64	-0,11	0,17	-0,02
18. Aceitação pelos Empregadores	0,53	0,06	0,23	0,65	0,07	0,12	0,04
19. Aparência	0,50	0,24	-0,06	0,58	0,09	-0,06	0,26
20. Competências Profissionais	0,58	0,34	0,08	0,40	0,21	0,12	-0,01
21. Desincentivos Económicos	0,62	0,14	0,12	0,56	0,29	0,26	-0,09
22. Acesso a Oportunidades de Emprego	0,73	0,10	0,36	0,40	0,57	0,23	-0,08
23. Condições Especiais de Trabalho	0,66	0,09	0,53	0,30	0,41	0,23	-0,03
24. Hábitos de Trabalho	0,65	0,63	-0,02	0,27	0,14	0,33	-0,05
25. Suporte Social	0,51	0,58	0,01	0,35	0,16	0,06	0,13
26. Percepção de Capacidades e Limitações	0,51	0,66	0,03	0,06	-0,04	-0,19	0,02
27. Relações Interpessoais	0,63	0,68	-0,06	0,16	-0,06	0,00	-0,16
28. Bom Senso	0,70	0,78	0,00	0,20	-0,09	0,08	-0,12
29. Congruência com Objectivos de Inserção	0,64	0,53	-0,02	0,08	0,16	0,52	-0,09
30. Resolução de Problemas	0,51	0,65	-0,02	0,03	0,00	0,22	0,15

Os pesos factoriais desta solução são superiores ao valor crítico definido face à dimensão da amostra – 0,36 (Stevens, 1986). Todos os itens apresentam comunalidades iguais ou superiores a 0,50, sendo a menor comunalidade observada (0,50) no item relativo à Aparência e a comunalidade média 0,66, o que aponta, no geral para níveis de comunalidade moderados (Fabrigar et al., 1999).

Entre as soluções rodadas, oblíqua e ortogonal, de 6 factores, foi apenas verificada diferença quanto a um item (29 – Congruência do Comportamento com os Objectivos de Inserção Profissional), que saturava no factor 5 (-0,60) na primeira solução e no factor 1 (0,53) na segunda (ortogonal). Por considerarmos conceptualmente mais consistente a sua integração no factor 1 (Cognição e Comportamento Adaptativo), em detrimento do factor 5 (relativo à Condição Física e contendo os mesmos itens que na presente solução) optámos pela solução resultante da rotação ortogonal, com recurso ao método *Varimax* (Fabrigar et al., 1999; P. Kline, 1994), cuja matriz se encontra ilustrada na Tabela 6.20.

A melhor solução encontrada, para a presente amostra, decorre da aplicação do mesmo método de rotação utilizado pelos autores, tendo estes encontrado uma estrutura com 6 factores principais e 1 composto apenas por um item. Contrariamente à solução apresentada por Crewe e Athelstan (1984), na presente amostra, todos os factores apresentam uma composição mínima de 3 itens, revelando-se, no que concerne a este critério, mais adequada (P. Kline, 1994).

Na presente amostra, os 6 factores encontrados explicam 55,17% da variância (Tabela 6.20), não atingindo o valor crítico de 70% proposto por Stevens (1986), mas sendo aceitável por se encontrar acima do limite (50%) entendido como expectável (Tinsley & Tinsley, 1987). O primeiro factor – Cognição e Comportamento Adaptativo – é responsável por 21,48% da variância observada.

Tabela 6.20

Estrutura Factorial, Variância e Variância Média Extraída (VEM) da Amostra do IAF (N = 213)

Factor	Itens	Variância	VEM
1. Cognição e Comportamento Adaptativo	1. Aprendizagem	21,48	0,40
	3. Memória		
	24. Hábitos de Trabalho		
	25. Suporte Social		
	26. Percepção de Capacidades e Limitações		
	27. Relações Interpessoais		
	28. Bom Senso		
	29. Congruência com Objectivos de Inserção		
	30. Resolução de Problemas		
	2. Funcionamento Motor e Adaptação do Trabalho		
10. Mãos			
11. Velocidade Motora			
12. Mobilidade			
13. Esforço Físico			
23. Condições Especiais de Trabalho			
17. Histórico de Trabalho		6,62	0,33
18. Aceitação pelos Empregadores			
19. Aparência			
20. Competências Profissionais			
21. Desincentivos Económicos			
4. Percepção e Oportunidades de Emprego	4. Percepção Espacial	6,19	0,51
	5. Visão		
	22. Acesso a Oportunidades de Emprego		
5. Condição Física	14. Resistência Laboral	4,55	0,41
	15. Tempo para Questões Médicas/Pessoais		
	16. Estabilidade da Condição		
6. Comunicação	2. Leitura e Escrita	4,52	0,35
	6. Audição		
	7. Fala		
	8. Comunicação		
Total		55,17	

Não obstante a similitude no que concerne ao número de factores encontrado, a presente estrutura e a proposta pelos autores ou por outros investigadores que estudaram as propriedades psicométricas do IAF (Neath et al., 1997) apresentam algumas divergências

quanto à sua composição factorial. Na estrutura encontrada, no presente estudo, os itens do factor Cognição da estrutura original dos autores encontram-se repartidos pelos factores 1, 4 e 6 (Cognição e Comportamento Adaptativo, Percepção e Oportunidades de Emprego, e Comunicação, respectivamente). Os factores iniciais Funcionamento Motor e Condição Física encontram-se organizados, mas de forma distinta, nos factores 2 e 5 (Funcionamento Motor e Adaptação ao Trabalho, e Condição Física, respectivamente). Ao factor inicial Comunicação, na presente estrutura, vem-se-lhe acrescentar o item relativo à Leitura e Escrita (inicialmente integrado em Cognição). Contrariamente à estrutura proposta pelos autores, o item Visão não surge isolado, mas associado ao item relativo à percepção visual e ao item referente ao acesso a oportunidades de emprego. Verifica-se que este último item satura igualmente nos factores 2 (0,36) e 3 (0,40), o que se poderá entender pelo facto de a sua redacção apelar à localização de potenciais empregos, implicando questões de mobilidade (factor 2 – Funcionamento Motor e Adaptação ao Trabalho) e de o acesso físico não deixar de contribuir para a empregabilidade individual (factor 3 – Qualificações Profissionais).

No que concerne a pontos de convergência, o factor Qualificações Profissionais (factor 3) é o que apresenta maior semelhança com a estrutura presentemente obtida, mantendo na sua composição 5 dos seus 6 itens originais (apenas o item 22. Acesso a oportunidades de emprego não se encontra presente, surgindo associado às questões de percepção). O factor 1 (Cognição e Comportamento Adaptativo) mantém a totalidade dos itens relativos ao comportamento adaptativo, a que se juntam itens relativos à componente cognitiva da funcionalidade, adoptando assim um carácter híbrido.

Dada a proximidade entre a estrutura factorial encontrada pelos autores e por Neath e colaboradores (1997), as divergências face à presente estrutura são de natureza similar à anteriormente descrita para a estrutura original.

A designação adoptada para os 6 factores encontrados procurou estabelecer uma linha de continuidade com a nomeação proposta pelos autores, sendo introduzidas novas ou complementares designações sempre que o conteúdo do factor o justificava, nomeadamente nos factores que apresentam uma estrutura híbrida.

Tal como acima referido, o factor 1 – Cognição e Comportamento Adaptativo, surge com a totalidade dos itens incluídos no factor original Comportamento Adaptativo, a que se lhe associam 2 novos itens: 1. Aprendizagem e 3. Memória. Sendo solicitado aos sujeitos que equacionassem as suas respostas no âmbito do contexto de trabalho, existente ou presumível, e sendo estas duas últimas competências essenciais ao desenvolvimento e consolidação de comportamentos profissionais adaptativos, consideramos que a sua junção é compreensível.

O factor Funcionamento Motor e Adaptação ao Trabalho constitui-se como o segundo factor encontrado. Alguns dos seus itens (Itens 9 a 13) integravam os factores originais Funcionamento Motor e Condição Física. A funcionalidade física do sujeito integra não apenas a sua condição física, mas também a competência que consegue atingir com a mesma, na medida em que as condições ambientais assim o permitam. Neste sentido, parece-nos claramente justificável a associação de todos os itens do Inventário que reportam à dimensão física da funcionalidade. Por sua vez, a presença de um item (Item 23), com menor saturação factorial, sobre adaptação das condições de trabalho, modificação ambiental, muitas das vezes, desenvolvida em consequência de alterações físicas e de mobilidade do sujeito, parece-nos igualmente compreensível.

O factor 3 – Qualificações Profissionais – perde apenas um item (Item 22), face à estrutura original, contendo, na generalidade, as principais questões que compõem a apresentação curricular de um candidato a emprego ou trabalhador. Este factor contempla igualmente outra questão relevante, no domínio da deficiência e da incapacidade, relacionada com a perda de benefícios e apoios garantidos à pessoa e que, por norma, são suspensos ou

retirados aquando da inserção no mercado de trabalho. Esta última dimensão interfere, algumas das vezes, com a empregabilidade do sujeito, concorrendo assim para a sua qualificação profissional global e logo, parecendo-nos justificável a sua inserção no presente factor.

As questões relativas à percepção e visão surgem associadas no factor 4 – Percepção e Oportunidades de Emprego, integrando este, igualmente, um outro terceiro item, com menor saturação factorial (22. Acesso a Oportunidades de Emprego). Ainda que a associação entre visão e percepção nos pareça clara, o mesmo, em princípio, não nos parece evidente para a questão do acesso a oportunidades de emprego. Porém, dado que o item compreende conteúdos relativos ao número de empregos disponíveis em função da sua localização e acessibilidade, parece-nos razoável que, no caso de existência de limitação visual, a acessibilidade ao trabalho, por questões de localização geográfica, se encontre particularmente condicionada, interferindo nas oportunidades de emprego.

O factor Condição Física surge, na presente estrutura, com menos dois itens (12 e 13) que transitaram para o factor 2, já referido. Tal como no instrumento original, encontram-se aqui agrupados itens relativos à condição de saúde do sujeito e à necessidade de melhorá-la com recurso a reabilitação de natureza diversa. Considerando que a presente amostra contém deficiências com implicações para além do físico, este factor descreve melhor a condição de saúde do sujeito e que vai para além da funcionalidade física.

O factor 6, composto por todos os itens que integravam o factor original Comunicação, passa a incorporar um quarto item (2. Leitura e Escrita), mantendo a denominação de Comunicação. Uma vez mais, esta associação parece-nos lógica e aceitável, na medida em que se encontram reunidos diversos mecanismos e recursos de comunicação, seja ela escrita ou oral.

A validade do IAF foi, ainda, avaliada com recurso ao cálculo da VEM (Variância Extraída Média) (Tabela 6.20), com base na matriz obtida após rotação ortogonal dos factores.

Os factores 1, 3, 5 e 6 apresentam uma variância extraída média inferior a 0,50, logo abaixo dos limites aceitáveis (Fornell & Larcker, 1981). Os restantes dois factores revelam níveis aceitáveis.

A validade de constructo foi, também, analisada considerando a correlação entre os factores da estrutura com rotação ortogonal (Tabela 6.21), verificando-se que apenas os factores 1 e 2 (Cognição e Comportamento Adaptativo, Funcionamento Motor e Adaptação ao Trabalho) e os factores 4 e 6 (Percepção e Oportunidades de Emprego, Comunicação) não apresentam correlações significativas entre si. As restantes correlações entre factores parecem apontar, assim, para que concorram para um mesmo constructo de funcionalidade para o trabalho, não obstante a independência entre factores que a ortogonalidade implica.

Tabela 6.21

Correlações entre os Factores da Estrutura do IAF (N = 213)

Factor	1	2	3	4	5	6
1. Cognição e Comportamento Adaptativo	-					
2. Funcionamento Motor e Adaptação ao Trabalho	0,08	-				
3. Qualificações Profissionais	0,46**	0,34**	-			
4. Percepção e Oportunidades de Emprego	0,25**	0,29**	0,38**	-		
5. Condição Física	0,39**	0,28**	0,36**	0,19**	-	
6. Comunicação	0,23**	0,20**	0,18*	0,11	0,27**	-

* p < 0,05 (bilateral), ** p < 0,01 (bilateral)

6.4.2.3. *Validade relativa a um critério externo: Grupos contrastantes*

O IAF foi, também, estudado quanto à sua capacidade discriminante face a grupos contrastantes. A funcionalidade não segue uma distribuição normal nos grupos de pessoas com deficiência congénita ou adquirida (Anexo S). Comparadas as suas ordens médias, através do teste de Wilcoxon-Mann-Whitney, verifica-se não existirem diferenças significativas entre si ($U = 3971,5$; $W = 15599,5$, $p = 0,102$).

Foi analisada a distribuição da variável funcionalidade, considerando os diferentes níveis de gravidade da deficiência (avaliados através de um item na terceira parte do IAF, numa escala de 1: Muito ligeira a 7: Muito Severa), nas suas 213 aplicações. Pela aplicação do teste Kolmogorov-Smirnov, com correcção de Lilliefors, verificou-se que a funcionalidade não segue uma distribuição normal nos 7 grupos por gravidade de deficiência (Anexo S). A comparação das ordens médias foi realizada com recurso ao teste de Kruskal-Wallis, verificando-se diferenças significativas entre as ordens médias das 7 amostras ($\chi^2_{kw}(6) = 55,32$, $p = 0,00$). A aplicação do teste *post hoc* LSD (*Least Significant Difference*) de Fisher (Anexo T) revelou a capacidade do IAF para discriminar entre sujeitos com deficiências de níveis diferentes. Consta-se que os sujeitos com níveis de gravidade de deficiência 1 e 2 não apresentam diferenças entre si, mas divergem dos níveis que lhes são superiores. Igualmente, não foram encontradas diferenças entre os níveis 4 e 5, mas ambos divergem dos níveis imediatamente inferiores e do nível 6. Também os níveis 6 e 7 não diferem entre si, mas enquanto o nível 6 diverge de todos os seus níveis inferiores, o nível 7 apenas discrimina face a sujeitos com nível de gravidade da deficiência 3 ou inferior. O nível de gravidade 3 foi o único que divergiu de todos os restantes. As semelhanças verificadas entre alguns níveis de deficiência serão alvo de análise mais aprofundada aquando da discussão dos resultados.

No que concerne ao tipo de principal limitação do corpo apresentada pelos sujeitos, apenas foi possível analisar dados, sobre a normalidade das distribuições, para as limitações do sistema nervoso (Grupo 1), olho (Grupo 2) e ligadas ao movimento (Grupo 9), em virtude da reduzida dimensão dos restantes sete grupos. Aplicado o teste de Kolmogorov-Smirnov, com correcção de Lilliefors, verifica-se que, relativamente a este critério, a funcionalidade não segue uma distribuição normal (Anexo S). Com recurso ao teste de Kruskal-Wallis, foram analisadas as diferenças entre os grupos, constatando-se que existem diferenças significativas entre si ($\chi^2_{kw}(8) = 24,55, p = 0,002$), a um nível de significância de 0,01. Considerando que a reduzida dimensão de alguns dos grupos, acima referida, não permitia a comparação múltipla das médias das ordens, procedemos à comparação das 3 amostras com maior dimensão por pares independentes, através do teste Wilcoxon-Mann-Whitney, verificando-se que são as pessoas com limitações no sistema nervoso que diferem das restantes com limitações visuais ou associadas ao movimento, a um nível de significância de 0,01 (Comparação Grupos 1 e 2: $U = 482; W = 2022; p = 0,003$ e comparação Grupos 1 e 9: $U = 2186,5; W = 3726,5; p = 0,001$).

Considerando o estatuto dos sujeitos face ao emprego, verifica-se, pela aplicação do teste Kolmogorov-Smirnov, com correcção de Lilliefors, que apenas as respostas referentes a pessoas empregadas não seguem uma distribuição normal (Anexo S), ainda que as variâncias dos seis grupos sejam homogéneas ($p = 0,212$). Os resultados da comparação dos grupos, com recurso ao teste não paramétrico Kruskal-Wallis, apontam no sentido da existência de diferenças significativas ($\chi^2_{kw}(5) = 43,56; p = 0,00$). As ordens médias mais elevadas são observadas entre as pessoas que se encontram mais afastadas do mercado de trabalho – nunca trabalharam, estão desempregadas há mais de um ano ou reformadas – indicando a existência de uma menor funcionalidade para o trabalho. A aplicação do teste LSD de Fisher, cujos dados se apresentam no Anexo U, revelou que os sujeitos que nunca trabalharam apresentam diferenças significativas relativamente a desempregados de curta duração (menos de um ano), a

empregados e a trabalhadores por conta própria. Quanto aos desempregados de curta duração, além da diferença já referida, divergem também dos desempregados de longa duração e dos reformados. Os desempregados de longa duração (mais de um ano) diferem de todos os grupos, excepto dos reformados. Os empregados diferem também de todos os grupos, com exclusão dos desempregados de curta duração e das pessoas instaladas por conta própria. As pessoas instaladas por conta própria diferem das que nunca trabalharam ou que estão desempregadas há mais de um ano. Finalmente, as pessoas em situação de reforma diferem dos desempregados de curta duração e dos empregados. Estes dados parecem indicar alguma semelhança entre as pessoas que estão no mercado de trabalho (empregados ou instalados por conta própria) ou que dele estão afastadas há um curto período de tempo (desempregados há menos de um ano). Do mesmo modo, aqueles que estão afastados do mercado de trabalho há mais tempo (desempregados de longa duração ou reformados) ou que nunca tiveram contacto com ele parecem diferir mais dos que estão ou estiveram recentemente no mercado. A funcionalidade parecer assim estar relacionada com a prática profissional presente ou recente, evidenciando os sujeitos integrados níveis de funcionalidade mais elevados e os sujeitos sem experiência profissional a funcionalidade mais baixa de todos os grupos, o que poderá indicar uma influência recíproca e simultânea entre funcionalidade e inserção profissional.

6.4.2.4. Precisão

A precisão foi inicialmente estimada pelo cálculo do índice de Cronbach para a totalidade das observações ($N = 213$) nos 30 itens da 1ª parte ($\alpha = 0,86$). Considerando a estrutura encontrada, composta por 6 factores, procedemos ao cálculo do alfa estratificado dado

que a primeira estimativa poderia corresponder a uma subestimação, por se tratar de uma escala proposta como multidimensional, formada por subescalas (Marôco & Garcia-Marques, 2006). Foi obtido um valor de $\alpha_{Estr} = 0,89$, superior ao valor obtido com o alfa de Cronbach. O IAF apresenta assim uma boa consistência interna (Marôco & Garcia-Marques, 2006).

A consistência interna das subescalas encontradas na presente estrutura foi igualmente calculada, tendo sido obtidos valores de precisão entre 0,48 e 0,85, ou seja, oscilando entre o inaceitável e o bom ($\alpha_{\text{Cognição e Comportamento Adaptativo}} = 0,85$; $\alpha_{\text{Funcionamento Motor e Adaptação ao Trabalho}} = 0,83$; $\alpha_{\text{Qualificações Profissionais}} = 0,66$; $\alpha_{\text{Percepção e Oportunidades Emprego}} = 0,65$; $\alpha_{\text{Condição Física}} = 0,65$ e $\alpha_{\text{Comunicação}} = 0,48$). O valor de precisão obtido para as diversas subescalas poderá ter sido influenciado pelo reduzido número de itens que as compõem (entre 3 e 9 itens) (Marôco & Garcia-Marques, 2006; Nunnally & Bernstein, 1994). Teremos oportunidade de retomar esta questão aquando da análise dos itens.

Procedemos ainda à estimativa da precisão com recurso ao método do teste-reteste, com base numa amostra de 24 participações, obtendo-se um coeficiente de correlação $r = 0,91$, a um nível de significância de 0,01, ou seja, uma correlação elevada (Marôco & Garcia-Marques, 2006). Não obstante a variável, em análise, ser ordinal, a soma dos seus resultados nos itens funciona como uma variável contínua (Gorsuch, 1997), optando-se assim pelo coeficiente de correlação de Pearson.

As 24 participações, na fase de reteste, correspondem à colaboração de 8 técnicos, em virtude de um técnico poder cooperar na resposta sobre mais do que um sujeito com deficiência e incapacidade. Este subconjunto é maioritariamente (87,5%) constituído por elementos do sexo feminino e apresenta uma média etária de 35,63 anos ($DP = 6,99$). A habilitação literária dominante é a licenciatura (75%), destacando-se as áreas de Serviço ou Política Social (37,5%) e a Reabilitação e Inserção Social (25%). A Psicologia, Sociologia e Terapia Ocupacional

surgem representadas, mas em número menor (12,5%). Estes profissionais desempenham, predominantemente, funções ligadas à formação e inserção de pessoas com deficiência e incapacidade: Técnico de avaliação e acompanhamento (37,5%), técnico de apoio à formação e emprego (12,5%) e técnico de integração laboral (12,5%). É também sinalizado o exercício de profissões de ajudante de acção directa, técnico de serviço social e terapeuta ocupacional (12,5% cada).

A recolha de respostas do reteste estava planeada para decorrer, exactamente, passado um mês sobre a primeira aplicação, o que não foi cumprido em todos os casos, devido a condicionamentos de tempo por parte dos técnicos respondentes. Em média, os questionários foram recolhidos ou recebidos 33,29 dias após a primeira aplicação ($DP = 4,61$). Não ocorreu nenhuma entrega antes do período solicitado e a mais tardia ocorreu 45 dias depois. A opção pelo intervalo de um mês, procurou evitar, por um lado o efeito de memorização das respostas anteriormente dadas (Almeida & Freire, 2007), mas também prevenir a ocorrência de respostas sustentadas em informação já alterada face à condição inicial (Moreira, 2004; J. L. P. Ribeiro, 1999a). Nomeadamente, considerando o interesse particular do estudo na área do emprego e operando muitas das organizações respondentes no domínio da inserção laboral, uma das mudanças importantes poderia ser a condição e desempenho laboral dos sujeitos e respectivas implicações na sua funcionalidade.

Para a 2ª parte do instrumento foram seguidos os mesmos procedimentos para determinação da precisão. Foi obtido um α de Cronbach de 0,76. O teste-reteste, com base na mesma amostra de 24 participações, levou à obtenção de um $r = 0,69$. Os resultados obtidos são indicadores de baixa a razoável precisão nesta componente do instrumento, o que poderá ser aceitável face aos objectivos da presente e seguinte fases de investigação, considerando a aproximação ao limiar proposto (0,70) por Nunnally e Bernstein (1994).

6.4.2.5. *Análise dos itens*

Em seguida, apresentamos a análise relativa aos 30 itens que pretendem, segundo os autores, avaliar as competências pessoais e factores profissionais e sociais para a funcionalidade para o trabalho, medida com recurso ao IAF. A Tabela 6.22 expõe a caracterização descritiva sobre este mesmo conjunto de itens.

A leitura dos dados permite-nos constatar que apenas um item (item 13: Capacidade para fazer trabalhos pesados) atinge um valor médio superior a um ($M = 1,39$), indicador de uma limitação ligeira, e quatro itens apresentam moda igual a um (itens 15, 16, 17 e 18).

Verifica-se que um dos itens (Item 6: Audição) apresenta baixa sensibilidade ($As = 5,23$, $Cu = 31,61$), conduzindo a uma reduzida discriminação entre os sujeitos (Curran, West, & Finch, 1996; R. B. Kline, 2005).

Podemos, ainda, constatar que apenas um dos itens se aproxima de uma distribuição normal (Marôco, 2007) [item 16: Estabilidade da Condição ($As = 0,45$; $Cu = -0,55$)].

Como tivemos oportunidade de verificar, no ponto anterior, a precisão do IAF, estimada com recurso ao alfa de Cronbach é de 0,86, e ao alfa estratificado é de 0,89. A eliminação de itens deste inventário não conduz ao aumento de precisão do mesmo (Tabela 6.22). Sete itens revelam uma correlação item-teste corrigida inferior ao valor de 0,30 defendido como aceitável, por Nunnally e Bernstein (1994). Cinco deles encontram-se dentro do limite de 0,20 proposto como satisfatório por Hopkins e Antes (1987, citados por Golden, Sawicki, & Frazen, 1984): 8. Comunicação Oral (0,22); 9. Utilização dos Braços (0,27); 10. Utilização das Mãos (0,29); 26. Consciência das Capacidades e Limitações (0,26) e 27. Relações Interpessoais (0,28) e dois deles – 5. Visão (0,14) e 6. Audição (-0,07) – estão abaixo do valor crítico de 0,20, sendo que o último item apresenta mesmo uma correlação negativa

com o total do IAF, indicadora da eventual necessidade de eliminação ou melhoria da redacção do mesmo.

Tabela 6.22

Análise dos Itens da 1ª Parte do IAF (N = 213)

Item	M	Mo	DP	As^a	Cu^b	Correlação Item- Total Corrigida	Alfa de Cronbach se Item Eliminado
1	0,64	0	0,90	1,24	0,52	0,46	0,85
2	0,35	0	0,66	1,85	2,69	0,31	0,86
3	0,38	0	0,68	1,82	2,78	0,48	0,85
4	0,30	0	0,60	2,12	4,36	0,37	0,86
5	0,54	0	0,99	1,69	1,42	0,14	0,86
6	0,09	0	0,39	5,23	31,61	-0,07	0,86
7	0,16	0	0,43	2,74	7,14	0,34	0,86
8	0,12	0	0,34	2,68	6,42	0,22	0,86
9	0,42	0	0,74	1,57	1,23	0,27	0,86
10	0,34	0	0,67	2,18	4,67	0,29	0,86
11	0,75	0	0,82	0,91	0,24	0,44	0,85
12	0,92	0	1,01	0,68	-0,79	0,43	0,85
13	1,39	0	1,09	0,12	-1,29	0,36	0,86
14	0,69	0	0,84	1,13	0,62	0,51	0,85
15	0,78	1	0,85	1,09	0,79	0,42	0,85
16	0,94	1	0,81	0,45	-0,55	0,30	0,86
17	0,67	1	0,68	0,88	1,06	0,37	0,86
18	0,89	1	0,79	0,56	-0,2	0,44	0,85
19	0,22	0	0,48	2,41	6,85	0,36	0,86
20	0,79	0	0,81	0,70	-0,30	0,44	0,85
21	0,48	0	0,77	1,71	2,50	0,49	0,85
22	0,80	0	0,94	0,83	-0,51	0,59	0,85
23	0,73	0	0,79	0,81	-0,10	0,58	0,85
24	0,45	0	0,74	1,73	2,63	0,53	0,85
25	0,41	0	0,65	1,30	0,52	0,49	0,85
26	0,31	0	0,59	2,07	4,41	0,26	0,86
27	0,32	0	0,62	1,90	2,77	0,28	0,86
28	0,34	0	0,61	1,85	3,30	0,41	0,85
29	0,39	0	0,74	2,05	3,83	0,48	0,85
30	0,67	0	0,72	0,75	-0,18	0,40	0,85

Nota: ^a As: Assimetria. ^b Cu: Curtose.

Analisada a correlação de cada item com o total da subescala em que se encontra integrado, constatou-se que quatro dos itens apresentam uma correlação item-total corrigida mais elevada com o total da escala completa (Tabela 6.22) do que com o total da sua subescala: 14. Resistência Laboral ($r = 0,46$); 20. Competências Profissionais ($r = 0,40$); 21. Desincentivos Económicos ($r = 0,45$) e 22. Acesso a Oportunidades de Emprego ($r = 0,40$). Porém, a eliminação de qualquer um destes itens faz baixar o alfa de Cronbach, sendo a excepção constituída pelo item 22 cuja eliminação mantém o valor de alfa. O item 5 (Visão), que apresentava uma baixa correlação com o total da escala, apresenta correlação elevada (0,45) com a subescala em que está integrado (Percepção e Oportunidades de Emprego). Finalmente, o item 6, relativo à Audição, que apresentava uma correlação negativa e baixa com o total da escala, tem uma correlação positiva (0,11), com a subescala Comunicação, mas igualmente abaixo do valor aceitável, e a sua eliminação faz variar o alfa de Cronbach desta subescala, de 0,48 para 0,54.

A caracterização descritiva das 6 subescalas encontradas na sequência da análise factorial do IAF é apresentada na Tabela 6.23.

Tabela 6.23

Análise das Subescalas da 1ª Parte do IAF (N = 213)

Subescala (Itens)	Nº Itens	M	DP	As^a	Cu^b
Cognição e Comportamento Adaptativo	9	3,90	4,22	1,44	2,06
Funcionamento Motor e Adaptação ao Trabalho	6	4,54	3,81	0,83	0,39
Qualificações Profissionais	5	3,06	2,33	0,82	0,56
Percepção e Oportunidades de Emprego	3	1,64	1,98	1,32	0,96
Condição Física	3	2,40	1,92	0,76	0,19
Comunicação	4	0,73	1,18	2,06	4,64

Nota: ^a As: Assimetria. ^b Cu: Curtose.

Como esperável, as subescalas com média mais elevada e maior dispersão são as compostas por maior número de itens, ou seja, as três primeiras do IAF.

Contrariamente ao verificado na análise dos itens, não são sinalizados problemas de sensibilidade nas subescalas, considerando os valores críticos de assimetria e achatamento mais consensualmente defendidos. Tomámos como referência, as propostas de Curran et al. (1996) que defende como problemáticos valores de assimetria superiores a 2 e de achatamento superiores a 7 e de R. B. Kline (2005) que sugere assimetria superior a 3 e achatamento superior a 8 como indicadores de reduzida sensibilidade e poder discriminativo. Destaca-se a subescala Comunicação como mais próxima dos valores críticos citados, ainda que não atinja a zona problemática ($As = 2,06$; $Cu = 4,64$).

Na 2ª parte do IAF, composta por um conjunto de 12 pontos fortes (Itens 31 a 42) relevantes para a empregabilidade dos sujeitos, obtém-se a caracterização descritiva apresentada na Tabela 6.24. À excepção do primeiro ponto forte, relativo à Inteligência (Item 31, ponto forte 1), todos os restantes itens variam entre 1 e 5, ou seja, os extremos apresentados na escala de concordância relativa aos pontos fortes, sendo exactamente este o item que apresenta menor variabilidade ($AIQ = 0,75$). É igualmente este o único item que se aproxima de uma distribuição normal ($As = -0,25$; $Cu = -0,25$). A moda está sempre acima do nível 2 (observado apenas no ponto forte 7), indicador do nível de concordância “Discordo”. Na generalidade, os itens apresentam boa sensibilidade na discriminação dos sujeitos e maior poder discriminativo do que o observado na 1ª parte do instrumento, considerando os valores de assimetria e curtose obtidos.

Tabela 6.24

Análise dos Pontos Fortes do IAF (2ª Parte) (N = 212)

Itens	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>Mo</i>	<i>AIQ^a</i>	<i>As^b</i>	<i>Cu^c</i>	Correlação Item- Total Corrigida	Alfa de Cronbach se Item Eliminado
31	2	5	4	0,75	-0,25	-0,25	0.52	0.74
32	1	5	4	1,75	-0,77	0,17	0.34	0.75
33	1	5	3	2	0,17	-0,56	0.58	0.72
34	1	5	4	1	-0,25	-0,69	0.53	0.73
35	1	5	4	1	-0,63	-0,15	0.42	0.74
36	1	5	3	2	-0,08	-0,59	0.28	0.76
37	1	5	2	1	0,60	0,39	0.42	0.74
38	1	5	4	1	-0,78	1,67	0.50	0.74
39	1	5	4	2	0,12	-0,93	0.37	0.75
40	1	5	5	1	-1,06	-0,10	0.22	0.78
41	1	5	5	1	-1,59	2,45	0.14	0.77
42	1	5	4	1	-0,36	-0,66	0.62	0.72

Nota: ^a AIQ: Amplitude Inter Quartil. ^b As: Assimetria. ^c Cu: Curtose.

Todos os pontos fortes apresentam uma correlação item-total corrigida acima do limite satisfatório de 0,20 (Hopkins & Antes, 1978, citados por Golden et al., 1984; Nunnally & Bernstein, 1994), à exceção do item 41 [(É autónomo/a na utilização de serviços (ex. refeitório, casa de banho e outros.))] com uma correlação de 0,14. A eliminação deste item faz elevar o alfa de Cronbach de 0,76 para 0,77. Embora apresentando uma correlação satisfatória ($r = 0,22$), a eliminação do item 41 [(É autónomo/a na deslocação para o trabalho, utilizando serviços públicos ou veículo próprio.))] faz, igualmente, aumentar a precisão desta parte do IAF para 0,78. Recorde-se que estes dois itens não existiam no instrumento original, tendo sido acrescentados durante a fase de adaptação do IAF, à população portuguesa, por se considerar que a autonomia, em diversos domínios de vida, seria importante para a empregabilidade e inserção profissional. A análise sobre estes itens será retomada aquando da discussão dos resultados.

Para concluir, e no que concerne aos itens contidos na 3ª parte do IAF, verifica-se que, em média, a avaliação da gravidade da deficiência por parte dos técnicos, é 4,11 ($DP = 1,43$), ou seja de nível moderado. Este item apresenta um bom poder discriminativo ($As = -0,15$; $Cu = -0,64$). Os técnicos consideram que os sujeitos com deficiência e incapacidade avaliados têm maiores hipóteses de manter um emprego ($M = 2,39$, $DP = 0,86$), do que de o obter ($M = 1,94$, $DP = 0,83$), ainda que ambas as avaliações sejam de nível moderado. De acordo com o teste bilateral de Wilcoxon, verifica-se existirem diferenças significativas entre as ordens médias das duas variáveis ($Z = -7,87$; $p = 0.000$). Ambos os itens revelam boa capacidade para discriminar entre os sujeitos [$As = -0,43$; $Cu = -0,66$ para o item 44 (hipótese de obtenção de emprego) e $As = -0,11$; $Cu = -0,72$ para o item 45 (hipótese de manutenção do emprego)].

6.4.3. *Questionário de Capacidades Pessoais (QCP)*

6.4.3.1. *Estudo dos omissos*

À semelhança do descrito para o IAF, o estudo dos omissos considerou, em separado, os itens contidos na 1ª e na 2ª parte do QCP, em virtude de se tratar de dados estruturalmente diferentes e divergindo igualmente no que concerne à sua escala de avaliação.

Como já apontámos, iniciámos este estudo removendo as respostas omissas (14 participações) com valor superior a 20% (Downey & King, 1998; Roth, 1994; Schlomer et al., 2010), na 1ª parte do questionário e caracterizando os respectivos sujeitos, com o objectivo de averiguar a existência de um padrão de distribuição (Little & Rubin, 2002). Este subconjunto, composto por 14 sujeitos, apresenta uma média etária de 53,86 anos ($DP = 13,07$), maior

número de sujeitos do sexo masculino (64,3%) e possuem estado civil de casado/a (53,8%) ou solteiro/a (38,5%). No que concerne às habilitações literárias, destaca-se o nível do ensino secundário (42,9%), seguido do 3º ciclo do ensino básico (28,6%) e, em menor grau, o bacharelato ou licenciatura e o 1º ciclo (14,3% cada).

Elevado número (41,7%) de sujeitos encontra-se empregado e os restantes elementos do grupo distribuem-se pelas condições de reforma (33,3%), desempregado há mais de um ano (16,7%) ou instalado por conta própria (8,3%). As profissões detidas, anteriormente, por sujeitos na condição de desempregado correspondem às de recepcionista (14,3%) e de estafeta, bagageiro, porteiro, guarda e outros trabalhadores similares; trabalhadores da construção civil e mecânicos e ajustadores de máquinas (7,1% em cada categoria). Os sujeitos que se encontravam empregados trabalhavam nas áreas de docência do ensino superior, básico e secundário; escrita e arte; secretariado e sector têxtil (7,1% em cada categoria).

Relativamente à deficiência, verificou-se uma maior preponderância no carácter adquirido (78,6%). A aquisição da deficiência e incapacidade, nos casos em que se aplica, verificou-se, em média, há 32 anos. Foi verificada a indicação de uma estrutura alterada em 42,9% dos sujeitos e igual proporção possuía duas estruturas alteradas. Face à existência de limitação ao nível de apenas uma estrutura corporal, a estrutura mais frequentemente afectada é o sistema nervoso (42,9%), seguida do olho (28,6%), das estruturas relacionadas com o movimento (21,4%) e do aparelho respiratório (7,1%). Quando, cumulativamente, se verificou a presença de mais de uma estrutura corporal lesada, as incapacidades mais frequentes verificaram-se ao nível das estruturas relacionadas com o movimento (78,6%), do sistema nervoso (42,9%) e do olho (28,6%). Com igual proporção (7,1%) surgem ainda as limitações ao nível do aparelho genitourinário, da pele e do aparelho respiratório. Em média, cada sujeito apresentava 1,71 ($DP = 0,73$) estruturas alteradas.

No total de 14 sujeitos, 8 afirmaram beneficiar de apoio institucional de uma organização e 2 de duas organizações.

Comparativamente com a amostra de sujeitos utilizada na presente investigação ($N = 309$) e cuja caracterização já tivemos oportunidade de desenvolver anteriormente, verifica-se que os sujeitos, com respostas omissas superiores a 20% na primeira parte do QCP, são mais idosos, são com maior frequência casados e atingem níveis de habilitação académica mais baixos. Verifica-se ainda que, na amostra estudada, a condição mais frequente é a de empregado, enquanto, no subconjunto de 14 sujeitos é, sobretudo, a de reforma. Relativamente à deficiência, a distribuição pelas tipologias é similar, porém, o subconjunto de 14 sujeitos apresenta em média maior número de estruturas alteradas ($M = 1,71$; $DP = 0,73$) do que a amostra de 309 sujeitos ($M = 1,64$, $DP = 1,09$), embora a dispersão seja maior no último grupo. O padrão do subconjunto de sujeitos com respostas omissas superiores a 20% é assim claramente caracterizado pelo afastamento face ao mercado de trabalho, o que poderá ter, eventualmente, levado os sujeitos a não se identificarem com algumas das questões colocadas neste domínio, deixando-as, eventualmente, em branco.

Analisámos, igualmente, as características dos sujeitos que apresentam respostas omissas, mas em valor igual ou inferior a 20%. Este subconjunto perfaz um total de 106 sujeitos, sendo que a maior parte tem valores de 1 (48 sujeitos), 2 (26 sujeitos) e 3 omissos (11 sujeitos). Se compararmos este subconjunto ($n = 106$) com o total da amostra trabalhada ($n = 309$), verificamos que o primeiro grupo tende a ser ligeiramente mais velho ($M = 41,45$, $DP = 13,37$) e menos diferenciado face às habilitações literárias (possui, comparativamente mais sujeitos com ensino secundário e menos com bacharelato ou licenciatura). Quanto ao género, observa-se maior número de elementos do sexo masculino (72,6%), mas quanto ao estado civil, natureza da deficiência e número médio de estruturas alteradas o padrão é similar. Relativamente ao estatuto face ao emprego, constata-se que este subgrupo se caracteriza por

possuir maior número de sujeitos integrados profissionalmente e, logo, menor número de desempregados. Contém, ainda, maior número de pessoas reformadas.

A análise da distribuição dos dados omissos, eliminadas as respostas omissas superiores a 20%, foi realizada com recurso ao teste de Little. Verificou-se, com este procedimento, e não obstante a potencial relação entre respostas omissas e estatuto face ao emprego, que os omissos são aleatórios (MCAR) ($\chi^2(1880) = 1894,1, p = 0,41$), pelo que optámos pela atribuição de omissos com recurso ao método da regressão (Heitjan, 1997; Roth, 1994).

Para a totalidade dos 30 itens foi verificada a existência de omissos, sendo os valores mais elevados verificados nos itens 21. Finanças (11%); 22. Acesso a oportunidades de emprego (8,7%); 17. Histórico de trabalho (6,1%); 15. Tempo para questões médicas/pessoais (5,5%); 18. Aceitação por parte dos empregadores (5,2%); 6. Audição (4,5%); 4. Percepção (3,9%) e 29. Disponibilidade para trabalhar (3,9%).

Tal como tivemos oportunidade de afirmar para o IAF, também para o presente questionário se procedeu à eliminação prévia de todas as participações com omissos superiores a 20% (Downey & King, 1998; Roth, 1994; Schlomer et al., 2010) na 1ª parte do instrumento, não as considerando para análise de omissos na 2ª, pelas razões anteriormente apresentadas. Considerando que nestas participações havia sujeitos com omissos inferiores a 20% na 1ª parte, mas superiores a este valor na 2ª, procedemos igualmente à sua eliminação, mantendo porém o seu contributo relativo à 1ª parte, dada a pertinência da informação da primeira em detrimento da segunda, para o presente estudo.

Assim, analisadas as percentagens de valores omissos na 2ª parte do instrumento, ou seja, a correspondente ao conjunto de pontos fortes, foram detectados 14 sujeitos com respostas omissas superiores a 20%. Estes sujeitos não apresentam divergências acentuadas comparativamente com a amostra estudada (Tabelas 6.5, 6.6 e 6.8). Em termos etários são 1,3

anos mais jovens; existe uma maior representação do sexo feminino, ainda que mantendo-se o predomínio do masculino (57,1%) e são menos diferenciados quanto a habilitações literárias, dado que apresentam menor representatividade de ensino superior e maior de 1º, 2º ciclo e ensino secundário. Quanto à experiência laboral, é maior e quase o dobro, neste subconjunto, a frequência de sujeitos sem experiência (28,6%) e existe também maior número de sujeitos empregados. Relativamente ao tipo de deficiência, as tipologias são semelhantes e, em média, estes sujeitos possuem menor número de estruturas alteradas ($M = 1,31$; $DP = 0,86$). Uma eventual explicação para a existência de respostas omissas poderá, assim, residir na menor experiência laboral dos sujeitos que, deste modo, possuíam menos informação para reconhecer pontos fortes quanto à sua empregabilidade.

Procedendo-se à análise das respostas remanescentes ($n = 295$), observou-se que 28 sujeitos apresentavam 8,3% (1 item) de omissos e 9 sujeitos 16,7% (2 itens). Este subconjunto segue a distribuição da amostra de 309 sujeitos no que concerne às características sociodemográficas. As diferenças observadas nas dimensões idade, sexo, habilitações literárias, estado civil, situação face ao emprego e tipo e número de estruturas afectadas nunca atingem um ponto percentual.

No que concerne aos itens, verificou-se a existência de valores omissos entre 0,3 e 5,8%, sendo que os itens Inteligência (Item 31) e Rede de apoio (Item 36) se apresentaram sem respostas omissas. O valor de omissos mais elevado (5,8%) foi relativo ao item sobre o Conhecimento de empregador que possa disponibilizar uma oportunidade de trabalho (Item 37). Os itens que, em seguida, são alvo de não resposta correspondem à Capacidade própria de procura de emprego (Item 42) (2,7%) e à Posse de competências com elevada procura no mercado de trabalho (Item 33) (2,4%). O valor de omissos mais baixo (0,3%) foi verificado nos itens relativos à Fluência verbal (Item 32) e Stresse (Item 39). Aplicado o teste de Little,

verificou-se que a distribuição dos omissos nos pontos fortes é igualmente aleatória ($\chi^2(139) = 115,9, p = 0,92$), pelo que a atribuição de omissos foi efectuada com recurso ao método da regressão (Heitjan, 1997; Roth, 1994).

À semelhança do verificado no IAF, também no QCP nenhum dos itens, relativos aos pontos fortes, apresentou uma percentagem de omissos superior a 20% (Downey & King, 1998; Roth, 1994; Schlomer et al., 2010), não se ponderando assim a eliminação de itens.

Relativamente aos 3 itens finais do Questionário (Itens 43 a 45), e para o total da amostra de 309 sujeitos, verifica-se que o número de omissos por item é baixo (11 omissos no item 43, relativo à gravidade da deficiência; 12 omissos no item 44, relativo à probabilidade de obtenção de emprego e 8 omissos no item 45, relativo à probabilidade de manutenção de emprego). Por sujeito, verifica-se que 11 sujeitos (3,56%) apresentam uma resposta omissa, 1 sujeito apresenta duas e tem todas as respostas omissas na segunda parte do QCP, indicando o possível esquecimento de preenchimento do total da página. Finalmente, 6 sujeitos apresentam as três respostas desta parte omissas, sendo que 5 deles têm, igualmente, a segunda parte do questionário em branco, aplicando-se, eventualmente, a explicação de esquecimento antes referida. Mais de metade das respostas omissas (20 das 31 totais) estão associadas à omissão de resposta na segunda parte do instrumento.

6.4.3.2. Validade de constructo

A validade de constructo do QCP foi avaliada com recurso à análise factorial exploratória. Calculada a medida Kaiser-Meyer-Olkin observou-se uma adequação média

($KMO = 0,77$). O teste de esfericidade de Bartlett indica, igualmente, que os itens estão correlacionados ($\chi^2(435) = 1857,90, p = 0,00$), sendo admissível a análise factorial (Stevens, 1986).

Através da análise de componentes principais, sem rotação, foi extraído um total de 9 factores, com valores próprios (*eigenvalue*) superiores a 1, sendo o primeiro factor responsável pela explicação de 17,80% da variância observada. O teste do *scree-plot* de Cattell (Figura 6.4) sugere, no entanto, a extracção de 3 a 4 factores.

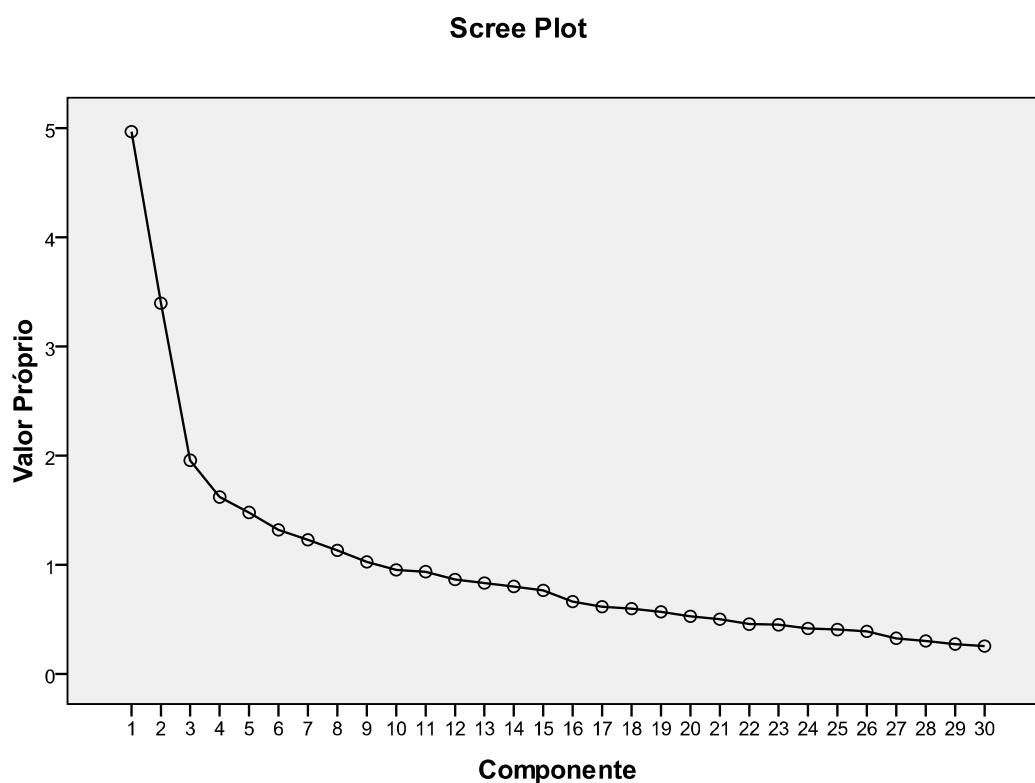


Figura 6.4. *Teste do Scree-Plot do QCP*

Tal como no IAF, não sendo recomendável a utilização isolada do critério de Kaiser, ponderámos, igualmente o critério do *scree-plot* de Cattell (Field, 2000; Stevens, 1986). Ou seja, embora a dimensão da amostra seja superior a 250 ($N = 309$), a comunalidade média é inferior a 0,60 ($h^2 = 0,53$) e muitas das comunalidades são inferiores a 0,70 (Tabela 6.25).

Tabela 6.25

Comunalidades e Pesos Factoriais do QCP com Rotação Oblíqua (Direct Oblimin)

	Comunalidade	Componente						
		1	2	3	4	5	6	7
1. Capacidade de Aprendizagem	0,64	0,31	0,09	0,52	0,25	0,19	0,54	-0,35
2. Leitura e Escrita em Português	0,38	0,15	0,26	0,41	0,16	0,10	0,29	-0,30
3. Memória	0,44	0,19	-0,04	0,34	0,19	0,42	0,47	-0,13
4. Percepção	0,59	0,09	0,08	0,32	0,65	0,20	0,24	-0,26
5. Visão	0,74	0,05	0,01	-0,03	0,83	-0,06	0,08	-0,04
6. Audição	0,65	0,01	-0,12	0,62	0,26	0,40	0,00	0,01
7. Fala	0,60	0,08	0,21	0,73	0,03	0,02	0,19	0,19
8. Comunicação Oral	0,51	0,28	0,06	0,66	-0,05	-0,10	0,09	-0,05
9. Utilização dos Braços	0,64	-0,05	0,44	0,21	-0,31	0,05	-0,09	0,61
10. Utilização das Mãos	0,71	-0,09	0,45	0,38	-0,27	-0,03	-0,03	0,59
11. Velocidade Motora	0,51	0,15	0,67	0,08	-0,16	0,08	-0,20	0,05
12. Capacidade para se Deslocar	0,66	0,06	0,79	0,05	0,08	-0,03	-0,13	0,12
13. Capacidade para Fazer Trabalhos Pesados	0,67	0,14	0,69	0,16	-0,35	0,21	-0,18	0,00
14. Resistência	0,62	0,58	0,22	0,25	0,06	0,54	-0,08	-0,01
15. Tempo para Questões Médicas Pessoais	0,44	0,09	0,34	0,04	-0,02	0,59	0,05	0,03
16. Estabilidade da Condição	0,42	0,11	0,05	0,05	0,03	0,64	0,10	0,07
17. Histórico de Trabalho	0,49	0,58	0,14	0,23	-0,12	-0,09	0,16	-0,20
18. Aceitação por parte dos Empregadores	0,48	0,22	0,56	0,01	0,20	0,06	0,21	0,32
19. Aparência Pessoal	0,43	0,41	0,13	0,38	0,09	-0,14	0,27	0,25
20. Competências	0,42	0,56	0,20	0,14	0,21	0,38	0,21	0,08
21. Finanças	0,54	0,46	0,32	0,15	0,30	0,25	-0,17	0,38
22. Acesso a Oportunidades de Emprego	0,56	0,43	0,49	0,02	0,36	0,29	0,05	0,31
23. Condições Especiais de Trabalho	0,44	0,15	0,63	0,14	0,15	0,15	0,13	0,12
24. Hábitos de Trabalho	0,61	0,77	0,11	0,06	0,13	0,15	0,23	-0,06
25. Incentivo da Família ou Amigos	0,47	0,27	-0,12	0,14	0,27	0,54	0,18	0,26
26. Consciência das Capacidades e Limitações	0,26	0,24	0,05	-0,07	0,13	0,43	0,19	-0,12
27. Relações Interpessoais	0,53	0,16	-0,13	0,06	0,07	0,11	0,70	0,05
28. Bom Senso	0,55	0,12	-0,02	0,07	0,13	0,11	0,74	-0,04
29. Disponibilidade para Trabalhar	0,46	0,52	-0,05	-0,06	0,22	0,35	0,29	0,21
30. Iniciativa e Capacidade de Resolução de Problemas	0,50	0,33	0,14	0,25	0,25	0,14	0,61	-0,23

Foram avaliadas soluções com diferentes números de factores e utilizados diversos procedimentos de rotação, entre eles o proposto pelos autores para a versão original do IAF e o encontrado, na presente investigação, para a versão portuguesa do IAF, sem que nenhum se tenha revelado uma boa solução. Não se verificando a emergência de uma solução simples

aceitável, com recurso à rotação ortogonal, a opção recaiu sobre a rotação de tipo oblíquo, considerando a relação entre os factores, apontada pelos autores, para a versão original do IAF. Na mesma linha de pensamento, foi novamente testada a hipótese de 7 factores proposta pelos autores (Almeida & Freire, 2007). A estrutura encontrada encontra-se apresentada na Tabela 6.25.

Considerámos, como valor crítico, pesos factoriais superiores a 0,30, em função da dimensão da amostra (Stevens, 1986).

Efectivamente, a melhor solução encontrada correspondeu à rotação oblíqua de 7 factores, com recurso ao método *Direct Oblimin*, com normalização de Kaiser (Fabrigar et al., 1999). Constatou-se que as comunalidades são moderadas, com dois itens abaixo do valor crítico de 0,40 (Fabrigar et al., 1999) (Itens 2 e 26).

Os 7 factores são responsáveis pela explicação de 53,21% da variância total, valor ligeiramente inferior ao encontrado para o IAF (55,17 para 6 factores), mas encontrando-se, igualmente dentro do limite de 50% afirmado como aceitável por Tinsley e Tinsley (1987). O primeiro factor é responsável por 16,56% da variância (Tabela 6.26).

Todos os factores apresentam uma composição mínima de 2 itens (Tabela 6.26), valor menor do que o verificado no IAF, mas que, no QCP, pode decorrer do facto de ter sido encontrado mais um factor, logo, implicando a divisão do mesmo número de itens por maior número de factores.

A validade do QCP (Tabela 6.26) foi, ainda, analisada com recurso ao cálculo da Variância Média Extraída (VEM) para os pesos factoriais obtidos com a rotação oblíqua dos 7 factores. Apenas o factor 4 (Percepção Visual) apresenta uma VEM superior ao limite aceitável de 0,50 (Fornell & Larcker, 1981), estando as restantes abaixo deste limiar.

Tabela 6.26

Estrutura Factorial, Variância e Variância Média Extraída (VEM) da Amostra do QCP (N = 309)

Factor	Itens	Variância	VEM
1. Qualificações Profissionais	14. Resistência	16,56	0,32
	17. Histórico de Trabalho		
	19. Aparência Pessoal		
	20. Competências		
	21. Finanças		
	24. Hábitos de Trabalho		
2. Condições Físicas e Emprego	29. Disponibilidade para Trabalhar	11,32	0,42
	11. Velocidade Motora		
	12. Capacidade para se Deslocar		
	13. Capacidade para Fazer Trabalhos Pesados		
	18. Aceitação por parte dos Empregadores		
	22. Acesso a Oportunidades de Emprego		
3. Comunicação	23. Condições Especiais de Trabalho	6,52	0,38
	2. Leitura e Escrita		
	6. Audição		
	7. Fala		
4. Percepção Visual	8. Comunicação	5,40	0,56
	4. Percepção		
	5. Visão		
5. Condições Físicas e Suporte Social	15. Tempo para Questões Médicas/Pessoais	4,93	0,31
	16. Estabilidade da Condição		
	25. Incentivo da Família ou Amigos		
	26. Consciência das Capacidades e Limitações		
6. Cognição e Relações Interpessoais	1. Aprendizagem	4,40	0,38
	3. Memória		
	27. Relações Interpessoais		
	28. Bom Senso		
	30. Iniciativa e Capacidade de Resolução de Problemas		
7. Membros Superiores	9. Utilização dos Braços	4,09	0,36
	10. Utilização das Mãos		
Total		53,21	

Verifica-se existirem semelhanças entre as duas estruturas, ou seja, a obtida com a aplicação do IAF e a do QCP, sendo que o factor 6 do IAF e o 3 do QCP possuem exactamente a mesma composição, adoptando, também, igual designação – Comunicação.

Existem também semelhanças entre o factor 1 no QCP e 3 no IAF (Qualificações Profissionais), sendo que diferem quanto aos itens 14, 18, 24 e 29. O factor 2 do QCP – Condições Físicas e Emprego – apresenta também diversos itens em comum com o factor 2 do IAF – Funcionamento Motor e Adaptação ao Trabalho – (Itens 11, 12, 13 e 23). O factor 4 do QCP (Percepção Visual) apenas difere quanto a um item (Item 22) do também factor 4 do IAF (Percepção e Oportunidades de Emprego). O factor 5 do QCP (Condições Físicas e Suporte Social) possui dois itens do factor 5 (Condição Física) do IAF. O factor 6 do QCP – Cognição e Relações Interpessoais – reúne 5 dos itens (1, 3, 27, 28, 39) contidos no factor 1 do IAF (Cognição e Comportamento Adaptativo). Finalmente, o factor 7 – Membros Superiores – é composto por dois itens contidos no factor 2 do IAF – Funcionamento Motor e Adaptação ao Trabalho – (Itens 9 e 10). Alguns dos factores do QCP são híbridos, constituindo a excepção os factores 1, 3, 4 e 7 (Qualificações Profissionais, Comunicação, Percepção Visual e Membros Superiores).

O factor 1 – Qualificações Profissionais – (Tabela 20) constitui-se com itens directamente ligados à empregabilidade e qualificações profissionais dos sujeitos. O factor 2 – Condições Físicas e Emprego – é relativo à capacidade física e respectivas implicações na inserção profissional. O factor 3 – Comunicação é um factor que contém diversas modalidades de comunicação, seja ela oral ou escrita. O factor 4 – Percepção Visual – contém dois itens específicos do domínio da visão. O factor 5 – Condições Físicas e Suporte Social – , composto por 4 itens, é relativo à componente das limitações físicas e meios de as colmatar ou diminuir, sejam eles pessoais ou terapêuticos. O factor 6 – Cognição e Relações Interpessoais – é um factor híbrido, contendo itens do domínio das competências sociais a que se associam

competências cognitivas, possivelmente interligadas com o desenvolvimento, evolução e consolidação das primeiras. Finalmente, o factor 7 é claramente relativo à funcionalidade dos membros superiores. À semelhança do IAF, também aqui procurámos respeitar as designações originais propostas pelos autores para denominação dos actuais factores, havendo, no entanto, necessidade de adoptar designações complementares, nomeadamente no caso dos factores híbridos.

Não nos é possível a comparação com a estrutura encontrada pelos autores, dado que, e tal como já referido, esta última não foi determinada e estudada, devido a constrangimentos de ordem financeira.

A análise da validade de constructo sustentou-se, também, no estudo da correlação entre os 7 factores da matriz com rotação oblíqua, observando-se (Tabela 6.27) a existência de correlações positivas e significativas, entre a generalidade dos 7 factores. É encontrada uma correlação significativa negativa ($r = - 0,21$) entre os factores 4 e 7, referentes à Percepção Visual e aos Membros Superiores. Este dado poderá estar relacionado com a composição da amostra, sendo que sujeitos com disfunções ao nível dos membros superiores não apresentavam défice visual, sendo o recíproco igualmente válido.

As correlações significativas mais elevadas são encontradas entre os factores 1 e 5 (Qualificações Profissionais, e Condições Físicas e Suporte Social) e os factores 2 e 7 (Condições Físicas e Emprego, e Membros Superiores). A primeira correlação corrobora a ideia subjacente à construção do IAF e do QCP: a funcionalidade para o trabalho decorre não apenas de características físicas do sujeito, mas também de factores sociais, estando ambos interligados entre si. A correlação entre o factor relativo a Condições Físicas e Emprego e o referente aos Membros Superiores é claramente compreensível e esperável, uma vez que o

primeiro apela a diversas competências em que o uso dos membros superiores é requerido, sendo que, quando este uso está condicionado, poderá estar limitado o acesso ao trabalho.

Tabela 6.27

Correlações entre os Factores da Estrutura do QCP com Rotação Oblíqua (N = 309)

Factor	1	2	3	4	5	6	7
1. Qualificações Profissionais	1,00						
2. Condições Físicas e Emprego	0,39**	1,00					
3. Comunicação	0,30**	0,16**	1,00				
4. Percepção Visual	0,16**	0,04	0,19**	1,00			
5. Condições Físicas e Suporte Social	0,40**	0,24**	0,19**	0,08	1,00		
6. Cognição e Relações Interpessoais	0,37**	0,03	0,39**	0,27**	0,27**	1,00	
7. Membros Superiores	0,10	0,40**	0,16**	-0,21**	0,04	-0,10	1,00

** p < 0,01 (bilateral)

6.4.3.3. Validade relativa a um critério externo: Relações com a avaliação de técnicos

Os 199 sujeitos com deficiência e incapacidade mostram semelhanças, no que concerne à maior parte das suas características sociodemográficas, com a amostra global de 309 sujeitos, verificando-se que existe um número ligeiramente menor de elementos do sexo masculino (63,3% no presente caso e 65% no QCP) e maior número com estatuto civil de solteiro (65,5% no presente caso e 58,3% no QCP). A média etária deste grupo é 39,07 anos ($DP = 13,56$). As habilitações literárias mais frequentes correspondem ao ensino secundário (31,8%), ao

bacharelato/licenciatura (22,4%) e ao 3º ciclo do ensino básico (21,4%). A diferença que mais se destaca, entre as duas amostras, é relativa ao estatuto face a emprego. Este subgrupo apresenta como estatuto mais frequente (31,3%) o desemprego há menos de um ano, sendo que na amostra global do QCP, o estatuto mais frequente (35,1%) era o de empregado. Este dado poderá dever-se à composição do próprio subgrupo. Os 199 sujeitos possuíam um técnico de referência e encontravam-se a ser apoiados organizacionalmente, quer na área da formação, quer do acesso ao mercado de trabalho, situação mais corrente entre pessoas desempregadas do que entre integradas no mercado normal de trabalho. Globalmente, o presente subgrupo apresenta maior número de desempregados e, logo, menor número de pessoas que estão ou estiveram no activo, ou seja, empregados e reformados. Ambos os grupos apresentam semelhanças quanto ao tipo e número ($M = 1,6$, $DP = 1,05$ no presente caso e $M = 1,63$, $DP = 1,06$ no QCP) de estruturas do corpo alteradas, bem como quanto à gravidade da deficiência ($M = 4,03$, $DP = 1,59$ no presente caso e $M = 4,04$, $DP = 1,54$ no QCP).

Para avaliação da validade concorrente, foi calculada a correlação entre os resultados totais dos sujeitos, para o total de 199 participações em que dispúnhamos de avaliação de técnicos e de sujeitos, isto é, em ambos os instrumentos – IAF e QCP – verificando-se ser significativa ($r = 0,54$, $p = 0,01$). Ou seja, existe relação entre os níveis de funcionalidade global avaliados pelos sujeitos com deficiência e incapacidade e pelos seus técnicos de referência.

A distribuição da variável funcionalidade avaliada quer pelos técnicos ($D(199) = 0,096$, $p = 0,00$), quer pelas pessoas com deficiência e incapacidade ($D(199) = 0,107$, $p = 0,00$) não apresenta uma distribuição normal, de acordo com a aplicação do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov, com correcção de Lilliefors, pelo que optámos por testes não paramétricos para comparação dos totais. Verifica-se existirem diferenças significativas entre as avaliações globais efectuadas por técnicos e por pessoas com deficiência e incapacidade ($Z =$

-2,388, $p = 0,017$), de acordo com a aplicação do teste bilateral de Wilcoxon. Nesta amostra, em particular, as pessoas com deficiência e incapacidade apresentam resultados mais elevados ($M = 17,29$, $DP = 9,98$) no instrumento de auto-avaliação (QCP), indicadores de menor funcionalidade do que os técnicos que avaliam mais positivamente ($M = 15,63$, $DP = 9,57$) a funcionalidade dos mesmos sujeitos.

Ainda que os instrumentos de avaliação da funcionalidade para o trabalho – IAF e QCP – possuam uma estrutura factorial distinta, os factores encontrados, no presente estudo também revelam semelhanças, como demonstrado. Assim sendo, procedemos ao cálculo das correlações entre os factores para estudo da validade concorrente.

Foi verificada a existência de correlação positiva e significativa entre os factores do IAF e do QCP (Tabela 6.28) que apresentam semelhanças na sua composição. A um nível de significância de 0,01, foram encontradas correlações positivas e significativas entre o factor 1 do QCP (Qualificações Profissionais) e o factor 3 do IAF (Qualificações Profissionais); entre os factores 2 e 5 do QCP (Condições Físicas e Emprego, Condições Físicas e Suporte Social) e os factores 2 e 5 do IAF (Funcionamento Motor e Adaptação ao Trabalho; Condição Física); entre o factor 3 do QCP (Comunicação) e o factor 6 do IAF (Comunicação); entre o factor 4 (Percepção Visual) do QCP e o factor 4 do IAF (Percepção e Oportunidades de Emprego); entre o factor 6 (Cognição e Relações Interpessoais) do QCP e o factor 1 do IAF (Cognição e Comportamento Adaptativo) e, finalmente, entre o factor 7 do QCP (Membros Superiores) e o factor 2 do IAF (Funcionamento Motor e Adaptação ao Trabalho). As correlações significativas encontradas entre a generalidade dos factores reforçam não apenas a validade concorrente do IAF e do QCP, mas também a sua validade de constructo, facto igualmente corroborado pela inexistência de correlações negativas e significativas entre os vários factores.

Tabela 6.28

Correlações entre os Factores do IAF e do QCP (N = 199)

	QCP						
	QP	CFE	C	PV	CFSS	CRI	MS
IAF							
CCA	0,36**	0,11	0,17*	0,21**	0,13	0,38**	-0,04
FMAT	0,10	0,68**	0,07	0,03	0,10	-0,12	0,48**
QP	0,37**	0,34**	0,07	0,25**	0,22**	0,12	0,12
POE	0,21**	0,32**	0,01	0,60**	0,16*	0,03	0,00
CF	0,41**	0,31**	0,27**	0,08	0,30**	0,22**	0,20**
C	0,17*	0,21**	0,33**	0,01	0,12	0,10	0,22**

Nota: CCA: Cognição e Comportamento Adaptativo. FMAT: Funcionamento Motor e Adaptação ao Trabalho. QP: Qualificações Profissionais. POE: Percepção e Oportunidades de Emprego. CF: Condição Física. C: Comunicação. CFE: Condições Físicas e Emprego. PV: Percepção Visual. CFSS: Condições Físicas e Suporte Social. CRI: Cognição e Relações Interpessoais. MS: Membros Superiores.

* $p < 0,05$ (bilateral), ** $p < 0,01$ (bilateral)

Procedemos à comparação das médias por factor, considerando a semelhança na sua composição e a existência de correlações significativas. Tendo em conta que, tal como já afirmado anteriormente, as respostas de sujeitos e técnicos não seguem uma distribuição normal quanto à variável funcionalidade, recorreremos ao teste não paramétrico e bilateral de Wilcoxon. Verificou-se que os técnicos avaliam mais negativamente a funcionalidade nas áreas da Cognição e Relações Interpessoais (Factores 1 do IAF – Cognição e Comportamento Adaptativo e 6 do QCP – Cognição e Relações Interpessoais) ($Z = -4,248$, $p = 0,00$), do Funcionamento Motor (Factores 2 do IAF – Funcionamento Motor e Adaptação ao Trabalho e 7 do QCP – Funcionamento dos Membros Superiores) ($Z = -10,615$, $p = 0,00$), e da Percepção Visual (Factores 4 do IAF- Percepção e Oportunidades de Emprego e 4 do QCP – Percepção Visual) ($Z = -4,141$, $p = 0,00$). Pelo contrário, os sujeitos com deficiência e incapacidade avaliam mais negativamente a sua funcionalidade no domínio das Qualificações Profissionais

(Factor 3 do IAF e 1 do QCP, ambos com a designação Qualificações Profissionais) ($Z = -2,245, p = 0,025$).

Em suma, ainda que as avaliações desenvolvidas entre técnicos e pessoas com deficiência e incapacidade se mostrem correlacionadas, ambas as partes parecem identificar áreas frágeis de funcionalidade para o trabalho distintas.

Igualmente, no que concerne aos pontos fortes, existe uma correlação positiva e significativa ($r = 0,46, p = 0,01$) entre as avaliações efectuadas por técnicos e por sujeitos com deficiência e incapacidade. Pela aplicação do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov, com correcção de Lilliefords, verifica-se que a distribuição dos pontos fortes assinalados pelos sujeitos com deficiência e incapacidade segue uma distribuição normal ($D(192) = 0,062, p = 0,071$), mas o mesmo já não se verifica para a avaliação de pontos fortes realizada pelos técnicos ($D(192) = 0,072, p = 0,017$). Não se cumprindo o pressuposto da normalidade, foi aplicado o teste de Wilcoxon, verificando-se que as percepções de pontos fortes de empregabilidade são diversas para técnicos e pessoas com deficiência e incapacidade ($Z = -3,668, p = 0,00$), sendo que as destas últimas são mais favoráveis, logo indicadoras de maior percepção de empregabilidade. Estes dados marcam, igualmente, uma diferença face ao observado nas primeiras 30 questões dos instrumentos, em que os sujeitos se autopercepcionavam, globalmente, como menos funcionais do que os técnicos os consideravam. Ainda assim, estes mesmos sujeitos, que avaliam uma menor funcionalidade em si próprios, consideram estar mais dotados de outras características que os podem impulsionar para o mercado de trabalho, características estas que os técnicos tendem a assinalar como menos presentes. Retomaremos este tema aquando análise dos dados da Tabela 6.31, sobre a análise dos pontos fortes, contidos na segunda parte do QCP.

6.4.3.4. *Validade relativa a um critério externo: Grupos contrastantes*

A distribuição da variável funcionalidade, face ao critério natureza da deficiência, não apresenta uma distribuição normal (Anexo V). Através da aplicação do teste de Wilcoxon-Mann-Whitney verifica-se que o QCP não discrimina entre sujeitos com deficiência congénita ou adquirida ($U = 10453,5$; $W = 16660,5$; $p = 0,52$), tal como foi igualmente verificado com o IAF. Contrariamente ao IAF, em que as médias mais elevadas são encontradas entre o subgrupo com deficiência congénita, no QCP as ordens médias mais elevadas são obtidas no subgrupo com deficiência adquirida, ainda que, em ambos os casos, as diferenças não sejam significativas.

Foi verificado, com a aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov, com correcção de Lilliefors, que a distribuição da variável funcionalidade não segue uma distribuição normal segundo o critério gravidade da deficiência (Anexo V). Tal como o IAF, o QCP revelou, com a aplicação do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, potencial para diferenciar entre sujeitos com diferentes níveis de gravidade de deficiência ($\chi^2_{kw}(6) = 52,55$, $p = 0,00$), obtendo-se ordens médias mais elevadas nos níveis 6 e 7 (Escala composta por 7 pontos, variando entre 1: Muito ligeira a 7: Muito severa). Pela aplicação do teste LSD de Fisher (Anexo X), verifica-se que os níveis de gravidade 1, 2 e 3 divergem significativamente dos níveis iguais ou superiores a 4 (ponto intermédio da escala numérica), os níveis 4 e 5 são significativamente diferentes dos sujeitos com nível de gravidade igual ou superior a 6 e, finalmente, os níveis 6 e 7 não apresentam diferenças significativas entre si e divergem de todos os restantes. O tipo de poder discriminativo do QCP é muito similar ao verificado, anteriormente, para o IAF. À semelhança do IAF, retomaremos esta discussão posteriormente.

No que concerne à principal limitação do corpo, e com a aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov, com correcção de Lilliefors, constata-se que apenas o grupo de sujeitos

com limitações ao nível das estruturas genitourinárias revela uma distribuição normal (Anexo V). Os resultados obtidos com a aplicação do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, indicam que o QCP, contrariamente ao IAF, não revela capacidade para diferenciar sujeitos com diferentes alterações nas estruturas do corpo ($\chi^2_{kw}(8) = 8,22, p = 0,41$).

Analisada a distribuição da variável funcionalidade, face ao critério situação face ao emprego, verifica-se, pela aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov, com correcção de Lilliefors, que apenas o subgrupo de desempregados não segue uma distribuição normal (Anexo V). Tal como o IAF, o QCP mostrou, igualmente capacidade discriminativa relativamente à dimensão situação face ao emprego ($\chi^2_{kw}(5) = 31,2, p = 0,00$). De acordo com a aplicação do teste LSD de Fisher (Anexo Z) são encontradas diferenças significativas entre pessoas que nunca trabalharam quer comparativamente aos desempregados de curta duração (menos de um ano), quer aos empregados. Os desempregados de curta duração diferem significativamente das pessoas desempregadas de longa duração e também dos reformados. Finalmente, as pessoas empregadas diferem significativamente quer das desempregadas há mais de um ano, quer das reformadas. Os dados apontam a mesma tendência verificada no IAF: diferenças entre grupos de pessoas que trabalham ou trabalharam há pouco tempo e os que nunca tiveram essa experiência ou já se encontram afastados do mercado há algum tempo (pelo menos um ano).

6.4.3.5. Precisão

Foi calculado o valor de índice de Cronbach para a totalidade da 1ª Parte do instrumento, obtendo-se uma precisão de 0,80. Tendo sido encontrada uma estrutura factorial

composta por 7 factores, procedemos ao cálculo do alfa estratificado, em virtude da primeira medida poder constituir uma subestimação da consistência interna (Marôco & Garcia-Marques, 2006). Obteve-se um valor de $\alpha_{\text{Estr}} = 0,85$. Ambos os valores apontam para bons níveis de precisão (Marôco & Garcia-Marques, 2006).

Estimada a consistência interna das várias subescalas, foram obtidos valores indicadores de precisão inaceitável a elevada (Marôco & Garcia-Marques, 2006): $\alpha_{\text{Qualificações Profissionais}} = 0,68$; $\alpha_{\text{Condições Físicas e Emprego}} = 0,75$; $\alpha_{\text{Comunicação}} = 0,56$; $\alpha_{\text{Percepção Visual}} = 0,55$; $\alpha_{\text{Condições Físicas e Suporte Social}} = 0,46$; $\alpha_{\text{Cognição e Relações Interpessoais}} = 0,71$ e $\alpha_{\text{Membros Superiores}} = 0,80$. Os valores mais baixos, quanto à precisão, são verificados em subescalas com reduzido número de itens (de 2 a 4 itens), o que poderá ter afectado o valor de alfa de Cronbach (Marôco & Garcia-Marques, 2006; Nunnally & Bernstein, 1994).

Apenas para o factor 3 (Comunicação) se verifica que a eliminação do item 2 (Leitura e Escrita) faz aumentar o alfa de Cronbach de 0,56 para 0,57. Como se poderá observar mais adiante (Tabela 6.23), a eliminação deste item não faz aumentar a precisão da escala total e o item tem um poder discriminativo aceitável.

Com a aplicação do teste-reteste, a um conjunto de 30 sujeitos, foi obtido um valor de precisão de $r = 0,69$, a um nível de significância de 0,01, indicador de um valor de precisão baixo, ainda que próximo do recomendado como aceitável, por Nunnally e Bernstein (1994) face aos objectivos da presente fase de investigação: estudo da validade do constructo de funcionalidade para o trabalho e da precisão do QCP.

A recolha das respostas de reteste ocorreu, em média, passados 32,9 dias após a primeira aplicação ($DP = 4,21$), período garantido pelos técnicos que em cada instituição geriram o processo ou pela investigadora, no caso de pessoas com deficiência e incapacidade não afectas a instituições. Ocorreu uma excepção de entrega passados 45 dias após a aplicação

inicial. O valor médio para a obtenção da resposta de reteste é ligeiramente menor entre os sujeitos com deficiência do que entre os técnicos e houve, igualmente menor dispersão.

Do total de 30 sujeitos, 29 estavam afectos ou associados a instituições (6 organizações distintas, 3 delas com abrangência nacional). Este subconjunto de sujeitos apresenta uma média etária de 40,5 anos ($DP = 10,22$), ou seja, próxima do valor verificado na amostra total de 309 sujeitos, apresentando menor dispersão. A composição é também maioritariamente do sexo masculino (56,7%), ainda que em menor valor do que na amostra total (65%). O estado civil predominante é também o de solteiro, adquirindo, neste subconjunto, uma maior expressão (75,9%) do que na amostra (58,3%). Quanto às habilitações literárias, o nível mais frequente (33,3%) é igualmente o ensino secundário, mas este subgrupo mostra-se menos diferenciado na medida em que possui menor número de pessoas com bacharelato ou licenciatura (18,5%) e com 3º ciclo (7,4%), respectivamente os segundo (22%) e terceiro (20,3%) níveis mais frequentes na amostra global. Neste subconjunto, o segundo nível de habilitações mais frequente corresponde ao 2º ciclo (22,2%). Finalmente, no que concerne ao emprego, os estatutos mais frequentes correspondem ao de empregado/a (37,9%) e desempregado/a há mais de um ano (31%), o que se verificava igualmente na amostra global. Porém, este subgrupo não contém sujeitos reformados, possui menor número de sujeitos que nunca trabalharam (10,3%) e maior número de sujeitos desempregados há menos de um ano (17,2%).

Em suma, e face à amostra de sujeitos, o presente subgrupo apresenta características sociodemográficas similares, constituindo excepção, ainda que ligeira, o estado civil e o estatuto face ao emprego.

A precisão da 2ª parte do QCP foi estimada com recurso ao cálculo do α de Cronbach, tendo sido obtido um valor de 0,73. O teste-reteste, com a mesma amostra de sujeitos, conduziu a uma estimativa de precisão de 0,65, a um nível de significância de 0,01. As estimativas apontam para uma precisão baixa, ainda que, tal como referido anteriormente,

possam ser aceites (Nunnally & Bernstein, 1994), considerando os fins de investigação que presidem à utilização do questionário e a possível influência do reduzido número de itens na estimativa do valor da precisão.

6.4.3.6. Análise dos itens

Na Tabela 6.29 apresenta-se a caracterização descritiva referente à 1ª parte do QCP, ou seja, o conjunto de 30 itens que permitem a avaliação da funcionalidade para o trabalho.

Os valores médios nos itens encontram-se, na generalidade, abaixo de 1, sendo a exceção constituída pelos itens 13 (Capacidade para fazer trabalhos pesados, $M = 1,43$), já igualmente assinalado pelos técnicos no IAF, e 18 (Aceitação por parte dos empregadores, $M = 1,13$), indicadores da existência de uma limitação de funcionalidade de nível ligeiro. Apenas, igualmente, nestes dois itens e no item 11, relativo à velocidade motora, se obtêm valores de moda de 1, indicativos de um nível de limitação de funcionalidade ligeiro. A dispersão nas respostas é baixa, variando o desvio padrão entre um mínimo de 0,37 e 1,10.

Quatro dos itens apresentam problemas de sensibilidade (Curran et al., 1996; R. B. Kline, 2005), face aos níveis de assimetria e achatamento verificados: Item 6: Audição ($As = 3,40$; $Cu = 11,89$); Item 7: Fala ($As = 2,85$; $Cu = 8,37$); Item 8: Comunicação Oral ($As = 3,46$; $Cu = 15,39$); Item 24: Hábitos de Trabalho ($As = 2,99$; $Cu = 9,68$). Registe-se que, na análise das respostas dadas pelos técnicos, a subescala Comunicação (contendo os itens 2, 6, 7 e 8) embora não apresentasse problemas de sensibilidade, aproximava-se já de valores críticos (Curran et al., 1996; R. B. Kline, 2005) e o item 6 apresentava-se, igualmente, com problemas de sensibilidade.

Tabela 6.29

Análise dos Itens da 1ª Parte do QCP (N = 309)

Item	M	Mo	DP	As^a	Cu^b	Correlação Item- Total Corrigida	Alfa de Cronbach se Item Eliminado
1	0,56	0	0,83	1,41	1,14	0,41	0,79
2	0,27	0	0,58	2,25	4,69	0,33	0,80
3	0,49	0	0,84	1,56	1,30	0,32	0,80
4	0,42	0	0,72	1,78	2,67	0,31	0,80
5	0,79	0	1,03	1,12	0,11	0,06	0,81
6	0,22	0	0,62	3,40	11,89	0,26	0,80
7	0,21	0	0,55	2,85	8,37	0,34	0,80
8	0,12	0	0,37	3,46	15,39	0,25	0,80
9	0,46	0	0,79	1,49	0,92	0,20	0,80
10	0,42	0	0,81	1,78	1,71	0,24	0,80
11	0,76	1	0,74	0,86	0,74	0,31	0,80
12	0,79	0	0,91	0,99	0,11	0,32	0,80
13	1,43	1	1,10	0,23	-1,29	0,31	0,80
14	0,56	0	0,87	1,53	1,40	0,48	0,79
15	0,70	0	0,98	1,21	0,31	0,34	0,80
16	0,90	0	1,04	0,64	-1,03	0,26	0,80
17	0,67	0	0,80	1,05	0,47	0,24	0,80
18	1,13	1	0,90	0,50	-0,47	0,39	0,79
19	0,37	0	0,56	1,35	1,46	0,28	0,80
20	0,50	0	0,82	1,54	1,37	0,47	0,79
21	0,62	0	0,94	1,24	0,27	0,43	0,79
22	0,86	0	0,96	0,61	-1,00	0,51	0,79
23	0,61	0	0,78	1,25	1,15	0,42	0,79
24	0,21	0	0,55	2,99	9,68	0,40	0,80
25	0,27	0	0,57	2,39	6,41	0,30	0,80
26	0,51	0	0,89	1,54	1,04	0,23	0,80
27	0,22	0	0,52	2,56	6,93	0,15	0,80
28	0,43	0	0,65	1,88	4,54	0,21	0,80
29	0,43	0	0,69	1,66	2,58	0,30	0,80
30	0,56	0	0,74	1,36	1,63	0,37	0,79

Nota: ^a As: Assimetria. ^b Cu: Curtose.

Os itens com maiores assimetrias são relativos à audição (item 6) e a competências com ela relacionadas (Itens 7 e 8) o que, como discutiremos posteriormente, poderá estar relacionado com a composição da amostra com sujeitos com poucas e reduzidas limitações de funcionalidade. Esta informação é aliás corroborada pelo nível de gravidade de deficiência autopercepcionado pelos sujeitos (Item 43) que atinge um valor médio de 4,04 ($DP = 1,54$),

indicador de um ponto intermédio entre a afectação muito ligeira e muito severa. No que concerne à composição da amostra, verifica-se que o número de pessoas que assinalam limitação auditiva é diminuto (14,2%, sendo que 33 sujeitos assinalam limitação ligeira e 11 limitação severa) e o número de pessoas com alterações nas estruturas relacionadas com a voz e a fala não é elevado (9,4%).

Outros itens (Itens 24. Hábitos de trabalho, 25. Incentivo da família ou amigos e 27. Relações Interpessoais) apresentam igualmente valores de assimetria mais elevados. Foi verificado achatamento negativo em alguns dos itens (Itens 13. Capacidade para fazer trabalhos pesados; 16. Estabilidade da condição; 18. Aceitação por parte dos empregadores e 22. Acesso a oportunidades de emprego).

Apenas um dos itens – Item 18: Aceitação por parte dos empregadores, apresenta uma distribuição normal ($As = 0,50$; $Cu = 0,47$). Este indicador aparenta ser revelador da real compreensão dos sujeitos face ao impacto que a candidatura de uma pessoa com deficiência e incapacidade tem no mercado de trabalho e nos empregadores em particular, indiciando que funcionalidades diversas poderão ter níveis de aceitação distintos.

A avaliação do poder discriminativo dos itens foi averiguada com recurso ao cálculo da correlação item-teste corrigida (Tabela 6.29). Verifica-se que dois dos itens evidenciam um poder discriminativo inaceitável (5. Visão, 27. Relações Interpessoais) considerando o critério de valores inferiores a 0,20 (Hopkins & Antes, 1978, citados por Golden et al., 1984; Nunnally & Bernstein, 1994).

Outros itens revelam um poder discriminativo moderado (Nunnally & Bernstein, 1994), ou seja, com correlação item-total corrigida compreendida entre 0,20 e 0,30 (Itens 6, 8, 9, 10, 16, 17, 19, 26 e 28). Verificamos que os itens 6, 8, 9, 10 e 26 têm em comum um baixo poder discriminativo, seja o avaliador a pessoa com deficiência e incapacidade ou o seu técnico de

referência e são maioritariamente relativos a estruturas do corpo cujo funcionamento não se encontrava afectado na presente amostra. O item 27 apenas obtém baixo poder discriminativo no QCP, tratando-se de um item em que a resposta socialmente desejável pode ser frequente. Finalmente, os itens 16, 17, 19 e 28 possuem poder discriminativo no IAF, mas não no QCP. Estes últimos itens reportam à Estabilidade da Condição, Histórico de Trabalho, Aparência Pessoal e Bom Senso. Ainda que possamos presumir alguma menor informação, da parte do sujeito, que condicione a sua resposta ao item Estabilidade da Condição, tal não é aplicável aos restantes, sendo que os dois últimos são claramente permeáveis à desejabilidade social.

Tendo sido obtido um valor de alfa de Cronbach de 0,80 para o QCP, verifica-se (Tabela 6.29) que apenas a eliminação do item 5, relativo à visão, faz aumentar a precisão do QCP para 0,81.

Procedemos igualmente à análise da correlação de cada item com o total da subescala a que pertence, verificando que cinco itens apresentam uma menor correlação com a sua escala do que com o resultado da escala total (2. Leitura e Escrita ($r = 0,26$); 15. Tempo para Questões Médicas/Pessoais ($r = 0,25$); 19. Aparência Pessoal ($r = 0,27$); 20. Competências ($r = 0,45$) e 22. Acesso a Oportunidades de Emprego ($r = 0,45$)). Todos estes itens fazem baixar o alfa de Cronbach da sua subescala de pertença caso sejam eliminados, excepto o item 2 cuja eliminação faz aumentar a precisão da sua subescala em 0,01. Porém e como já referido anteriormente, a sua eliminação não faz aumentar a precisão da escala total e o item revela um poder discriminativo aceitável.

As menores correlações por item face ao total da escala são as relativas aos itens 5 e 27. O item 5, cuja correlação item-total corrigida é de 0,06, apresenta uma correlação com a subescala de 0,40, sendo o mesmo valor atingido pelo item 27, cuja correlação com o resultado total é de 0,15.

Decorrente da análise factorial sobre a estrutura do QCP, já anteriormente apresentada e para a qual foi encontrada uma composição de 7 factores principais, apresentamos, em seguida (Tabela 6.30), a caracterização descritiva das 7 subescalas.

A subescala que apresenta média mais elevada ($M = 5,53$) e igualmente maior dispersão ($DP = 3,61$) é a escala Condições Físicas e Emprego, o que será compreensível se considerarmos o seu carácter híbrido e o facto de ser a segunda subescala com maior número de itens (6 itens).

No que se refere à sensibilidade das subescalas, nenhuma apresenta valores críticos, ainda que a subescala Comunicação se aproxime ($As = 2,27$; $Cu = 5,61$) desses indicadores (Curran et al., 1996; R. B. Kline, 2005). Embora a subescala Comunicação tenha no IAF uma composição algo diversa de itens, foi igualmente esta que mais se aproximou dos valores críticos já apontados.

Tabela 6.30

Análise das Subescalas da 1ª Parte do QCP (N = 309)

Subescala	Nº Itens	M	DP	As^a	Cu^b
Qualificações Profissionais	7	3,39	3,07	1,63	3,38
Condições Físicas e Emprego	6	5,53	3,61	0,64	-0,07
Comunicação	4	0,82	1,41	2,27	5,61
Percepção Visual	2	1,20	1,47	1,16	0,44
Condições Físicas e Suporte Social	4	2,37	1,17	0,88	0,29
Cognição e Relações Interpessoais	5	2,25	2,47	1,35	1,61
Membros Superiores	2	0,88	1,45	1,54	1,41

Nota: ^a As: Assimetria. ^b Cu: Curtose.

Finalmente e no que respeita à 2ª parte do QCP (Tabela 6.31), composta por 12 pontos fortes para a empregabilidade, verifica-se que existe apenas um ponto forte (Item 37) com

moda igual a 1 (“Discordo totalmente”), relativo ao Conhecimento de empregador com uma vaga disponível, ou seja, este é o domínio em que os sujeitos assinalam menor facilitação da empregabilidade. A avaliação realizada pelos técnicos, sobre este mesmo ponto forte, é indicadora de menor dificuldade, ainda que a moda seja 2 (“Discordo”). Este dado contraria a tendência geral observada nos pontos fortes em que a avaliação efectuada pelos sujeitos é mais positiva.

Tabela 6.31

Análise dos Pontos Fortes do QCP (2ª Parte) (N = 295)

Item	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>Mo</i>	<i>AIQ</i> ^a	<i>As</i> ^b	<i>Cu</i> ^c
31	1	5	4	0	-0,32	0,06
32	1	5	4	2	-0,81	0,43
33	1	5	3	2	-0,19	-0,17
34	1	5	4	1	-0,35	-0,67
35	1	5	5	1	-1,13	0,94
36	1	5	4	2	-0,81	0,43
37	1	5	1	2	0,74	-0,31
38	1	5	5	1	-1,46	3,52
39	1	5	4	1	-0,63	0,07
40	1	5	5	2	-0,97	-0,23
41	1	5	5	1	-1,40	1,26
42	1	5	4	1	-0,65	0,1

Nota: ^a AIQ: Amplitude Inter Quartil. ^b As: Assimetria. ^c Cu: Curtose.

O ponto forte seguinte com menor moda ($Mo = 3$) (33. Tenho uma competência profissional que está a ser muito solicitada pelos empregadores.), tal como o item anterior, é igualmente relativo a um indicador externo, pertencente ao mercado de trabalho.

Os restantes pontos fortes apresentam valores de moda sempre superiores a 3, sendo os mais frequentes de nível 4 ou 5, indicando elevados níveis de concordância face à presença do ponto forte apontado, como já sublinhado. Os sujeitos tenderam a avaliar muito positivamente pontos fortes relativos a competências do próprio (responsabilidade e autonomias), pontuando com níveis menores características relacionadas com o seu ambiente externo, ou mais em particular o mercado de trabalho (competências profissionais solicitadas pelo mercado e vagas de emprego).

Todos os itens apresentam variabilidade entre os cinco níveis de concordância da escala de Likert, sendo os níveis de dispersão mais elevados observados nos pontos fortes 2, 3, 6, 7 e 10 (Fluência verbal; Competência profissional muito solicitada pelos empregadores; Apoio de pessoas de diversos contextos; Conhecimento de um empregador com uma vaga disponível e Autonomia nas deslocações nos transportes públicos; $AIQ = 2$). Na globalidade, os itens apresentam boa sensibilidade na discriminação entre sujeitos, considerando os valores de assimetria e curtose.

Os pontos fortes 1 (item 31: Inteligência, $As = -0,32$; $Cu = 0,06$) e 3 (item 33: Competência profissional solicitada pelo mercado, $As = -0,19$; $Cu = -0,17$) apresentam uma distribuição do tipo normal.

Finalmente e no que concerne à 3ª parte do QCP, observa-se que os sujeitos com deficiência e incapacidade percebem a gravidade da sua deficiência como moderada ($M = 4,04$, $DP = 1,54$), o que está em consonância com a avaliação efectuada pelos técnicos, com o IAF. Este item não apresenta problemas de discriminação entre sujeitos e segue uma distribuição próxima da normal ($As = -0,02$; $Cu = -0,49$) (Marôco, 2007). Similarmente ao verificado no IAF, por parte dos técnicos, também os sujeitos com deficiência e incapacidade

atribuem maior probabilidade à manutenção de um emprego do que à sua obtenção, sendo o primeiro valor percebido como próximo do bom ($M = 2,71$, $DP = 0,89$) e o segundo como razoável ($M = 2,26$, $DP = 0,87$). Além disso, existem diferenças significativas entre as ordens médias destas duas variáveis, verificadas com a aplicação do teste bilateral de Wilcoxon ($Z = -9,01$; $p = 0,000$). Igualmente, não são sinalizados problemas de sensibilidade nestes dois itens finais do QCP: Item 44, relativo às hipóteses de obtenção de emprego ($As = 0,09$, $Cu = -0,79$), e item 45, relativo às hipóteses de manutenção de emprego ($As = -0,38$, $Cu = -0,53$). Ainda que a tendência de resposta seja semelhante entre técnicos e sujeitos com deficiência e incapacidade, isto é, ambos antecipam uma menor probabilidade de obtenção de emprego comparativamente à sua manutenção, estes últimos percebem, para ambas as questões, probabilidades mais elevadas do que os seus técnicos de referência.

6.4.4. Discussão dos Resultados

A análise dos resultados seguirá a mesma ordem pela qual desenvolvemos o estudo dos instrumentos, iniciando-se, neste sentido, com a EAD-R e concluindo com os instrumentos relativos à avaliação da funcionalidade – IAF e QCP.

6.4.4.1. Escala de Adaptação à Deficiência - Revista

A análise factorial confirmatória revela um ajustamento sofrível do modelo de adaptação à deficiência, originalmente proposto por Groomes e Linkowski (2007), aos dados

portugueses. Ainda que o melhor ajustamento corresponda à estrutura factorial de 4 factores, a existência de um factor de segunda ordem (responsável pela explicação da correlação entre os 4 factores e que corresponderia à adaptação à deficiência) não parece ser desprezível, dada a proximidade dos índices de ajustamento de ambas as soluções. Esta explicação parece-nos claramente enquadrável no modelo proposto pelos autores, em que as quatro áreas de valores – Transformação, Contenção, Alargamento e Subordinação – apresentam fortes correlações e no seu conjunto concorrem para a adaptação à deficiência, tal como defendido por Linkowski (1971). Tal como já referido anteriormente, a estrutura factorial da versão reduzida EAD-R (32 itens) da ADS (50 itens) não foi estudada pelos autores, pelo que as considerações anteriores reportam à comparação com o instrumento original, desenvolvido por Linkowski (1971).

O desenvolvimento da análise factorial exploratória vem corroborar a existência de uma estrutura de 4 factores, ainda que com composição algo distinta da afirmada por Groomes e Linkowski (2007). Estes dados podem ser devidos à diferente composição de amostras de ambas as investigações, sendo que, na presente, não foram integrados sujeitos com dificuldades de aprendizagem ou abuso de substâncias, incluídos no estudo desenvolvido por Groomes e Linkowski (2007). Acresce ainda que estamos face a realidades socioculturais distintas – norte-americana e portuguesa – o que pode ter determinado formas de compreensão, sobre o conteúdo da escala, também diversas. A elevada correlação entre os factores, e particularmente acentuada entre os factores Contenção e Transformação ($r = 0,76$), e o reconhecimento, pelos próprios autores, de que o factor Transformação é transversal aos restantes três, poderá ter facilitado a saturação de itens em factores diversos do original.

O refinamento do modelo, decorrente da análise factorial confirmatória, aponta para uma eventual eliminação de 6 itens com erros correlacionados. Ainda que do ponto de vista estatístico haja algum ganho na qualidade de ajustamento do modelo (passando de sofrível a aceitável, mas não a bom), do ponto de vista teórico não nos parece defensável tal proposta,

pelo que optaremos pela sua manutenção na escala. Em primeiro lugar, a eliminação de 5 itens da subescala de Contenção e 1 da subescala Subordinação, deixaria ambas com apenas 4 itens, fragilizando-as do ponto de vista psicométrico. Acresce ainda e no que concerne aos itens contidos na subescala Contenção, que analisado o seu conteúdo, se verifica que este é, efectivamente, relativo à generalização da deficiência e incapacidade a diversas áreas de vida e aos sentimentos e cognições resultantes da interferência da deficiência e incapacidade no desempenho, revelando a dificuldade de contenção, pelo sujeito, dos efeitos da própria deficiência e incapacidade e reflectindo, facialmente, o factor que representa. Do mesmo modo, o conteúdo do item 5, parece-nos, igualmente, reflectir a subordinação do físico, na medida em que apela à importância da aparência e capacidade físicas na vida. Esta fundamentação parece-nos ser, também, corroborada pelas qualidades dos itens e das subescalas que referimos em seguida e cuja análise já tivemos oportunidade de reportar anteriormente. Em suma, parece-nos defensável a manutenção da totalidade dos itens e o recurso à solução procedente da análise factorial exploratória, salientando a necessidade de se efectuarem novas análises sobre a estrutura factorial da escala, nomeadamente na população portuguesa.

De acordo com a análise factorial exploratória, todos os itens possuem pesos factoriais aceitáveis, ainda que metade deles apresentem comunalidades inferiores ao desejável. Os factores no seu total explicam uma percentagem de variância dentro dos limites expectáveis, ainda que a variância média extraída se encontre abaixo do aceitável. O valor de variância total observada é, no entanto, superior ao valor encontrado pelos autores (Groomes & Linkowski, 2007) (42,1%) na estrutura de 50 itens da ADS.

Foi verificada a capacidade da EAD-R discriminar entre sujeitos em diferentes condições face à natureza da deficiência (congénita ou adquirida), à principal limitação detida,

à idade, ao tempo de aquisição desta mesma limitação, ao nível de habilitações literárias e ao estatuto face ao emprego, mas não em relação ao género.

As pessoas com deficiência congénita evidenciaram níveis de adaptação mais elevados, dado que se encontra em consonância com a investigação (Li & Moore, 1998; Livneh & Antonak, 1997). A dimensão tempo de vivência com a deficiência e incapacidade, na presente amostra, parece ter um importante papel na adaptação, na medida em que são os que nasceram com uma deficiência ou que a adquiriram há mais tempo que se encontram melhor adaptados. A investigação encontrada nem sempre vai neste sentido, sendo que, em alguns estudos, foi verificada a influência da duração da deficiência e incapacidade no processo de adaptação (Ford et al., 2001; Livneh et al., 1999; MacLeod & MacLeod, 1998; Rousseau et al., 1996) e em outros não (Krause, 1998; Livneh et al., 2004; Lucas, 2007; Martz, 2004). A discrepância de resultados obtida poderá estar relacionada com o facto de maioritariamente os sujeitos irem incrementando a adaptação à sua nova condição, à medida que o tempo avança. Porém, e sendo o processo de adaptação dinâmico e multideterminado, em novas etapas de vida, como novos desafios e confrontos, o sujeito poderá apresentar níveis de adaptação distintos, algumas das vezes ilustrando retrocessos no processo.

O viver há mais tempo com uma deficiência e incapacidade cruza-se com a idade do próprio sujeito que a experimenta. Na nossa amostra verificámos que os sujeitos em idade activa (dos 25 aos 44 anos) apresentavam melhores níveis de adaptação do que pessoas com mais de 65 anos. Este dado poderá eventualmente estar relacionado com novas limitações, dificuldades e desafios, resultantes do envelhecimento, que os sujeitos com mais de 65 anos experimentam e que poderão diminuir a sua adaptação, por implicarem um reequacionamento de valores. Alguma da literatura existente aponta no sentido de pessoas mais jovens apresentarem menores níveis de adaptação (D. S. Dunn, 1996; Livneh et al., 1999), sendo esta tendência justificada com o maior número de desafios, solicitações e papéis esperados em fases

mais precoces da vida, levando a que o processo de adaptação esteja em constante construção e ajustamento. Por outro lado, Galvin e Godfrey (2001) apontam a idade como uma dimensão importante no *coping* com a deficiência, considerando que os jovens se encontram melhor adaptados por evidenciarem uma maior flexibilidade comportamental facilitadora da adaptação. A diversidade de resultados obtida pelas diferentes investigações reforça, no entanto, a noção de que o processo de adaptação à deficiência é dinâmico, sofrendo oscilações ao longo das etapas de vida, em função dos confrontos e desafios que se colocam às pessoas com deficiência e incapacidade e não se explicando com base numa única variável como seja a idade.

Em consonância com a literatura consultada (Joiner et al., 1989; Livneh et al., 2004) e que aponta para que sujeitos com deficiências sensoriais ou físicas se mostrem mais adaptados em função de um maior leque de apoios disponibilizados, em diversas áreas de vida, também na presente amostra foram verificados maiores níveis de adaptação em sujeitos com limitações em funções relacionadas com o movimento e com o olho. Aceitando-se este argumento como igualmente válido para Portugal, em que se verifica uma maior rede de apoio, nomeadamente institucional, nas deficiências físicas e sensoriais, a par das deficiências intelectual e psicológica, os resultados obtidos poderão ser considerados esperáveis. Porém, Rousseau et al. (1996) verificaram, no estudo de validação da ADS para a língua francesa (ALP: *Échelle d'Acceptation de la Limitation Physique*), a inexistência de correlação significativa entre os resultados da ALP e o tipo de limitação física detida pelos sujeitos.

O poder discriminativo da ADS, considerando o nível de habilitações literárias, já havia sido demonstrado, por Linkowski (1971), verificando que estudantes universitários demonstravam níveis mais elevados de aceitação da deficiência do que clientes de uma instituição de reabilitação (com habilitações iguais ou superiores ao 6º ano de escolaridade). Igualmente, Rousseau et al. (1996) verificaram a existência de correlação significativa entre os

resultados da ALP e o nível de escolaridade. Em consonância com o descrito na literatura também, na presente amostra, se verificou que pessoas com bacharelato ou licenciatura se mostraram mais adaptadas do que as que possuíam o 1º Ciclo do Ensino Básico. Estes dados poderão estar, eventualmente, relacionados com o facto de os primeiros disporem de recursos pessoais, sociais, de informação e materiais distintos que lhes permitam melhor lidar e adaptar-se à deficiência e incapacidade.

No que diz respeito ao estatuto face ao emprego, verificamos que as pessoas empregadas apresentam maiores níveis de adaptação do que os desempregados de longa duração. A investigação existente vai, igualmente, neste sentido (Berglund et al., 2003; D. S. Dunn, 1996; Franulic et al., 2004; Jason et al., 2000), constatando-se também que as pessoas integradas profissionalmente, apresentam, na globalidade, uma melhor aceitação da deficiência. Ainda assim, e tal como tivemos oportunidade de discutir no ponto 3.5. Emprego e Adaptação à Deficiência e incapacidade do capítulo 3. Adaptação à Deficiência e incapacidade, não é clara a relação entre emprego e adaptação. Permanece por esclarecer se as pessoas empregadas, à partida apresentam uma maior adaptação e essa condição facilita a sua inserção profissional ou se são os benefícios decorrentes do trabalho que geram uma melhor adaptação. Krause (1996), sustentado em investigação desenvolvida, afirma que é, fundamentalmente, o trabalho que conduz a um maior ajustamento, ainda que o inverso seja igualmente verdadeiro.

Na amostra estudada, os sujeitos de ambos os sexos não diferiram quanto aos seus níveis de adaptação à deficiência. Também a este propósito, a investigação existente não se mostra conclusiva, sendo que autores como D. S. Dunn (1996) e Livneh et al. (1999) não verificaram diferenças segundo esta dimensão, mas Galvin e Godfrey (2001) apontam-nas como existentes, verificando que as mulheres são mais aceitantes do que os homens. Os resultados divergentes apontam para a necessidade de uma investigação mais aprofundada

sobre o papel da dimensão de género, quer isoladamente, quer na sua relação com outras dimensões de natureza social e cultural.

No que concerne à precisão deste instrumento, as medidas utilizadas apontam para um nível de precisão bom e correspondendo aos valores encontrados pelos autores da escala (Groomes & Linkowski, 2007; Linkowski, 1971) e pelos autores da versão para a língua francesa, na amostra canadiana (Rousseau et al., 1996). O valor encontrado para a amostra portuguesa, relativo ao teste-reteste é inferior ao verificado na investigação desenvolvida por Rousseau et al. ($r = 0,84$), obtido, no entanto, num período temporal consideravelmente mais curto (7 a 14 dias).

Os itens e subescalas apresentam boa sensibilidade na discriminação dos sujeitos, quer pela reduzida assimetria e curtose verificadas, quer pelos níveis de correlação de cada item com o total da escala, não se perspectivando modificações no conteúdo da EAD-R.

6.4.4.2. *Inventário de Avaliação da Funcionalidade*

O IAF apresenta uma estrutura de 6 factores, com semelhanças com a estrutura original proposta pelos autores e cujas divergências, provavelmente, resultam das adaptações introduzidas no Inventário e da sua aplicação a uma amostra portuguesa, com características sociodemográficas e culturais diferentes. Os 6 factores explicam 55,2% da variância total observada, valor que pode ser considerado esperável. Acresce, ainda, que quatro dos seus seis factores – 1, 3, 5 e 6 – apresentam variância extraída média inferior ao desejável.

Por um lado, consideramos que a diferente composição de amostras utilizadas em ambos os estudos poderá ajudar a trazer alguma compreensão aos presentes dados. A amostra, recolhida em Wisconsin, e sobre a qual recaiu a escolha da melhor estrutura factorial do IAF, era composta por sujeitos com deficiências físicas (por amputação ou alterações ortopédicas), doença mental, perturbações do desenvolvimento (*developmental disabilities*) ou dependência química. As duas últimas tipologias de deficiência e incapacidade não se encontravam representadas na amostra usada no presente estudo, introduzindo-se aqui uma primeira diferença. A participação de pessoas com perturbações do desenvolvimento foi excluída devido à antecipação de eventuais dificuldades de compreensão do instrumento (não pela resposta ao IAF, mas sim pela participação dos sujeitos no QCP). A dependência química, em termos nacionais, não se encontra classificada como deficiência e incapacidade, pelo que não foi igualmente incluída no presente estudo. Acresce, ainda, que na presente amostra, foram incluídas pessoas com deficiências orgânicas que não se encontram representadas na amostra de Crewe e Athelstan (1984). A resposta a alguns dos itens poderá assim ter sido influenciada pela tipologia de deficiência e incapacidade do sujeito, determinando percepções de funcionalidade, eventualmente, distintas.

Verificamos, ainda, que a média etária dos sujeitos com deficiência e incapacidade da amostra dos autores (30 anos) é inferior à por nós obtida (39,4 anos). Neste sentido, hipoteticamente, os sujeitos norte-americanos possuiriam menor experiência profissional e logo o seu padrão de respostas poderá ter divergido face ao agora obtido.

Os autores apontam, na globalidade, para a aplicação do instrumento em contexto de reabilitação (ainda que a referência não seja específica para a amostra de Wisconsin), o que não se verificou na presente investigação. O actual âmbito de aplicação incluiu não apenas este contexto, mas também o de formação profissional e o de associativismo (entidades que prestam aos seus associados com deficiência e incapacidade serviços nas áreas cultural, recreativa,

defesa dos direitos, entre outras). É de supor que pessoas localizadas em contextos diversos tenham também experiências de vida distintas, o que se terá, eventualmente, reflectido nas respostas obtidas.

As adaptações efectuadas na versão original do IAF, considerando a realidade nacional, nomeadamente no que concerne às políticas de deficiência e de reabilitação poderão, igualmente, ter determinado padrões de resposta distintos. Relembre-se que as adaptações não se limitaram ao seu conteúdo, mas também à forma de resposta. O facto de os técnicos não transcreverem a sua resposta para outra folha, como acontecia no instrumento original, assinalando-a directamente no instrumento, poderá ter introduzido maior rigor na resposta, no âmbito do presente estudo.

Não obstante a melhor estrutura factorial resultar da rotação ortogonal dos factores, verifica-se a existência de correlações significativas entre a maior parte dos factores, demonstrando-se a sua validade de constructo. A menor e não significativa correlação entre os factores 1 e 2 (Cognição e Comportamento Adaptativo, Funcionamento Motor e Adaptação ao Trabalho) compreende-se, possivelmente, pelo facto de as competências motoras não interferirem, isoladamente, com o funcionamento cognitivo e adaptativo do sujeito, como ocorre em perturbações como a espinha bífida ou a paralisia cerebral (Enkelaar, Ketelaar, & Gorter, 2008). A não inclusão de pessoas com défices no funcionamento cognitivo poderá ter acentuado a ausência de correlação. Do mesmo modo, a ausência de correlação significativa entre os factores 4 e 6 (Percepção e Oportunidades de Emprego, Comunicação) poderá estar relacionada com o facto de as competências da visão dos sujeitos não interferirem, em regra, com as suas competências de comunicação (Dias, 1998). A limitação visual, independentemente do seu grau, apenas tem implicações, no plano da comunicação, no domínio da leitura e escrita, caso os sujeitos não utilizem ou dominem produtos de apoio ou não consigam aceder a material manuscrito. Na amostra estudada, estas limitações conjuntas

podem não se ter verificado, o que está de acordo com o facto de muitos dos cegos da amostra terem respondido ao QCP com recurso ao computador e a *softwares* adaptados.

A validade relativa a um critério externo foi demonstrada pela capacidade de discriminar sujeitos por nível de gravidade de deficiência, principal limitação, estatuto face ao emprego, mas não face à natureza congénita ou adquirida da deficiência. Cumpre-se, assim e para a população portuguesa, a função proposta pelos autores, de ser aplicável a vários tipos de clientes dos serviços de reabilitação (Crewe & Athelstan, 1984), ainda que não apurando o detalhe específico de cada tipologia de deficiência e incapacidade, mas fornecendo informação acerca da funcionalidade de sujeitos que, à partida, apresentam limitações distintas e diversas quanto à sua gravidade.

Em consonância com o verificado por Pakenham (1999), são as pessoas com deficiências mais severas que apresentam menor funcionalidade, o que se encontra dentro do esperável, considerando que uma maior gravidade da deficiência corresponderá, *a priori*, à afectação de maior número de funções.

Não obstante a capacidade discriminativa do IAF face ao grau de deficiência atribuído aos sujeitos, as semelhanças verificadas entre os níveis 1 e 2, 4 e 5 e, de algum modo, entre o 6 e o 7 levam a questionar se os sujeitos não vêm condicionada a sua capacidade discriminativa com a extensão da escala, tendo-se optado pela sua redução de 7 para 6 pontos (Hill & Hill, 2008). A dificuldade de discriminação e o possível efeito de tendência central ocorrido (o valor médio neste item corresponde ao ponto médio da escala e o achatamento do item é negativo) fundamentam esta decisão (Matell & Jacoby, 1972).

No que concerne aos objectivos do presente estudo, a capacidade de discriminação do IAF face a sujeitos com diferentes posicionamentos no mercado de trabalho, adquire elevada importância, na medida em que revela o seu potencial como instrumento útil ao estudo das implicações da funcionalidade para o trabalho no comportamento de procura de emprego.

Com efeito, verificou-se que o IAF distingue entre sujeitos que se encontram afastados do mercado de trabalho e que apresentam maiores limitações de funcionalidade e os que lhe estão mais próximos (desempregados há menos de um ano) ou que se encontram mesmo integrados (empregados ou instalados por conta própria). Uma vez mais, estes dados, além de esperáveis, seguem a tendência observada em outros estudos (Berglund et al., 2003; Jason et al., 2000), em que as pessoas com deficiência que se encontravam a trabalhar apresentavam melhor estatuto de saúde funcional e menores limitações. Igualmente e de acordo com os dados do Eurostat (2003), sabe-se que apenas 20% das pessoas com incapacidade de grau severo se encontra a trabalhar. Face aos objectivos do presente estudo, confirma-se o valor do IAF no rastreio da funcionalidade para o trabalho e aponta-se a sua futura utilidade em contexto de reabilitação profissional com vista à inserção laboral de pessoas com deficiência e incapacidade.

Constatando-se a funcionalidade mais elevada entre os sujeitos que estão a trabalhar, por conta própria ou de outrem, e a mais baixa entre os sujeitos que nunca trabalharam, a funcionalidade para o trabalho, avaliada pelo IAF e consequentemente também pelo QCP, parece apelar para dimensões relacionadas com a existência de experiência profissional, atestando a ideia defendida pelos seus autores de que a funcionalidade não advém exclusivamente de características pessoais, mas também de outras, neste caso, em particular, relacionadas com o ambiente laboral.

Finalmente, o IAF possui validade concorrente com o QCP verificada pelas correlações significativas entre os factores com composição similar e entre as avaliações globais de funcionalidade efectuadas por técnicos e sujeitos com deficiência e incapacidade, como teremos oportunidade de discutir, com maior detalhe, aquando da análise dos resultados do QCP.

O IAF apresenta boa a elevada precisão em ambas as partes principais do instrumento.

No que concerne à análise dos itens, apenas um – Item 6: Audição – apresentou claros problemas de sensibilidade. Refira-se que, na análise efectuada sobre os itens do QCP, este item revelou-se igualmente pouco sensível. Não contendo, *a priori*, a presente amostra sujeitos com deficiência auditiva, ainda assim, esta componente de funcionalidade foi classificada, por alguns técnicos, o que pode ajudar a compreender a assimetria verificada. De entre a totalidade de 213 elementos da amostra, 15 técnicos assinalaram défice nesta área, sendo que 12 reportaram limitação de nível ligeiro, 1 de nível moderado e 2 de nível severo. Não obstante as propriedades do item, considerando a audição uma componente não dispensável na classificação da funcionalidade humana, o item manter-se-á nos instrumentos, ainda que a sua redacção sofra ligeiras alterações, tal como sugere o seu valor de correlação item-teste corrigida (quer com o total da escala, quer da subescala em que se encontra inserido). As alterações vão no sentido de adequar o item à graduação dos graus de surdez, aumentando a discriminação entre os seus níveis (o nível 1 passou a ser relativo à audição de sons baixos) e eliminando as referências específicas da deficiência auditiva, mais características de uma deficiência severa e representadas no nível 3 (o nível 2 passou a ser relativo à dificuldade em ouvir conversas ou utilizar o telefone, perdendo as menções ao uso da leitura labial e à captação de sons ambientais). Acresce ainda que este é o único item cuja eliminação faz aumentar a precisão da subescala a que pertence, bem como que apresenta um poder discriminativo muito baixo.

As elevadas assimetrias verificadas em outros itens do IAF poderão ser justificadas com o facto de a maioria das pessoas com deficiência avaliadas apresentarem limitações moderadas a severas num número limitado de áreas funcionais (Neath et al., 1997), em função das diversas tipologias de deficiência e incapacidade dos sujeitos que compõem a presente amostra e que, neste caso em particular, incluem todas as deficiências à excepção da intelectual e auditiva.

Considerando a correlação item-total corrigida, verifica-se que o item relativo à visão, também, apresenta valor inferior ao limite aceitável (Hopkins & Antes, 1978, citados por Golden et al., 1984) pelo que será alvo de reformulação. Esta reformulação é relativa à introdução, na redacção do nível 1 do item, de menção à dificuldade em ler letra pequena, expressão que já constava no nível correspondente do QCP.

A subescala Comunicação aproxima-se dos valores críticos de sensibilidade, o que não nos parece condição suficiente para ponderar a sua eliminação ou reformulação.

Para concluir a discussão sobre os dados relativos à primeira parte do instrumento, importa reportar a alguma da informação qualitativa, recolhida nesta fase da investigação e não apurada durante o estudo piloto. Dois técnicos referiram ter dificuldade em classificar o item relativo ao Funcionamento das Mãos (Item 10), na medida em que alguns sujeitos, embora possuam limitações graves (ex. amputação parcial ou existência de cotos, com ou sem prótese), têm uma boa funcionalidade. Considerando a relevância deste comentário, a formulação do item passará a conter a referência a mãos e também a cotos, de forma a abranger uma maior amplitude de condições.

Relativamente aos 12 pontos fortes, verifica-se que a eliminação de dois dos itens (itens 40 e 41) faz aumentar a precisão desta componente do IAF, sendo que estes apresentam as mais baixas correlações corrigidas com o resultado total da escala. Não obstante, os itens serão mantidos dada a sua importância no estudo sobre o acesso ao emprego. Anteriormente, tivemos já oportunidade de discutir a importância da autonomia nas deslocações na inserção profissional (Catalano et al., 2006; Magill-Evans et al., 2008). Em função do tipo de deficiência e das limitações dela decorrentes, outros suportes ou autonomias poderão ser necessários ao nível das actividades diárias, algumas das quais desenvolvidas em contexto de

trabalho (ex. alimentação e uso de casa de banho) e determinantes para o acesso e manutenção do posto de trabalho (Holt, Chambless, & Hammond, 2006).

A segunda parte do instrumento apresenta itens com boa sensibilidade. Assim, e face ao exposto, não se consideram, por ora, alterações no conteúdo do inventário, para além das já referidas.

Finalmente, e no que diz respeito à 3ª parte do IAF, os dados obtidos vão no sentido esperado e de acordo com o descrito na literatura, indicando a representação da realidade da deficiência e da sua inserção profissional. O nível de deficiência médio observado situa-se no moderado, o que é congruente com a perspectiva de inserção profissional, em que é menor a integração de pessoas com deficiências severas (Eurostat, 2003). Os técnicos reportam, igualmente, que o acesso ao mercado de trabalho, mais do que a manutenção de um posto de trabalho, se insere como uma das principais dificuldades na inserção profissional de pessoas com deficiência, tal como a investigação aponta (European Commission, 2001).

6.4.4.3. *Questionário de Competências Pessoais*

A estrutura factorial encontrada apresenta semelhanças com a obtida no estudo do IAF, ainda que no QCP tenham sido encontrados 7 factores após rotação oblíqua. Este conjunto de factores explica 53,2% da variância observada, o que se encontra no limite expectável (Tinsley & Tinsley, 1987). Todos os factores, à excepção de um, apresentam variância média extraída inferior ao desejável.

O QCP revela menor potencial discriminativo do que o IAF, sendo, no entanto, capaz de discriminar sujeitos em função da gravidade da deficiência e incapacidade, mas não em função da tipologia principal de limitação. À semelhança do IAF, e tal como encontrado na literatura (Pakenham, 1999), são as pessoas com deficiências de nível mais severo que apresentam maiores limitações funcionais. O último dado poderá estar relacionado com a natureza do próprio instrumento, concebido para funcionar como um sistema de classificação dos sujeitos quanto à sua funcionalidade e não como um instrumento de avaliação aprofundada de cada incapacidade. Neste caso em particular, e porque a avaliação é realizada pelos sujeitos com deficiência e incapacidade, esta discriminação, por limitação do corpo, pode ser menos fina e aprofundada do que a efectuada pelos técnicos. Os técnicos, fruto da natureza das suas funções e experiência profissional terão, eventualmente, uma maior experiência avaliativa, o que poderá fomentar uma maior capacidade analítica. No que concerne ao carácter congénito ou adquirido, técnicos e pessoas com deficiência e incapacidade avaliaram de modo semelhante a funcionalidade nestes dois grupos.

Porém, e tal como o IAF, revela capacidade de discriminar entre sujeitos em diferentes condições face ao emprego, sendo a menor funcionalidade avaliada, igualmente, nos grupos com maior afastamento face ao mercado de trabalho: reformado, nunca trabalhou e desempregado há mais de um ano. Em conformidade com a literatura consultada (Berglund et al., 2003; Jason et al., 2000) e os dados estatísticos sobre o emprego desta população (Eurostat, 2003), são as pessoas com maior proximidade ao mercado de trabalho (integrados e desempregados de curta duração) que apresentam níveis de funcionalidade mais elevados. Como afirmado anteriormente, para o IAF, a capacidade de discriminação da variável funcionalidade face ao estatuto de emprego do sujeito, atesta a utilidade da sua utilização em contexto de reabilitação e promoção da inserção profissional.

Não obstante a capacidade discriminativa do QCP face ao grau de deficiência auto-atribuído pelos sujeitos, as semelhanças verificadas entre os níveis 1, 2 e 3, entre os níveis 4 e 5 e entre o 6 e 7 levam a questionar se os sujeitos não vêm condicionada a sua capacidade discriminativa com a extensão de sete pontos da escala, procedendo-se à sua redução de 7 para 6 pontos. À semelhança do verificado no IAF, também no QCP a média das respostas dos sujeitos é coincidente com o valor médio da escala e o achatamento do item é negativo, fundamentando-se nestes critérios a redução de pontos da escala (Hill & Hill, 2008; Matell & Jacoby, 1972).

O elevado número de omissos verificados em relação às questões relativas à empregabilidade e maioritariamente contidas nos factores Qualificações Profissionais e Condições Físicas e Emprego, leva-nos a questionar, e à semelhança do IAF, o âmbito de aplicação destes instrumentos. O padrão de distribuição de omissos aponta no sentido de boa parte destas questões se colocarem e fazerem maior sentido a pessoas desempregadas e à procura de emprego e não tanto a pessoas empregadas ou reformadas (ex. Finanças; Aceitação por parte de Empregadores; Disponibilidade para Trabalhar). Este indicador vai no sentido do campo de aplicação proposto e estudado pelos autores, reforçando a noção de que a funcionalidade individual não emana exclusivamente de características pessoais, mas também sociais e ambientais, cuja influência será variável em função da condição de emprego em que a pessoa se encontra, em determinada fase de vida.

A validade concorrente do QCP fica demonstrada pela sua correlação positiva e significativa com a avaliação da funcionalidade efectuada pelos técnicos (IAF). Os resultados obtidos apontam no sentido de os sujeitos com deficiência e incapacidade avaliarem menos positivamente a sua funcionalidade, ainda que assinalem a existência de mais pontos fortes promotores da sua empregabilidade. Foi verificado que as divergências da avaliação entre

técnicos e sujeitos com deficiência e incapacidade não se devem a características da amostra relacionadas com a deficiência.

No presente estudo, a avaliação mais positiva, por parte dos técnicos quanto à funcionalidade individual, contraria a tendência observada na investigação desenvolvida por Biggan e Graves (1996), já referida neste trabalho e também investigação desenvolvida com pessoas com lesão cerebral traumática (Tyerman & Tyerman, 2009), recorrendo igualmente ao IAF e ao QCP, em que os sujeitos apresentavam menor consciência das suas limitações, avaliando mais positivamente o seu desempenho. Pelo contrário, os resultados obtidos quanto à valorização de pontos fortes de empregabilidade pelos sujeitos com deficiência e incapacidade corroboram o verificado por estes autores, ainda que, nos estudos referidos, os sujeitos tivessem apenas assinalado a ausência ou presença de pontos fortes (no presente estudo era solicitada a avaliação do nível de concordância). Porém, Brouwer et al. (2005) ao estudarem as limitações relacionadas com o trabalho, em pessoas com lombalgia, verificaram que estas tendiam a avaliar mais negativamente as suas capacidades do que os fisiatras que as submeteram a exames clínicos ou os observadores que analisaram o seu desempenho funcional face a tarefas concretas, sendo estes últimos os que apresentavam as avaliações mais favoráveis de todos.

A investigação aponta no sentido de ser comum a reduzida convergência entre duas ou mais fontes de informação, tal como já ilustrado pela investigação acima descrita (Biggan & Graves, 1996; Brouwer et al., 2005; Tyerman & Tyerman, 2009). Outros autores observaram igualmente a existência de divergências. Morris et al. (2005) verificaram, em pessoas com lesão cerebral, algumas das quais com limitações físicas, que áreas como a competência de comunicação em grupo ou a aparência física eram negligenciadas pelos técnicos de saúde, mas valorizadas pelo próprio. Este efeito mostrou-se particularmente acentuado em pessoas em cadeira de rodas. Brouwer et al. (2005) verificaram que a concordância, na avaliação de

limitações relacionadas com o trabalho, entre pessoas com lombalgia e fisiatras variava entre 27 e 86%, sendo que o acordo médio encontrado por Lattig et al. (2009) foi de 51,2% na avaliação dos ganhos decorrentes de cirurgia à coluna vertebral, efectuada por doentes e respectivos cirurgiões. Ainda que constatando um acordo mais elevado (variando entre 75,9 e 88,6%), também Ingram et al. (2010) encontraram divergências na avaliação da condição da incapacidade entre doentes com esclerose múltipla e dados provenientes da sua informação clínica.

Na área da deficiência e incapacidade, a informação proveniente de seus cuidadores primários ou familiares pode também constituir um recurso de avaliação da condição, sobretudo em casos em que haja compromisso de linguagem e comunicação. Também neste domínio a divergência de percepções parece manter-se. Na avaliação da capacidade funcional, nomeadamente no que se refere às AVDs básicas e instrumentais (ex. fazer compras, cozinhar refeições), Chen, Hsieh e Huang (2007) verificaram uma correlação entre as avaliações efectuadas por pessoas que sofreram acidente vascular cerebral e os seus representantes, entre 0,60 e 0,71, consoante se tratava da avaliação das primeiras ou das segundas actividades. Ao compararem os resultados da avaliação sobre a funcionalidade e a participação de pessoas que sofreram acidente vascular cerebral com as dos seus familiares ou representantes (pessoa com relação próxima e nomeada pela própria pessoa com deficiência), Schlote et al. (2009) encontraram igualmente divergências, sendo que a correlação obtida variou entre 0,67 e 0,83.

Brouwer et al. (2005) apontam como possível justificação para a reduzida concordância entre as diferentes fontes o facto de partirem de bases distintas. Por um lado, as pessoas com deficiência e incapacidade, ou mesmo as suas famílias ou outros significativos, realizam uma avaliação mais influenciada pela sua história, pelas suas estratégias de *coping* com a condição, pelas suas crenças, entre outros factores, mas contendo igualmente informação sobre o confronto diário com desafios físicos e formas de os colmatar. Por outro lado, os técnicos

avaliam a funcionalidade com recurso a instrumentos a partir dos quais é inferida a funcionalidade do sujeito em contexto real e tendem a comparar este desempenho com normativos ou com desempenhos de outros indivíduos. No caso particular da investigação desenvolvida por estes autores, a avaliação realizada por um observador, que efectuava o registo operacional face a uma tarefa, poderá corresponder a uma medida mais objectiva e com menor grau de inferência. O papel das expectativas anteriores na avaliação da condição de funcionalidade poderá também ajudar a compreender a divergência maioritariamente verificada (Lattig et al., 2009), na medida em que sujeitos e técnicos poderão percepcionar as suas expectativas como mais ou menos concretizadas face a processos de reabilitação. Acrescentaríamos a estas justificações, a experiência diferencial no domínio da avaliação detida por técnicos e por pessoas com deficiência e incapacidade ou pelos seus significativos. Há, também, a considerar a variabilidade comportamental em função das situações e contextos interactivos que fazem com que uma fonte, seja ela qual for, seja necessariamente limitada.

Em suma, os resultados obtidos no presente estudo seguem o descrito na literatura no que concerne à divergência de percepções sobre a funcionalidade individual de técnicos e pessoas com deficiência e incapacidade, ainda que a menor valorização de competências de funcionalidade, por parte deste último grupo, não seja verificada na totalidade da literatura consultada.

Estas divergências, se não trabalhadas, podem ter implicações no desenho da intervenção em reabilitação, em que face a objectivos, prioridades e percepções distintas, as partes envolvidas trabalham em sentidos divergentes ou, pelo menos, nem sempre comuns, condicionando a definição da oferta de intervenção (Brouwer et al., 2005) e, eventualmente, o resultado do processo de reabilitação da funcionalidade da pessoa. Ainda que o objectivo da reabilitação seja a melhoria da funcionalidade da pessoa através da redução das limitações e do desenvolvimento de competências, a sua eficácia não se resume a resultados objectivos,

incluindo também a percepção subjectiva das partes (Brouwer et al., 2005) sobre a melhoria, evolução ou satisfação.

Acresce ainda que, e tal como sublinham Lattig et al. (2009), o recurso a diversas fontes permite uma visão mais equilibrada da realidade, controlando o eventual enviesamento proveniente de uma delas e o reconhecimento de que a informação fornecida pelas pessoas com deficiência e incapacidade é credível e útil (Ingram et al., 2010) por traduzir a vivência única do lidar com a sua deficiência e incapacidade em particular.

Tradicionalmente, a avaliação da funcionalidade tem ficado maioritariamente a cargo de técnicos (Morris et al., 2005), o que é atestado pela existência de maior número de instrumentos de hetero-avaliação (Bolton, 2001). Considerando a divergência habitualmente observada entre as diversas fontes de informação, e igualmente os resultados obtidos com o presente estudo, parece-nos clara a vantagem do uso conjunto de informação proveniente de ambas as fontes. Em particular, face ao uso articulado do IAF e do QCP, afigura-se-nos como possível e vantajoso o confronto de opiniões distintas, em que ambas as partes conheçam a opinião da outra e a definição conjunta de objectivos e estratégias de reabilitação e de inserção.

Constatada e analisada a divergência entre as fontes de informação e avaliação da funcionalidade, importa agora analisar em que domínios esta ocorre com maior preponderância. No que concerne à natureza das diferenças de avaliação da funcionalidade, observou-se que os sujeitos são mais críticos quanto às suas qualificações profissionais, apontando os técnicos para uma maior preocupação com o comportamento adaptativo, associado à actividade cognitiva, motora e visual. Se atendermos à composição de cada um destes factores, verifica-se que os técnicos têm uma visão mais negativa acerca das competências prévias, relacionadas com a aprendizagem e a relação interpessoal, associadas ao emprego, enquanto os sujeitos centram a sua atenção crítica em comportamentos resultantes da

interacção entre as suas competências e as exigências do mercado de trabalho, isto é, as qualificações profissionais e empregabilidade. Eventualmente, os técnicos, em função da sua experiência de suporte a esta população, valorizam mais a aquisição e treino de competências académicas e profissionais (área algo deficitária como já tivemos oportunidade de salientar aquando da revisão da literatura, na secção 2.2. Outros factores condicionantes do emprego na deficiência e na incapacidade), tornando-se mais exigentes na sua análise. Duas ordens de factores podem ajudar a compreender os presentes resultados. Por um lado, os técnicos assumem na sua prática profissional o desenvolvimento e avaliação de treinos de competências, o que poderá ter levado a que se centrem mais analiticamente nesta área. Por outro lado, a diversidade de valências (formação profissional, ensino, reabilitação e apoio à inserção) incluídas na presente investigação determina que a amostra contenha técnicos com e sem prática de apoio à inserção profissional, sendo esperável que estes últimos conheçam menos bem as dinâmicas do mercado de trabalho e as atitudes dos empresários face à admissão de pessoas com deficiência e incapacidade. Ao invés, as pessoas com deficiência parecem não valorizar tanto o seu perfil de competências prévio, sendo mais críticas quanto à sua aproximação ao mercado de trabalho. Eventualmente, os sujeitos terão um maior conhecimento concreto neste domínio do que os seus técnicos de referência, fruto das suas experiências reais de aproximação ao mercado (envio de currículos, entrevistas de emprego, entre outros).

Os dados obtidos no presente trabalho divergem, em parte, dos obtidos por Tyerman e Tyerman (2009), na medida em que os técnicos que avaliaram a funcionalidade de pessoas com lesões cerebrais traumáticas se mostraram mais críticos no que concerne às subescalas comportamento adaptativo, condição física e qualificações profissionais. As divergências face ao tipo de composição da amostra e dos instrumentos utilizados podem ajudar a compreender a diferença nos resultados.

Na avaliação dos pontos fortes, por parte dos sujeitos, é ainda possível verificar que as avaliações mais positivas são relativas a competências do próprio, enquanto as menos positivas são referentes a dimensões externas à pessoa e ligadas ao contexto profissional. Neste âmbito, ainda que os sujeitos assinalem a existência de maior número de pontos fortes para a empregabilidade do que os técnicos, ambas as partes tendem a ser particularmente críticas em relação às mesmas competências: competências profissionais solicitadas pelo mercado e existência de uma vaga disponível. Esta perspectiva crítica adoptada por pessoas com deficiência e incapacidade (e também pelos técnicos) parece ser um ponto favorável à sua inserção profissional. Bolton (1983) verificou que os desempregados que explicavam a sua dificuldade de inserção com base no seu currículo tinham maior probabilidade de continuar a procurar emprego do que aqueles que atribuíam a dificuldade à deficiência, devido a uma maior atribuição causal interna no primeiro caso.

A elevada presença de pontos fortes, que classificam um também elevado potencial de empregabilidade dos sujeitos com deficiência e incapacidade, assinalada pelos próprios, não nos parece congruente com as, igualmente, elevadas taxas de desemprego verificadas entre esta população e já anteriormente referidas. De algum modo, quer a avaliação da funcionalidade para o trabalho, quer dos pontos fortes de empregabilidade poderá ter sido algo permeável a um efeito de desejabilidade social, possivelmente potenciado pela elevada transparência dos itens, mais acentuada no QCP.

Tal como aconteceu no IAF, o QCP apresenta uma boa precisão na primeira parte e aceitável na segunda, ainda que quatro das suas subescalas apresentem precisão inaceitável. Apenas a eliminação de um item – Leitura e escrita - faz aumentar a precisão da subescala em que se insere. A precisão total do QCP apenas aumentaria, em 0,01, com a eliminação do item relativo à visão. No entanto, à semelhança do afirmado anteriormente para o item relativo à

audição no IAF, esta opção não nos parece razoável considerando a centralidade desta competência na análise da funcionalidade humana.

Quatro itens apresentam problemas de sensibilidade, sendo que três deles integram a subescala Comunicação, uma das subescalas que apresentou menor variância extraída média, e o quarto é relativo aos hábitos de trabalho. As assimetrias mais elevadas podem ser compreendidas se consideramos que, na generalidade, a maior parte dos sujeitos reporta poucas e reduzidas limitações de funcionalidade, tal como podemos constatar pela média obtida para os diferentes itens. Esta informação é aliás corroborada pelo nível de gravidade de deficiência autopercebido pelos sujeitos (Item 43) que atinge um valor indicador de uma afectação entre muito ligeira e muito severa, ou seja, média. É, ainda, de ponderar se os valores mais elevados de assimetria, nos itens da subescala Comunicação, não poderão estar relacionados com a própria composição da amostra. Intencionalmente não foram incluídos na amostra sujeitos com limitação auditiva (componente onde se verifica uma maior assimetria), mas ainda que não estando identificados como tal, alguns sujeitos auto-reportaram essa limitação, e em diminuto número avaliando-a como severa. Do mesmo modo, a elevada assimetria verificada nos itens relativos à Fala e à Comunicação Oral poderá ter a sua origem na reduzida participação de pessoas com limitações nas estruturas relacionadas com a voz e a fala. Face aos resultados obtidos, o item Audição será alvo de reformulação, sendo em primeiro lugar retirada a referência, no título do item, ao uso de aparelho auditivo, dado que esta pode ter induzido pessoas que não o usam, a não responder à questão. Foi ainda melhorada a discriminação entre os níveis do item, em função dos graus de severidade de deficiência auditiva, passando o nível 1 a ser relativo à dificuldade em ouvir sons baixos e perdendo a referência ao uso do telefone que, por sua vez, foi integrada no nível 2 a par da audição de conversas. Finalmente, o nível 3 passou a corresponder à redacção do item correspondente do IAF (“Oíço mal ou sou surdo/a.”).

Recorde-se que na versão traduzida e adaptada, três dos níveis do item faziam referência ao uso do telefone e/ou ao ouvir de conversas, não facilitando a discriminação pretendida. Uma vez mais, não se pondera a eliminação do item pela sua relevância na avaliação da funcionalidade global e em particular para um desempenho laboral.

Considerando a reduzida sensibilidade do item relativo aos hábitos de trabalho (item 24) é proposta a sua reformulação, com o objectivo de aumentar a discriminação entre os seus níveis, e recorrendo para tal a uma aproximação ao texto do IAF. Assim, a formulação da adjectivação dos hábitos de trabalho, do nível 2, foi alterada para “não serão os melhores” (anterior formulação: “Os meus hábitos de trabalho não são bons ...”), visando torná-la, em simultâneo, menos permeável ao efeito de desejabilidade social. Quanto ao nível 3 do item, foi retirada a expressão “e não tenho muita esperança de que possam ser mudados”, substituindo-a por “e não tenho potencial para alterá-los”, criando-se assim uma maior gradação nos três níveis finais: “Não tenho tido muita oportunidade de desenvolver hábitos de trabalho, mas tenho vontade e capacidade para os desenvolver, se for aconselhado.”, “Os meus hábitos de trabalho não serão os melhores, pelo que necessito de formação complementar para os melhorar.” e “Os meus hábitos de trabalho são muito fracos e não tenho potencial para alterá-los.”.

São ainda observados valores, próximos de críticos, em itens relacionados com as Qualificações Profissionais, Suporte Social e Relações Interpessoais. É de equacionar a ocorrência de algum efeito de desejabilidade social, eventualmente, facilitada pela transparência dos itens tradutores de comportamentos específicos e particulares de cada competência. O achatamento negativo verificado em itens relacionados com as Condições Físicas e Emprego e com as Condições Físicas e Suporte Social poderá decorrer, em certa medida, da composição da amostra, com sujeitos com condição de empregabilidade e cujas

dimensões que a caracterizam terão sido avaliadas, pela maior parte dos sujeitos, de modo algo uniforme.

Tomando como critério a correlação item-total corrigida, constata-se que quer o item relativo à visão, quer o relativo às relações interpessoais revelam pouco poder discriminativo. Relativamente ao item com menor correlação de todos (5. Visão) acreditamos que, por estarmos face a uma competência em défice na generalidade da população, sem que se constitua, necessariamente, como uma deficiência e incapacidade, algumas pessoas podê-la-ão ter assinalado por se tratar de um instrumento de autocaracterização e por ser uma limitação comum e generalizada, não facilitando, assim, a discriminação entre sujeitos. Outra explicação para os actuais resultados poderá estar relacionada com a possibilidade de alguns sujeitos terem descurado ou ficado confusos com a informação contida no título do item (com óculos ou lentes de contacto se os/as usar), reflectindo a sua resposta a ausência destes apoios. No caso do domínio das relações interpessoais (Item 27) consideramos poder estar face a um enviesamento decorrente do efeito de desejabilidade social, em que muitos dos sujeitos terão procurado dar uma imagem positiva acerca da sua capacidade de relacionamento com os outros, o que é corroborado pelo baixo valor médio do item. A manutenção de ambos os itens no instrumento parece-nos defensável dada a sua pertinência no estudo da funcionalidade humana, porém, a sua redacção beneficiará de melhoria. No primeiro caso, será retirada a informação integrada no título acerca do uso de produtos de apoio, dado que poderá ter sido geradora de confusão, sobretudo em pessoas que não usem este tipo de produto de apoio. No que concerne às relações interpessoais, a última alternativa de resposta (perda de emprego devido a problemas de relação) é altamente permeável ao efeito de desejabilidade social (apenas 2 sujeitos da amostra a assinalaram) e ilustra apenas uma consequência de défices no relacionamento interpessoal, não cobrindo claramente outras situações possíveis. Considerando este dado e o baixo poder discriminativo do item, proceder-se-á à reformulação da redacção das

suas alternativas de resposta, recorrendo, sempre que adequado a algumas formulações do IAF. Assim, e no nível 1 foi adoptado o adjectivo contido no nível correspondente do IAF – desajeitado – por forma a ilustrar uma dificuldade de nível ligeiro: “Sou um pouco desajeitado/a no relacionamento com os outros.”. Dada a eventual conotação social do termo “problemas”, contido no nível 2, substituímos esta expressão por “dificuldades”, diminuindo a probabilidade de um efeito de desejabilidade social, mas também aumentando a discriminação face aos itens anterior e seguinte. Finalmente e face às dificuldades já reportadas para o último nível deste item, a sua redacção foi alterada para “Já tenho tido conflitos com outras pessoas ou prefiro estar sozinho.”.

Outros itens apresentam uma correlação item-total corrigida de nível moderado. Estes itens, por serem comuns e transversais a diversas tipologias de deficiência e incapacidade, podem não ter assumido elevado valor discriminativo, enquanto outros indicadores permitiram melhor distinguir os sujeitos da amostra. Tal como os próprios autores (Crewe & Athelstan, 1984) afirmaram, o IAF, instrumento do qual decorre o QCP, pretendendo ser um instrumento aplicável a todos os clientes de reabilitação profissional não poderá, em simultâneo e em rigor, cumprir uma função de avaliação do detalhe específico de cada tipo de deficiência e incapacidade.

Para concluir esta análise, importa referir alguns contributos qualitativos dados pelos sujeitos ou pelos seus técnicos de referência, que, ainda que escassos, visam a melhoria do instrumento, nomeadamente para que abranja maior número e diversidade de condições incapacitantes. Sublinhe-se que embora tenha sido, previamente, desenvolvido um estudo piloto, pelo menor número de sujeitos envolvidos não foi possível detectar todos os pontos de melhoria que agora passamos a apresentar. Passamos a enumerar as áreas em que se apresentaram dificuldades e respectivas propostas de melhoria.

A área de funcionamento das mãos foi uma das que se mostrou particularmente crítica dado que a sua redacção está direccionada para o uso de ambas as mãos, não contemplando a condição em que uma delas é funcional (o que acontece no item anterior, relativo à utilização dos braços) ou a situação em que as mãos são inexistentes ou, ainda, em que existem cotos. O item foi melhorado de modo a comportar esta diversidade. Em todos os níveis optou-se por acrescentar a referência ao uso dos cotos, a par do uso das mãos. Foram, também, criadas respostas alternativas, para os níveis 1 e 2, por forma a conter a hipótese de funcionalidade da mão ou coto dominante.

No que se refere às condições especiais de trabalho, isto é, o item 23 em que são abordadas as adaptações nos postos e condições de trabalho por forma a integrar pessoas com deficiência e incapacidade, foi salientada a ausência de exemplos de adaptação específicos de outras limitações que não a física (ex. visual), pelo que serão integrados alguns (ex. adaptações para usar o computador) por forma a aumentar a identificação de maior número de sujeitos com o item. Ainda assim, o item possuía já uma boa cobertura na medida em que integrava exemplos referentes às deficiências física, orgânica e psicológica.

Os itens da 2ª parte não sofreram alterações e no que concerne à 3ª parte apenas foi efectuada a reformulação da escala do item relativo à gravidade da deficiência, já referida aquando da discussão da validade discriminante do QCP. Os dados obtidos na 3ª parte, à semelhança do verificado no IAF, estão em consonância com o descrito na literatura, existindo uma maior representação, na amostra do presente estudo, de pessoas com deficiência de nível moderado (Eurostat, 2003) e perspectivando-se uma maior facilidade na manutenção do emprego do que na sua obtenção (European Commission, 2001).

6.4.5. Conclusões

No que concerne ao estudo sobre os instrumentos que pretendem avaliar a funcionalidade para a actividade laboral ou produtiva – IAF e QCP – verifica-se que o primeiro apresenta melhores propriedades psicométricas, quer ao nível da validade de constructo e relativa a um critério externo, quer ao nível da precisão, o que poderá, em certa medida, decorrer de o primeiro ser aplicável a técnicos, mais habituados à prática de preenchimento de instrumentos de avaliação, e o segundo a sujeitos com deficiência e incapacidade, menos treinados em procedimentos de auto-avaliação e relato da mesma.

Não obstante as fragilidades apontadas e a necessidade de se empreenderem melhorias sobre o seu conteúdo e mesmo a aplicação a amostras mais amplas e ainda mais diversificadas, ambos parecem cumprir a sua função de classificação da funcionalidade para o trabalho, discriminando por gravidade da deficiência e incapacidade e estatuto face ao emprego, sendo assim úteis nos contextos de formação, reabilitação e suporte às pessoas com deficiência e incapacidade envolvidas em projectos de inserção profissional. Não se pretendendo constituir como instrumentos de avaliação exaustiva das implicações da deficiência e incapacidade na funcionalidade para o trabalho, quer o IAF, quer o QCP deverão ser usados em complemento com outros instrumentos que aprofundem as competências e limitações de cada tipologia de deficiência em particular. Na preparação do processo de inserção profissional parecem ser instrumentos úteis a uma primeira triagem, com vista à detecção de áreas de funcionalidade frágeis, sobre as quais a reabilitação poderá actuar, num processo conjunto envolvendo técnicos, pessoa com deficiência e incapacidade e ambiente.

Destaca-se como ponto forte, na utilização conjunta de ambos os instrumentos, a possibilidade de comparação entre avaliações efectuadas por técnicos e por sujeitos sobre uma mesma realidade, e que tendem a apresentar-se como pouco convergentes, permitindo assim o

confronto mútuo e a definição de projectos concertados de inserção profissional, com participação activa de ambas as partes. O uso conjunto e coordenado de ambos os instrumentos constitui-se, em simultâneo, como uma perspectiva inovadora dado que a avaliação da funcionalidade, no contexto de intervenção, é um papel tipicamente atribuído a técnicos. Além de que e tanto quanto seja do nosso conhecimento, são raros os instrumentos concebidos para uma utilização paralela, como acontece com estes. Os dados obtidos reiteram que o acordo entre pessoas com deficiência e incapacidade e os técnicos é apenas moderado, o que sublinha a relevância de serem auscultadas ambas as fontes, com vista a prevenir enviesamentos, fomentar o confronto construtivo e potenciar a qualidade da resposta de reabilitação ou inserção profissional. Os presentes dados apontam no sentido de as pessoas com deficiência e incapacidade serem mais críticas relativamente à avaliação da sua funcionalidade para o trabalho, o que se encontra em sintonia com alguma da literatura existente neste domínio, embora outros estudos revelem tendência contrária.

Há ainda a apontar como grande valia destes instrumentos a integração de factores ambientais no conteúdo dos itens, o que permite a ambos os intervenientes no processo traçar objectivos de melhoria na reabilitação individual, mas também de actuação na envolvente externa, construindo ambientes mais acessíveis e facilitadores da inserção. Não podemos deixar de sublinhar a inovação que à data da sua construção (1984) estes instrumentos continham por destacar a importância da componente ambiental, facto explicitado no contexto de reabilitação só mais tarde, em 2001, com a publicação da CIF, pela OMS.

Considerando, que na sua base, quer o QCP quer o IAF, não pretendem ser instrumentos de avaliação aprofundada da funcionalidade, mas sim sistemas de categorização aplicáveis à maior parte dos clientes de reabilitação, permitindo a comparação dos vários pontos de vista detidos pelas partes envolvidas no processo, os resultados obtidos apontam que

ambos os instrumentos reúnem as condições para o exercício desta função na população portuguesa com deficiência e incapacidade.

Para concluir e no que concerne à EAD-R, esta escala apresenta boas propriedades psicométricas, não obstante ter sido demonstrada apenas parcialmente, a sua validade face ao constructo de adaptação à deficiência proposto pelos autores. Novos estudos, idealmente com amostras ainda mais amplas, deverão ser desenvolvidos por forma a melhorar o conhecimento sobre a estrutura factorial da EAD-R, na realidade portuguesa. Ainda assim, as semelhanças são evidentes e as divergências possivelmente decorrentes da diversidade das amostras estudadas, em contextos socioculturais distintos, com realidades de suporte à deficiência e à incapacidade também diversas. A capacidade discriminante do instrumento aponta para a sua potencial utilidade na intervenção com população com deficiências e incapacidades e características sociodemográficas diversas, em diferentes fases face ao seu percurso individual de inserção profissional, permitindo uma intervenção centrada não apenas na melhoria da adaptação individual, mas também na mudança de valores que a pessoa pode empreender de modo a atingir este objectivo.

PARTE III

7. Estudo de Variáveis Predictoras do Comportamento de Procura de Emprego

Os dados disponíveis e já analisados no capítulo 2, apontam para níveis reduzidos de emprego entre as pessoas com deficiência e incapacidade (Eurostat, 2003; INE, 2008), impondo-se a existência de legislação de suporte ao emprego, numa perspectiva de discriminação positiva. Não obstante a existência de um já diversificado leque de respostas de suporte à formação e ao emprego de pessoas com deficiência, a sua cobertura e aplicação parecem ainda ser diminutas. Os resultados dos Censos de 2001 apontavam a existência de 16635 desempregados com deficiência e incapacidade e, à mesma data, o IEFP (IEFP, 2001) reportava a abrangência de 1579 pessoas em reabilitação profissional. Se considerarmos valores mais recentes (IEFP, 2011), o cenário evoluiu muito pouco, ainda que positivamente (ex. maior número de pessoas cobertas pelas medidas de reabilitação profissional). Possivelmente, o número de desempregados com deficiência e incapacidade poderá até ter variado (à data desconhecem-se os dados dos Censos 2011 ou outra estatística mais actual), mas a abrangência pelas medidas não atinge ainda a totalidade deste grupo. A reabilitação profissional apoiou, em 2011 (dados até Agosto), um total de 9878 pessoas, 61,2% das quais em situação de desemprego (6045). Ainda que nem todas as pessoas tenham obrigatoriamente de ser apoiadas pelas respostas sociais existentes para verem alcançado o seu objectivo de integração, a medida em que estas são aplicadas constitui-se como um indicador útil na compreensão do tema do acesso das pessoas com deficiência e incapacidade ao emprego, dado que desconhecemos outras fontes que informem, por exemplo, acerca do número de pessoas com deficiência e incapacidade em situação de desemprego, com capacidade para o trabalho e em idade activa. Indagamo-nos, pois, sobre as razões de tão diminuta cobertura ou adesão das pessoas com deficiência às medidas existentes e que se espera potenciarem a sua empregabilidade, sejam elas de formação profissional ou apoio à colocação (apoio técnico na

procura directa de emprego). Algumas razões, como as condicionantes de acessibilidade ou as desigualdades de oportunidades, são sobejamente conhecidas (WHO & WB, 2011). Porém, outras e nomeadamente as que se encontram mais proximamente relacionadas com as pessoas com deficiência e com a forma como lidam com a incapacidade, permanecem por estudar e algumas delas constituem-se como o cerne da presente investigação.

Igualmente no capítulo relativo ao emprego das pessoas com deficiência (capítulo 2) tivemos oportunidade de rever alguns outros factores condicionantes do emprego como o género (Braun et al., 2006; Fabian, 2007; Magill-Evans et al., 2008); o autoconceito (Justicia et al., 2005); a autodeterminação (Wehmeyer & Gragoudas, 2004); a formação profissional e o nível educacional (Barnes et al., 1999; Benz et al., 1997; Blackorby & Wagner, 1996; Braun et al., 2006; Capucha, 1998; Hernandez et al., 2007); a acessibilidade física (Hernandez et al., 2007); o transporte (Catalano et al., 2006; Hernandez et al., 2007; Magill-Evans et al., 2008); os desincentivos económicos (Bound & Waidmann, 2000; Chan et al., 2006; Comissão das Comunidades Europeias, 2005; OECD, 2010) ou as atitudes dos empregadores (Baliza, 1999; Barnes et al., 1999; Darling, 2007; Sequeira et al., 2006; UN, 2006; Unger, 2002). Além de uma maior centração em dimensões externas à pessoa com deficiência, a investigação sinalizada correlaciona diversas variáveis, pessoais e ambientais, com o resultado de integração profissional, ou seja a obtenção ou o regresso ao emprego, mas não sinalizámos literatura que procurasse descrever os processos de procura de emprego entre as pessoas com deficiência e os factores que sobre eles podem influir.

Considerando que importa, para uma melhor compreensão do emprego na população com deficiência e incapacidade, não apenas conhecer o resultado final, em termos de inserção profissional, mas também o processo que o antecede – a procura, elegemos algumas variáveis que, na literatura, são apontadas como relacionadas com o emprego e a empregabilidade das pessoas com deficiência e incapacidade – adaptação à deficiência e incapacidade (Berglund et

al., 2003; Felmingham et al., 2001; Franulic et al., 2004; Jason et al., 2000; Krause & Anson, 1997a; Mettävainio & Ahlgren, 2004), a visibilidade da deficiência (Martz, 2003), a funcionalidade para o trabalho (Crewe & Athelstan, 1984; Hess et al., 2000; Keyser-Marcus et al., 2002; Krause et al., 2001; Magill-Evans et al., 2008; Smith & Arnett, 2005; Webb et al., 1995) e o suporte social (Crewe & Athelstan, 1984; Crisp, 2005; Krause et al., 2001) – e cuja possível relação com o processo de procura de emprego se pretende estudar no presente trabalho. O papel destas dimensões face ao emprego e à empregabilidade encontra-se demonstrado, porém a sua influência na fase anterior de busca de um emprego permanece por esclarecer, sendo este o objecto do presente trabalho.

A escolha das variáveis acima apontadas foi orientada não apenas pela importância que a literatura lhes atribui na inserção profissional de pessoas com deficiência e incapacidade, mas também por serem variáveis intrínsecas à pessoa, uma perspectiva que nos parece menos explorada na investigação (mas igualmente determinante na inserção profissional), a avaliar pela recolha de literatura que efectuámos.

Eleitas, inicialmente, duas variáveis independentes – adaptação psicológica à deficiência e incapacidade e funcionalidade para o trabalho –, foi verificado, ao longo do aprofundamento teórico e empírico, que outras dimensões pareciam influenciar, em alguma medida, estas duas últimas variáveis ou com elas interagir no âmbito do emprego. Neste sentido, foram posteriormente integradas na investigação as variáveis satisfação com o suporte social e visibilidade da deficiência e incapacidade, implicando a selecção ou criação de instrumentos específicos para a sua avaliação e permitindo alargar o estudo de dimensões eventualmente importantes para o conhecimento da procura de emprego entre as pessoas com deficiência e incapacidade neuromusculoesquelética adquirida.

Consideramos determinante o estudo da influência da adaptação psicológica à deficiência na medida em que esta é referida, na literatura, como uma dimensão preditora da

inserção profissional (Felmingham et al., 2001; Mettävainio & Ahlgren, 2004), verificando-se, ainda, que, na generalidade, as pessoas com deficiência e incapacidade integradas profissionalmente revelam maiores índices de adaptação (Berglund et al., 2003; Franulic et al., 2004; Jason et al., 2000). Ainda que as pessoas integradas profissionalmente se mostrem mais adaptadas à sua deficiência, fica por esclarecer se este será um efeito terapêutico do trabalho (Krause, 1996), pelo que se impõe estudar em que medida esta variável condiciona o processo de acesso ao emprego, ou seja, se lidar melhor com a condição de incapacidade facilita e promove a procura de emprego. Livneh e Wilson (2003), de entre os muitos factores relacionados com a deficiência e incapacidade e potencialmente preditores da adaptação, salientam a importância da funcionalidade e da visibilidade percebida.

Do mesmo modo, constata-se que as pessoas com deficiência e incapacidade que se encontram a trabalhar são as que apresentam níveis mais baixos de incapacidade e mais elevados de funcionalidade (Bültmann et al., 2007; Crewe & Athelstan, 1984; Smith & Arnett, 2005; Trupin & Yelin, 1999) e que a funcionalidade, quer avaliada na perspectiva dos técnicos (Gollaher et al., 1998; Heinemann et al., 2000), quer das pessoas com deficiência e incapacidade (Biggan, 1997; Dozois et al., 2005; Sveen et al., 2008), se tem revelado preditora da entrada no mercado de trabalho. Constitui nosso objectivo a análise da funcionalidade individual no contexto do emprego, isto é, a funcionalidade para o trabalho. Ou seja, se pretendemos aprofundar os factores que contribuem para a procura de emprego, e considerando que o desempenho profissional tem subjacente requisitos funcionais, é desejável investigar em que medida as condições globais de funcionalidade para o trabalho da pessoa poderão influenciar esta mesma procura.

A investigação, como já tivemos oportunidade de sublinhar, destaca o suporte social como uma variável importante no desenvolvimento do processo de adaptação psicológica (Abraído-Lanza, 2004; Elfström et al., 2005; King et al., 2006; Livneh & Antonak, 1997;

Szymanski, 1999; Taylor, 1983; Unwin et al., 2009; Williams et al., 2004; Wilson et al., 2006; B. A. Wright, 1983). A par desta possível relação com a adaptação à deficiência, outros autores encontraram, igualmente, relação com a empregabilidade da pessoa com deficiência. Foi verificada a capacidade preditiva do suporte social e das relações interpessoais face à entrada ou regresso ao trabalho (Crewe & Athelstan, 1984; Crisp, 2005; Krause et al., 2001) e identificados os elementos mais importantes desse mesmo suporte (Lysaght & Larmour-Trode, 2008). Foi demonstrada a importância quer do apoio organizacional, quer de familiares e amigos na sinalização e angariação de potenciais oportunidades de emprego para pessoas com deficiência (Capucha et al., 2004; Hasnain & Balcazar, 2009), ainda que os dados obtidos nem sempre sejam convergentes quanto à influência das diversas fontes de suporte. A investigação consultada e aqui reportada é relativa ao estudo do suporte efectivo. Na perspectiva de aprofundar as dimensões intrínsecas ao sujeito que podem condicionar a sua procura activa de emprego, estamos, no presente trabalho, interessados em estudar a satisfação que o próprio percebe no suporte de que dispõe.

Estando o nosso interesse centralizado na deficiência neuromusculoesquelética adquirida e acarretando esta, tipicamente, alterações corporais visíveis, considerámos pertinente incluir a visibilidade como objecto de estudo. A visibilidade é relativa à dimensão estética da condição de deficiência e incapacidade, seja ela “percebida subjectivamente pela pessoa com incapacidade ou objectivamente avaliada por outros” (Livneh & Wilson, 2003, p. 195). A literatura aponta a visibilidade da deficiência como estando correlacionada com a adaptação psicológica a esta mesma deficiência (Livneh & Wilson, 2003), ainda que não tenha sido demonstrada a sua capacidade preditora face à adaptação (Livneh et al., 2001; Livneh & Wilson, 2003). Outros autores (Lutz & Bowers, 2005; Olney & Brockelman, 2005) relacionam a sua influência com o autoconceito. A literatura revista alerta-nos não apenas para a importância da dimensão visibilidade da deficiência, mas também para a necessidade de se

auscultar as diversas perspectivas dos actores envolvidos no processo de reabilitação e inserção profissional – pessoas com deficiência e incapacidade, empregadores e profissionais de reabilitação, integrando as suas componentes objectiva e subjectiva (Livneh et al., 2001; Moss, 2005; Olney et al., 2004), dada a sua influência nos processos conducentes à inserção profissional. Ainda que não tenha sido demonstrada a influência da visibilidade no comportamento de procura de emprego pelo sujeito (Phemister, 2002), a investigação aponta que pessoas com deficiências visíveis, ainda que possuindo um autoconceito mais estável, por comparação às pessoas com deficiências invisíveis, consideram que os outros as avaliam como menos competentes, o que poderá afectar o comportamento de procura (Olney & Brockelman, 2005). No domínio da inserção profissional, a visibilidade parece, também, condicionar a tomada de decisão quer de empregadores, que tendem a avaliar condições de maior visibilidade mais criticamente (Bragman & Cole, 1983; Dalgin & Bellini, 2008; Gouvier et al., 1991; Martz, 2003), quer de profissionais de reabilitação (Bragman & Cole, 1983). A par, não deve ser unicamente analisada a presença ou ausência de uma deficiência ou incapacidade visível, mas também o grau desta visibilidade, o que aponta para a necessidade de estudar esta variável como categorial e não dicotómica (Livneh et al., 2001; Martz, 2003; Olney et al., 2004). Como constatámos, na revisão da literatura, pessoas com deficiência com diferentes níveis de visibilidade poderão adoptar comportamentos distintos (ex. maior, menor ou ausência de revelação de informação sobre a deficiência) (Dalgin & Bellini, 2008), ser afectados diferencialmente pelas percepções que os outros têm acerca deles (Olney & Brockelman, 2005) e enfrentar desafios diversos (Valeras, 2010) no processo de procura de emprego, o que poderá afectar a forma com conduzem este mesmo processo.

A revisão da literatura sobre o tema do emprego de pessoas com deficiência, na sua relação ou não com variáveis como a adaptação psicológica à deficiência ou a funcionalidade, revelou a existência de um considerável número de artigos abordando a temática do regresso ao

trabalho (Crewe & Athelstan, 1984; Crisp, 2005; Dozois et al., 1995; Hess et al., 2000; Krause et al., 2001; Mettävainio & Ahlgren, 2004; Moloczij et al., 2007; Shaw et al., 2002; Sveen et al., 2008; Yasuda et al., 2002) ou, ainda, as dimensões que influem sobre a condição de estar empregado (Benz et al., 1997; Blackorby & Wagner, 1996; Bragman & Cole, 1983; Braun et al., 2006; Capucha et al., 2004; Catalano et al., 2006; Fabian, 2007; Galambos et al., 2008; Hernandez et al., 2007; Krause & Pickelsimer, 2008; Magill-Evans et al., 2008; Merz et al., 2001; O'Reilly, 2007). Porém, foi muito reduzido o número de publicações que conseguimos sinalizar sobre o comportamento de procura de emprego e dimensões que sobre ele interagem (Bolton, 1983; Carey et al., 2004; Phemister, 2002). A tentativa de contribuir para a diminuição da elevada taxa de desemprego entre as pessoas com deficiência e incapacidade passa não apenas pelo conhecimento sobre os factores que condicionam o emprego, mas também sobre os que interferem em fases anteriores deste processo, ou seja, a procura desenvolvida pelas pessoas com deficiência e incapacidade, mais ou menos apoiada em recursos internos e externos.

O conhecimento mais aprofundado acerca do modo como as pessoas com deficiência e incapacidade lidam com a procura de emprego poderá ajudar a fomentar processos de procura mais eficazes, nomeadamente os integrados nos serviços de reabilitação profissional e de apoio ao emprego, que, por sua vez, procuram contribuir para um potencial aumento da taxa de emprego entre esta população e que, historicamente, se caracteriza por ser muito diminuta.

O estudo deste tema parece-nos particularmente premente entre a população que adquire uma deficiência, condição que possui alguma expressão na população (Eurostat, 2003) e que ocorre, algumas das vezes, já na idade adulta, resultando, muitas das vezes, na mudança brusca de estilo de vida e no confronto com adaptações de ordem diversa, desde os domínios mais básicos, como o cuidado pessoal, até outros mais complexos como o desempenho de

papéis sociais, de que é exemplo o de trabalhador. De entre as diversas tipologias de deficiência existentes, escolhemos a deficiência neuromusculoesquelética dada a sua elevada expressão (24,6%) na população portuguesa (Censos 2001) e a probabilidade de maior número de áreas de vida se encontrarem afectadas por limitações de funcionalidade, após aquisição de uma deficiência e incapacidade desta natureza. No domínio das limitações físicas, a investigação tem privilegiado o estudo de factores como os produtos de apoio ou as acessibilidades. Neste estudo, pretendemos eleger factores relacionados mais proximamente com a pessoa com deficiência e incapacidade que, a par dos tradicionalmente investigados, poderão melhorar a compreensão sobre o acesso das pessoas com deficiência e incapacidade ao mercado de trabalho e a intervenção desenvolvida neste domínio.

7.1. Hipótese

Face ao acima discutido e integrando a problemática em estudo com a revisão teórica previamente efectuada, coloca-se a hipótese abaixo assinalada:

A adaptação à deficiência, a funcionalidade para o trabalho percebida pelas pessoas com deficiência ou incapacidade, a funcionalidade para o trabalho percebida pelos técnicos, a visibilidade da deficiência percebida pelas pessoas com deficiência, a visibilidade que as pessoas com deficiência percebem que os outros lhe atribuem, a visibilidade da deficiência percebida pelos técnicos e a satisfação com o suporte social são variáveis predictoras do comportamento de procura de emprego.

7.2. Amostras

7.2.1. Selecção e Recolha das Amostras

Constituíram critérios para inclusão na amostra, a existência de uma deficiência neuromusculoesquelética de carácter adquirido e não degenerativo, evitando potenciais efeitos de enviesamento resultantes de flutuações ou agravamentos da condição de deficiência e incapacidade no processo de adaptação à deficiência e da funcionalidade para o trabalho; o estatuto de desempregado/a à procura de emprego; a conclusão do processo de reabilitação primária há pelo menos 6 meses, permitindo a existência de algum histórico de vivência com a deficiência e o possuir idade legal para trabalho (a partir dos 16 anos), mas inferior a 60 anos, por forma a potenciar a existência de uma procura efectiva activa de emprego.

O processo de recolha da amostra foi iniciado com o envio de um pedido formal de desenvolvimento do estudo às direcções dos serviços ou entidades a envolver, na zona de Lisboa, pedido este antecedido de um contacto telefónico para indagar acerca do nome do responsável a quem deveria ser endereçado. Todos os envios foram efectuados por e-mail, de acordo com as instruções dos serviços e continham o enquadramento, objecto e objectivos da investigação. No total, foram contactados os serviços de medicina física e de reabilitação de 9 hospitais do concelho de Lisboa, 3 centros de formação profissional vocacionados para a população com deficiência neuromusculoesquelética, 1 centro de medicina física e reabilitação e 1 serviço especializado na inserção profissional de pessoas com deficiência e incapacidade. Estas 5 últimas entidades responderam favoravelmente ao pedido, sendo que a menor adesão foi verificada nos hospitais. Dos 9 hospitais contactados apenas 3 responderam favoravelmente, sendo os argumentos de recusa a falta de recursos técnicos para participar na

investigação (indisponibilidade dos técnicos para resposta ao IAF e para sinalização de sujeitos com deficiência e incapacidade que correspondessem aos critérios de inclusão da amostra) ou a não aprovação do pedido por parte da direcção ou conselho de administração. Foi possível a distribuição dos instrumentos em 2 dos 3 hospitais que acederam a participar, mas sem que tivesse havido qualquer participação, facto fundamentado na falta de sujeitos elegíveis para a investigação ou no desconhecimento da funcionalidade dos sujeitos por parte dos técnicos (essencialmente fisioterapeutas que acompanhavam o processo de reabilitação física secundária, em regime ambulatorio). No terceiro hospital, não obstante a realização de reuniões e contactos telefónicos, houve alteração do técnico de contacto, não sendo estabilizado um até final do processo de recolha da amostra. Nos diversos contactos com hospitais, para acompanhamento do pedido de cooperação na investigação, foi-nos referido que muitos dos clientes dos serviços de medicina e reabilitação seriam idosos, o que apontava já a elevada dificuldade na recolha da amostra que viemos a experimentar. A recolha em serviços de internamento corresponderia a situações mais precoces de vivência da deficiência, algumas ainda em fase aguda e sem condições operacionais de procura efectiva de emprego, devido à condição do próprio internamento, o que, em suma, não correspondia aos critérios de inclusão na amostra. A morosidade na apreciação dos pedidos formais de cooperação pelas diversas direcções clínicas ou administrativas e a dificuldade no despiste de sujeitos que correspondessem aos critérios de inclusão na amostra levaram a que o período de recolha da amostra fosse longo, decorrendo entre Novembro de 2010 e Abril de 2011, isto é, um total de 6 meses para recolha de 96 participações.

Inicialmente, pretendíamos confinar a recolha da amostra ao concelho de Lisboa por razões de maior proximidade e acessibilidade da investigadora para distribuição, explanação e possível acompanhamento da aplicação dos instrumentos. Igualmente, esta região foi eleita por possuir uma maior concentração de entidades vocacionadas para a reabilitação, física e

profissional, de pessoas com deficiência e incapacidade neuromusculoesquelética. Porém, face às dificuldades, acima referidas, na recolha da amostra, alargamos a abrangência geográfica, elegendo o contacto com um centro de reabilitação profissional especializado na deficiência e incapacidade neuromusculoesquelética (Centro de Reabilitação Profissional de Gaia), antecipando que a extensão a instituições hospitalares poderia, igualmente, não ser bem sucedida à semelhança do verificado na região de Lisboa.

A recolha efectiva da amostra ocorreu, assim, junto de instituições que desenvolvem formação profissional para pessoas com deficiência neuromusculoesquelética (Fundação LIGA, em Lisboa; Centro de Reabilitação Profissional de Alcoitão e Centro de Reabilitação Profissional de Gaia), um centro nacional de reabilitação especializado na deficiência neuromusculoesquelética (Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão) e um serviço especializado no apoio à inserção profissional de pessoas com deficiência (Operação de Emprego para Pessoas com Deficiência, em Lisboa).

No total foram distribuídos 159 instrumentos, ocorrendo a recolha de 96, o que representa uma taxa de resposta de 60,4 %.

7.2.2. Caracterização das Amostras

7.2.2.1. Caracterização da amostra de sujeitos com deficiência

De entre as 96 respostas recolhidas, foi verificado que 25 sujeitos não assinalaram qualquer comportamento de procura de emprego no questionário sociodemográfico, ainda que previamente se tivessem autocaracterizado, junto dos seus técnicos de referência, como desempregados à procura de emprego, tal como teremos oportunidade de detalhar na secção

descritiva do procedimento. Verificando-se a impossibilidade de estudo da variável dependente junto destes sujeitos, procedeu-se à sua eliminação da investigação e foi efectuada a respectiva análise comparativa com a restante amostra ($n = 71$), no que concerne às principais características sociodemográficas.

Os sujeitos do grupo de 25 sujeitos com deficiência sem procura activa de emprego (SPAЕ) apresentam uma média etária próxima dos 40 anos ($M = 39,88$, $DP = 13,37$), sendo o grupo etário mais frequente (28%) o dos 45 aos 54 anos (Tabela 7.1).

Tabela 7.1

Características Sociodemográficas dos Sujeitos com Deficiência sem Procura de Emprego

Características	Sujeitos	
	<i>n</i>	%
Sexo		
Masculino	15	60
Feminino	10	40
Grupo Etário		
16-24	5	20
25-34	4	16
35-44	6	24
45-54	7	28
55-60	3	12
Estado Civil		
Solteiro/a	8	32
Casado/a	9	36
Divorciado/a	3	12
Viúvo/a	1	4
União de facto	4	16
Habilitações Literárias		
1º Ciclo	3	12
2º Ciclo	5	20
3º Ciclo	6	24
Secundário	9	36
Bacharelato/Licenciatura	2	8
Totais	25	100

Os sujeitos do grupo pertencem maioritariamente ao sexo masculino (60%); o estado civil mais representado é o de casado (36%) ou de solteiro (32%); têm como habilitação literária mais frequente o ensino secundário (36%) ou o 3º ciclo do ensino básico (24%), verificando-se uma escassa representação (8%) de sujeitos com formação académica de nível superior (Tabela 7.1).

A alteração de funcionalidade mais frequente corresponde à afectação dos 4 membros do corpo (tetraparesia/tetraplegia, 32%), seguida da afectação dos membros de um dos lados do corpo (hemiparesia/hemiplegia, 28%) (Tabela 7.2). As condições menos frequentes (4%) correspondem às amputações dos membros inferiores e à monoparesia ou monoplegia, ou seja, a afectação de um dos membros superiores.

Menos de metade destes sujeitos (44%) possui uma segunda deficiência, e quando existente está mais tipicamente relacionada com a fala (12%), as funções mentais superiores, como por exemplo, a memória (12%), ou é de natureza orgânica (8%).

A aquisição da deficiência ocorreu, na maior parte dos casos (72%) há menos de 2 anos e o fim do processo de reabilitação primária ou alta clínica são igualmente recentes: 68% há mais de 6 meses e menos de 1 ano.

Uma parte deste grupo de sujeitos (44%) recebe uma pensão ou subsídio e de entre os que recebe, a clara maioria (60%) estaria disponível para abdicar deste benefício para iniciar uma actividade profissional. Vinte por cento deste grupo não perderia estes benefícios com a actividade profissional e igual número não estaria na disponibilidade de deles abdicar, se tal condição fosse colocada para começar a trabalhar.

Tabela 7.2

Tipo e Antiguidade da Deficiência e Incapacidade (Sujeitos com Deficiência SPAE)

	Sujeitos	
	<i>n</i>	%
Tipo de Deficiência		
Monoplegia/Monoparesia superior	1	4
Hemiplegia/Hemiparesia	7	28
Paraplegia/Paraparesia	6	24
Tetraplegia/Tetraparesia	8	32
Amputação unilateral superior	2	8
Amputação bilateral inferior	1	4
Deficiência secundária		
Não	14	56
Sim	11	44
Tipologia deficiência secundária		
Visual	1	4
Auditiva	1	4
Orgânica	2	8
Fala	3	12
Funções mentais superiores	3	12
Epilepsia	1	4
Sem deficiência secundária	14	56
Aquisição da Deficiência		
Entre 6 meses a 1 ano	6	24
Entre 1 a 2 anos	12	48
Entre 3 a 5 anos	3	12
Entre 6 a 9 anos	1	4
Mais de 10 anos	3	12
Alta Clínica (reabilitação primária)		
Entre 6 meses a 1 ano	17	68
Entre 1 a 2 anos	3	12
Entre 3 a 5 anos	1	4
Entre 6 a 9 anos	2	8
Mais de 10 anos	2	8
Totais	25	100

Nota: SPAE: Sem procura activa de emprego.

Por último, e no que diz respeito ao estatuto profissional, elevado número de sujeitos (56%) está desempregado há mais de um ano e 36% há menos de um ano, sendo que 8% não tem qualquer tipo de experiência profissional (Tabela 7.3). Apenas 8,3% dos sujeitos não se encontrava a trabalhar quando adquiriu a deficiência e incapacidade, percentagem composta essencialmente pelas pessoas sem experiência profissional.

Tabela 7.3

Condição face ao Emprego dos Sujeitos com Deficiência SPAE

	Sujeitos	
	<i>n</i>	%
Estatuto face ao emprego		
Nunca trabalhou	2	8
Desempregado/a há menos de 1 ano	9	36
Desempregado/a há mais de 1 ano	14	56
Totais	25	100

Nota: SPAE: Sem procura activa de emprego.

Relativamente à amostra sobre a qual se desenvolverá o estudo da variável dependente, ou seja, de sujeitos com procura activa de emprego (PAE) composta por um conjunto de 71 sujeitos (Tabela 7.4), verifica-se que possuem uma média etária de 36,9 anos ($DP = 11,32$), observando-se uma representação muito diminuta (8,4%) de sujeitos com idade entre os 16 e os 24 anos de idade e a ausência de sujeitos com mais de 60 anos, conforme critério de inclusão na amostra. O subgrupo dos 25 aos 34 anos é o que possui maior representação (42,3%) no total da amostra.

São, maioritariamente (76,1%), sujeitos do sexo masculino; evidenciam uma maior representação do estado civil solteiro (63,4%); com habilitações literárias ao nível do ensino secundário (42,3%), seguido do 3º ciclo do ensino básico (23,9%). Não existe representação de

sujeitos com habilitações literárias de nível superior (Licenciatura, Mestrado ou Doutoramento), ainda que a amostra contivesse sujeitos com frequência universitária.

Tabela 7.4

Características Sociodemográficas da Amostra de Sujeitos com Deficiência

Características	Sujeitos	
	<i>n</i>	%
Sexo		
Masculino	54	76,1
Feminino	17	23,9
Grupo Etário		
16-24	6	8,4
25-34	30	42,3
35-44	16	22,5
45-54	12	16,9
55-60	7	9,9
Estado Civil		
Solteiro/a	45	63,4
Casado/a	10	14,1
Divorciado/a	9	12,7
Viúvo/a	2	2,8
União de facto	5	7,0
Habilitações Literárias		
1º Ciclo	11	15,5
2º Ciclo	13	18,3
3º Ciclo	17	23,9
Secundário	30	42,3
Totais	71	100

Quanto à deficiência e incapacidade (Tabela 7.5), destacam-se dois grupos como mais frequentes: paraplegia/paraparesia (31%) e tetraplegia/tetraparesia (18,3%). Verifica-se que as paralisias têm maior expressão (81,8%) do que as amputações (15,4%) ou as afectações do tronco (2,8%), o que se encontra de acordo com o traçado tipicamente encontrado na população com deficiência neuromusculoesquelética (Vicente, 1995).

Tabela 7.5

Tipo e Antiguidade da Deficiência e Incapacidade

	Sujeitos	
	<i>n</i>	%
Tipo de Deficiência		
Monoplegia/Monoparesia superior	6	8,5
Monoplegia/Monoparesia inferior	8	11,3
Hemiplegia	9	12,7
Paraplegia/Paraparesia	22	31,0
Tetraplegia/Tetraparesia	13	18,3
Amputação unilateral superior	6	8,4
Amputação bilateral superior	2	2,8
Amputação unilateral inferior	3	4,2
Limitações do tronco	2	2,8
Deficiência secundária		
Não	59	83,1
Sim	12	16,9
Tipologia deficiência secundária		
Visual	4	5,7
Orgânica	2	2,8
Psicológica	2	2,8
Fala	2	2,8
Funções mentais superiores	2	2,8
Sem deficiência secundária	59	83,1
Aquisição da Deficiência		
Entre 6 meses a 1 ano	1	1,4
Entre 1 a 2 anos	6	8,5
Entre 3 a 5 anos	16	22,5
Entre 6 a 9 anos	8	11,3
Mais de 10 anos	40	56,3
Alta Clínica (reabilitação primária)		
Entre 6 meses a 1 ano	11	15,5
Entre 1 a 2 anos	10	14,1
Entre 3 a 5 anos	14	19,7
Entre 6 a 9 anos	6	8,4
Mais de 10 anos	30	42,3
Totais	71	100

Predominantemente (83,1%), não existe uma segunda deficiência (relacionada ou não com a deficiência primária) e a existir é mais expressiva a deficiência visual (5,7%), entre o total da amostra.

No que concerne ao tempo de aquisição da deficiência, mais de metade dos sujeitos (56,3%) têm um histórico de deficiência superior a 10 anos e 42,3% concluiu o seu processo de reabilitação primária ou teve alta clínica há igual tempo. Para a amostra global, verifica-se um valor médio de aquisição da deficiência de 14,2 anos ($DP = 13,7$), sendo que, se considerarmos apenas o grupo cuja aquisição ocorreu há mais de 10 anos, o valor médio é de 21,9 anos ($DP = 14,3$). Apenas um sujeito possui uma deficiência extremamente recente, ou seja, inferior a 1 ano.

A aquisição da deficiência tende a concentrar-se a partir do grupo com uma vivência com a deficiência de 3 ou mais anos, enquanto os processos de reabilitação apresentam uma maior dispersão: aproximadamente metade dos sujeitos (49,3%) concluíram a reabilitação há menos de 6 anos e a outra metade (50,7%) há mais de 6 anos.

Mais de metade dos sujeitos (53,5%) estavam apoiados por pensões ou subsídios decorrentes da condição de deficiência e incapacidade.

A amostra é, maioritariamente (73,2%) constituída por desempregados há mais de um ano (Tabela 7.6), com experiência profissional superior a 10 anos (46,5%). Menos de um quinto dos sujeitos (18,3%) nunca desempenhou qualquer tipo de actividade profissional, ou seja, correspondem a desempregados à procura do seu primeiro emprego.

Tabela 7.6

Condição face ao Emprego da Amostra de Sujeitos com Deficiência

	Sujeitos	
	<i>n</i>	%
Estatuto face ao emprego		
Nunca trabalhou	13	18,3
Desempregado/a há menos de 1 ano	6	8,5
Desempregado/a há mais de 1 ano	52	73,2
Experiência profissional		
Entre 6 meses a 1 ano	3	4,2
Entre 1 a 2 anos	2	2,8
Entre 3 a 5 anos	11	15,5
Entre 6 a 9 anos	9	12,7
Mais de 10 anos	33	46,5
Sem experiência	13	18,3
Totais	71	100

As profissões mais tipicamente encontradas na presente amostra (Anexo AA) e categorizadas de acordo com a Classificação Nacional das Profissões (IEFP, 1994) são as de empregado/a de escritório (8,9%); trabalhadores da construção civil e obras públicas (8,9%); assistentes e guias (5,4%); trabalhadores de madeiras e similares (5,4%); pessoal de limpeza e similares (5,4%) e porteiros de prédios urbanos, lavadores de vidros e veículos e trabalhadores similares (5,4%).

Após aquisição da deficiência, e de entre os que possuíam experiência profissional ($n = 58$), boa parte dos sujeitos (53,4%) saiu do seu posto de trabalho (Tabela 7.7), ainda que a percentagem de permanência seja de 27,6. Os restantes sujeitos não se encontravam a trabalhar (19%), não se colocando a questão da saída ou permanência em função do surgimento de uma deficiência e incapacidade.

Tabela 7.7

Permanência no Posto de Trabalho após Aquisição da Deficiência

	Sujeitos	
	<i>n</i>	%
Permanência no posto de trabalho		
Sim	16	27,6
Não	31	53,4
Não me encontrava a trabalhar	11	19,0
Total	58	100

Os sujeitos que permaneceram nos seus postos de trabalho após a aquisição da deficiência ($n = 16$) foram, ainda, inquiridos quanto aos apoios de que beneficiaram para facilitar ou mesmo permitir a continuidade no emprego (Tabela 7.8).

Tabela 7.8

Apoios à Permanência no Posto de Trabalho após Aquisição da Deficiência

	Sujeitos	
	<i>n</i>	%
Apoio Técnico		
Não	9	60
Sim	6	40
Informação omissa	1	
Total	16	100
Apoio Financeiro		
Não	51	71,8
Sim	20	28,2
Formação Profissional		
Não	42	59,2
Sim	29	40,8
Totais	71	100

De entre estes 16 sujeitos que permaneceram nesse posto de trabalho, somente 6 sujeitos referiram ter beneficiado de apoio técnico. Destes, 4 pessoas beneficiaram de apenas um apoio, 1 beneficiou de dois apoios distintos e 1 de três apoios diferentes (cada sujeito deveria assinalar todas as opções que se lhe aplicassem). O apoio técnico mais reportado é relativo à reconversão da função, assinalado por 3 dos 6 sujeitos. A modificação das tarefas e a adaptação do posto de trabalho são apontadas por 2 sujeitos e, finalmente, 1 sujeito assinala a alteração do horário de trabalho e outro a eliminação de barreiras arquitectónicas. Não foram referidos apoios técnicos para além dos presentes no questionário sociodemográfico.

Reduzido número de sujeitos da amostra (28,2%) refere ter beneficiado de apoio financeiro para lidar com as limitações adquiridas (Tabela 7.8), e quando existente, 17 dos 20 sujeitos referem que a verba se destinou à aquisição de produtos de apoio. Quatro sujeitos referem ter sido apoiados financeiramente na aquisição ou adaptação de veículo. Em duas situações é assinalado o apoio financeiro para tratamentos médicos associados à deficiência e incapacidade e, finalmente, apenas um sujeito beneficiou de adaptação do domicílio.

A formação profissional após aquisição de uma deficiência parece ser uma resposta frequente (40,8%), ainda que não extensível à maior parte dos sujeitos. Os cursos frequentados e mais frequentemente assinalados, são a Informática (5 sujeitos), AutoCAD (*Autodesk Computer Aided Design*) (5 sujeitos) e Artes Gráficas (2 sujeitos), dados que poderão estar relacionados com as organizações a que os sujeitos da amostra se encontravam ligados e respectiva oferta formativa à data da investigação.

Considerando os principais dados sociodemográficos, são visíveis diferenças entre os dois grupos, compostos respectivamente por 25 (sem procura activa de emprego = SPAE) e 71 sujeitos (com procura activa de emprego = PAE). O grupo SPAE apresenta um menor número de sujeitos do sexo masculino (60% versus 76,1% na amostra PAE) e é mais evidente o

estatuto de casado (36% versus 14,1% no grupo PAE), seguido do de solteiro (32% versus 63,4% na amostra PAE).

O grupo SPAE possui maior número de pessoas com tetraplegia e hemiparesia (32% e 28%, respectivamente, versus 18,3% e 12,7% na amostra PAE), enquanto na amostra de 71 sujeitos a condição mais frequente é a de paraplegia (24% versus 31% na amostra PAE), o que poderá apontar para condições de funcionalidade distintas nos dois grupos. Existem, também, diferenças entre os dois grupos quanto à presença de uma deficiência secundária (44% no SPAE versus 16,9% no PAE). Verificam-se, ainda, disparidades quanto à antiguidade da aquisição da deficiência, sendo que os sujeitos SPAE possuem um histórico mais recente, ou seja, inferior a 2 anos (72%), comparativamente à predominância de um histórico superior a 10 anos no grupo PAE (56,3%). Constata-se, também, que o grupo SPAE tem menos pessoas não apoiadas por subsídios ou pensões (44% versus 53,5% na amostra PAE), mais desempregados de curta duração (menos de um ano) (36% versus 8,5% na amostra PAE).

Igualmente, no que concerne a estas variáveis, efectuar-se-á a respectiva comparação na secção relativa à análise dos resultados.

7.2.2.2. *Caracterização da amostra de técnicos*

A presente investigação comporta, ainda, uma amostra de técnicos ligados ao domínio da reabilitação, na medida em que pretendemos conhecer a influência da funcionalidade para o trabalho no comportamento de procura de emprego das pessoas com deficiência e incapacidade, estudando esta dimensão da funcionalidade quer na perspectiva das pessoas com deficiência e incapacidade, quer na dos técnicos associados ao seu processo de reabilitação

individual e podendo ter por objectivo a promoção da sua inserção profissional em mercado de trabalho.

As 71 participações de sujeitos com PAE corresponderam à colaboração de 31 técnicos distintos, obtendo-se um rácio de 2,3 sujeitos por técnico, sendo que, no máximo, um técnico avaliou 10 sujeitos.

Verifica-se que, em média, os técnicos conhecem os sujeitos há 1,2 anos ($DP = 1,4$).

Este grupo de técnicos caracteriza-se (Tabela 7.9) por ser, fundamentalmente, constituído por elementos do sexo feminino (74,2%), no seguimento do que já havíamos verificado no âmbito dos estudos psicométricos com o IAF (81,8%).

Tabela 7.9

Características Sociodemográficas da Amostra de Técnicos

Características	Sujeitos	
	<i>n</i>	%
Sexo		
Masculino	8	25,8
Feminino	23	74,2
Grupo Etário		
16-24	1	3,2
25-34	8	25,8
35-44	18	58,1
45-54	4	12,9
Estado Civil		
Solteiro/a	11	35,5
Casado/a	17	54,8
União de facto	3	9,7
Totais	31	100

Esta amostra apresenta uma média etária de 38,7 anos ($DP = 6,3$) e o grupo etário mais frequente (58,1%) é o dos 35 aos 44 anos, seguido do dos 25 aos 34 anos (25,8%), o que se encontra igualmente alinhado com o verificado anteriormente ($M = 37,5$; $DP = 9,05$). Nesta

amostra, predomina o estado civil de casada/o (54,8 %), seguido do estado civil de solteiro (35,5%), o que se aproxima do anteriormente verificado (45,5% de casados e 25,5% de solteiros).

As habilitações literárias predominantes (Tabela 7.10) situam-se no nível de Bacharelato (64,5%), com as restantes a assumirem valores claramente inferiores, sendo a menor expressão verificada para o nível de 2º Ciclo do Ensino Básico (3,2%).

Tabela 7.10

Habilitações Literárias da Amostra de Técnicos

	Sujeitos	
	<i>n</i>	%
Grau		
2º Ciclo	1	3,2
Secundário	6	19,4
Bacharelato	20	64,5
Licenciatura	4	12,9
Área		
Psicologia	7	28
Serviço Social	2	8
Sociologia	1	4
Terapia Ocupacional	1	4
Fisioterapia	6	24
Enfermagem	1	4
Contabilidade e Administração	1	4
Produção Agrícola	1	4
Engenharia Mecânica	2	8
Arquitectura	1	4
Direito	1	4
Sem área específica	1	4
Informação Omissa	6	
Totais	31	100

Existe alguma dispersão no que concerne à formação académica dos técnicos da amostra, salientando-se como mais frequentes as áreas da Psicologia (28%) e da Fisioterapia (24%), caracterização que se deve ao tipo de organizações envolvidas na presente investigação. No essencial, trata-se de formações nas áreas das ciências sociais e humanas e da saúde, correspondendo as excepções a profissionais que exercem a profissão de monitor/formador em áreas diversas (ex. AutoCAD, Contabilidade), possuindo para tal uma especialização de base. A amostra anterior, relativa aos estudos psicométricos, possuía, igualmente, uma forte representação de formação nas áreas psicológica e social (Psicologia = 32%; Serviço Social = 14%), porém não possuía tão elevada expressão da Fisioterapia (2%), diferença sustentada no tipo de organização com que foram desenvolvidas as duas fases de investigação, e respectivos técnicos afectos.

Finalmente, e no que diz respeito à profissão exercida pelos técnicos (Tabela 7.11), no domínio da reabilitação, verifica-se também alguma dispersão, em parte, decorrente da diversidade de designação de categorias profissionais adoptadas pelas organizações.

Tabela 7.11

Profissões da Amostra de Técnicos

	Sujeitos	
	<i>n</i>	%
Profissão		
Conselheira de Orientação Profissional	1	3,2
Enfermeiro	1	3,2
Fisioterapeuta	5	16,1
Formadora	2	6,5
Monitor	6	19,4
Psicóloga	3	9,7
Técnica de Intervenção Psicossocial	6	19,4
Técnico de Reabilitação Funcional	1	3,2
Técnico Orientação e Qualificação	5	16,1
Terapeuta Ocupacional	1	3,2
Totais	31	100

As representações mais expressivas (19,4%) são encontradas na profissão de monitor e de técnico de intervenção psicossocial. As profissões menos representadas (3,2%) correspondem a Conselheiro de Orientação Profissional, Enfermeiro, Técnico de Reabilitação Funcional e Terapeuta Ocupacional.

7.3. Instrumentos

Para além dos instrumentos traduzidos, adaptados e estudados, no que concerne às suas propriedades psicométricas, na primeira parte desta investigação, foram integrados, na presente fase, instrumentos adicionais.

A escolha de instrumentos complementares foi orientada tendo em conta, entre outros factores que passamos a descrever, a dimensão de itens dos mesmos por forma a não sobrecarregar os sujeitos em termos de tempo e esforço de resposta (Almeida & Freire, 2007; Moreira, 2004) considerando que, no total, a sua participação é solicitada face a três instrumentos distintos, para além da resposta ao questionário sociodemográfico.

A presente fase de investigação comportará, assim, o estudo de sete variáveis independentes – funcionalidade para o trabalho na óptica da pessoa com deficiência e do técnico, adaptação à deficiência e incapacidade, satisfação com o suporte social e visibilidade da deficiência e incapacidade (percepção da pessoa com deficiência, percepção da pessoa com deficiência acerca da opinião dos outros e percepção do técnico) – e uma variável dependente, o comportamento de procura de emprego. Em seguida, descrevemos os instrumentos seleccionados ou desenvolvidos para avaliar as variáveis a estudar.

No que concerne à funcionalidade para o trabalho e à adaptação à deficiência e incapacidade, recorreremos aos instrumentos por nós traduzidos e adaptados para a realidade portuguesa, em fases anteriores deste trabalho. Assim, a funcionalidade para o trabalho será avaliada do ponto de vista das pessoas com deficiência e incapacidade neuromusculoesquelética adquirida, com a auto-aplicação do Questionário de Competências Pessoais (QCP) (Anexo C) e do ponto de vista dos técnicos do domínio global da reabilitação, através da sua resposta ao Inventário de Avaliação Funcional (IAF) (Anexo B). A variável adaptação será avaliada apenas pelos sujeitos com deficiência e incapacidade neuromusculoesquelética adquirida, com base nas suas respostas à Escala de Adaptação à Deficiência-Revista (EAD-R) (Anexo A).

Para estudo da dimensão suporte social foram sinalizados e analisados quatro instrumentos, adaptados ou construídos para a população portuguesa, tendo a opção final, e pelas razões que passamos a explorar, recaído sobre a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), desenvolvida por J. L. P. Ribeiro (1999b).

Matos e Ferreira (2000) desenvolveram uma escala – Escala de Apoio Social (EAS) - que pretende avaliar três dimensões distintas do apoio social: informativa, emocional e instrumental. Para avaliar a intensidade com que estas estratégias são diferencialmente utilizadas, é solicitado aos sujeitos que avaliem os 16 itens da EAS, numa escala de 5 pontos, indicando em que medida esse suporte está presente. A adaptação e validação deste instrumento foram desenvolvidas com uma amostra de 214 pessoas da população em geral. A EAS apresenta uma boa consistência interna e foi, igualmente, demonstrada a sua validade de constructo. A sua utilização, no presente estudo, não nos parece a mais adequada, em virtude de estarmos interessados em conhecer não o tipo ou quantidade de suporte social de que o

sujeito dispõe (suporte efectivo), mas sim a sua satisfação com o mesmo, nomeadamente considerando o apoio proveniente de diferentes fontes de suporte.

Sinalizámos, ainda, a presença de um segundo instrumento de avaliação do suporte social, cuja tradução e adaptação para a população portuguesa foi realizada em investigações distintas, assumindo, igualmente, designações ligeiramente diferentes. O *Social Support Questionnaire* (SSQ) possui duas versões originais, uma composta por 27 itens (Sarason, Levine, Basham, & Sarason, 1983) e uma versão reduzida com 6 itens (Sarason, Sarason, Shearin, & Pierce, 1987). Ambas as versões contêm duas subescalas, uma relativa à disponibilidade da rede de suporte social (podendo o sujeito eleger um máximo de 9 pessoas que fornecem cada um dos tipos de apoio abordados) e a outra à satisfação com o suporte proveniente de cada um dos elementos dessa rede, avaliada com recurso a uma escala de 6 níveis de concordância (entre “muito insatisfeito” e “muito satisfeito”). Com a aplicação do SSQ obtêm-se dois resultados: número médio de pessoas percebidas como prestadoras de apoio num dado domínio e nível médio de satisfação com esse mesmo apoio. A versão completa do SSQ foi traduzida e adaptada para Portugal por Moreira e colaboradores (2002) a partir de uma amostra de 231 estudantes de Enfermagem, assumindo a designação de Questionário de Apoio Social e verificando-se apresentar boas propriedades psicométricas. Quanto à adaptação da versão reduzida, contendo apenas 6 (SSQ6) dos 27 itens da versão completa (SSQ), sinalizámos duas investigações distintas, sendo que, em ambas, se conclui pela elevada consistência interna e validade desta forma abreviada. Pinheiro e Ferreira (2002) efectuaram os seus estudos de adaptação junto de uma amostra de 219 estudantes universitários (Psicologia, Ciências da Educação e Engenharia Informática), designando-se a versão portuguesa Questionário de Suporte Social – versão reduzida, e Moreira e colaboradores (2002) numa amostra composta por 74 estudantes universitários (Psicologia ou Ciências da Educação), utilizaram designação similar à já adoptada na versão portuguesa com 27 itens:

Questionário de Apoio Social – Reduzido (QAS-R). Não obstante as boas propriedades psicométricas encontradas nas versões portuguesas do SSQ, colocam-se algumas restrições à sua utilização no presente trabalho. Por um lado, estes instrumentos avaliam uma componente do suporte não relevante para o tema em análise e que corresponde à quantificação e descrição das relações que compõem a rede social de suporte. Tal como Moreira (2002) afirma, é a qualidade das relações e não tanto a sua extensão ou número que constitui o cerne do apoio social. Há, ainda, a evidenciar que a sua validação na população portuguesa se restringiu à população universitária, facto reconhecido pelos investigadores como uma limitação.

A *Social Provisions Scale* (SPS, Russell & Cutrona, 1984, citados por Pinheiro & Ferreira, 2001) é outro dos instrumentos de avaliação da percepção de apoio social cuja adaptação foi desenvolvida para a população portuguesa. Esta escala permite avaliar a percepção sobre seis tipos de recursos ou provisões – aconselhamento, aliança fiável, vinculação, integração social, reafirmação de valor e oportunidades de prestação de cuidados e duas dimensões intermédias: apoio íntimo e apoio casual. É composta por 24 afirmações (4 itens para avaliação de cada uma das provisões sociais) face às quais o sujeito deve expressar o seu nível de concordância. Pinheiro e Ferreira (2001) adaptaram a SPS para a população universitária portuguesa, com base em estudos desenvolvidos com duas amostras, compostas respectivamente por 175 e 219 estudantes, em formação nas licenciaturas em Ciências da Educação, Psicologia e Engenharia Informática. Estes estudos permitiram confirmar a elevada precisão da SPS e demonstrar a sua validade concorrente. Este instrumento foi, também, adaptado, para a população portuguesa, por Moreira e Canaipa (2007) – Escala de Provisões Sociais (EPS) – através do desenvolvimento de três estudos junto de população universitária, com amostras de 182 (Psicologia e Ciências da Educação), 74 (Psicologia e Ciências da Educação) e 130 estudantes (Enfermagem e Fisioterapia). Os estudos efectuados permitiram concluir acerca de uma suficiente precisão da EPS e da sua validade concorrente e

discriminante. Considerando os objectivos da presente investigação, a EPS coloca-nos alguma reserva, nomeadamente no que concerne à subescala oportunidade de prestação de cuidados. Receamos que, em alguma medida, possa ocorrer uma subavaliação nesta dimensão, visto que os sujeitos da amostra, tendo uma deficiência neuromusculoesquelética e limitações dela decorrentes, poderão estar mais numa posição de receptores de cuidados do que de prestadores, podendo as suas respostas reflectir potenciais enviesamentos neste sentido e exclusivamente dependentes da incapacidade. À semelhança do Questionário de Apoio/Suporte Social anteriormente descrito, a EPS foi adaptada com recurso a amostras de estudantes universitários, potencialmente com características distintas da população que é nossa pretensão estudar.

Porém, sinalizámos um instrumento que avalia exclusivamente a satisfação com o suporte social: Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) (J. L. P. Ribeiro, 1999b). Contendo 15 itens, pensamos corresponder a uma perspectiva mais específica da percepção de satisfação por parte dos sujeitos, constituindo-se como o instrumento adoptado para a presente investigação. A escala é composta por 4 factores: satisfação com os amigos, intimidade, satisfação com a família e actividades sociais, com consistência interna variando entre 0,64 (actividades sociais, com 3 itens) e 0,83 (satisfação com os amigos, com 5 itens). A consistência interna total da escala é elevada (alfa de Cronbach de 0,85). Todos os itens apresentam um índice de discriminação superior a 0,30, variando para a totalidade dos itens entre 0,38 (itens 9 e 10) e 0,71 (item 14). As correlações entre os factores são positivas e a menor correlação (0,22) é relativa às escalas intimidade e satisfação com a família e a mais elevada (0,58) às escalas satisfação com as amizades e intimidade. As correlações entre cada factor e o resultado da escala total variam entre 0,50 (satisfação com a família) e 0,86 (satisfação com amizades).

Na aplicação da ESSS, é solicitado ao sujeito que assinale, para cada item, o seu grau de concordância com a afirmação contida no item, numa escala de 5 pontos, variando entre

“concordo totalmente” e “discordo totalmente”. Os resultados totais individuais podem variar entre 15 e 75, correspondendo valores mais elevados, na escala, a níveis maiores de satisfação com o suporte social.

O estudo de adaptação, ainda que sustentado igualmente numa amostra de estudantes, possui uma maior representação do que a dos instrumentos de avaliação de suporte social já referidos até ao momento, dado que a amostra é de maior dimensão ($n = 609$) e além de estudantes universitários provenientes de nove áreas distintas, inclui também alunos de ensino secundário (11º e 12º anos).

Verifica-se uma ampla aplicação da ESSS em amostras nacionais, mais frequentemente no domínio da saúde, que procuraremos ilustrar com a apresentação dos estudos abaixo mencionados.

Coelho e Ribeiro (2000) estudaram o suporte social, em contexto pós cirurgia cardíaca, em enfermaria, em 35 mulheres, verificando uma correlação significativa e positiva entre os factores satisfação com a família, satisfação com amigos e intimidade e o bem-estar, avaliado através de uma escala análoga visual de auto-avaliação do bem-estar subjectivo, consistindo numa linha de 10 pontos, cujos extremos representam o mínimo e o máximo de bem-estar.

O estudo da satisfação com o suporte social foi também realizado em doentes com acidente vascular cerebral. Com recurso a uma amostra de 39 sujeitos, em reabilitação clínica, Mestre e Ribeiro (2002), verificaram que os homens possuem uma maior percepção de satisfação global, com destaque para as dimensões da satisfação com amigos e intimidade. Nesta amostra, foi ainda verificada uma correlação positiva e significativa entre a satisfação com o suporte social e, quer a escolaridade, quer a qualidade de vida (avaliada pela *EUROQOL-5D*).

No domínio da saúde mental, V. B. Rodrigues (2008) aplicou a ESSS a 80 pessoas com perturbação psiquiátrica, em contexto hospitalar, verificando que estes sujeitos evidenciavam

um resultado de satisfação com o suporte social acima do valor mediano da escala, não se verificando diferenças significativas em função do género, idade, estado civil, estatuto face ao emprego ou tipologia da perturbação.

Foi, ainda, assinalada a aplicação da ESSS, no Brasil, numa amostra de 44 grávidas (Baptista, Baptista, & Torres, 2006).

O estudo sobre a ESSS não se limitou à investigação da satisfação com o suporte social em populações específicas, tendo sido desenvolvida investigação sobre as suas qualidades psicométricas em populações diversas da estudada pelo autor (J. L. P. Ribeiro, 1999b).

Santos, Ribeiro e Lopes (2003) estudaram as qualidades psicométricas da ESSS numa amostra de doentes com diagnóstico oncológico. Numa amostra composta por 385 sujeitos, foi verificada (através da análise de componentes principais, com rotação ortogonal *Varimax*) a estrutura de 4 factores encontrada por J. L. P. Ribeiro (1999b). Com efeito, apenas dois itens (1 e 7) apresentaram uma maior saturação noutra escala que não aquela a que originalmente pertenciam. A escala mostrou-se aplicável ao domínio oncológico, revelando boas qualidades psicométricas: o alfa de Cronbach das 4 subescalas variou entre 0,66 e 0,89, sendo o valor de consistência interna total da escala ligeiramente inferior ($\alpha = 0,83$) ao encontrado pelo autor ($\alpha = 0,85$). Os resultados obtidos evidenciaram correlação positiva com a medida de “espírito de luta/aceitação” do instrumento de *coping* utilizado (*Escala de Adaptação Mental ao Cancro*) e com o instrumento de avaliação da qualidade de vida (*Quality of Life Questionnaire*).

Investigação similar foi desenvolvida por Ferreira, Ribeiro e Guerreiro (2004), no âmbito da revascularização do miocárdio, estudando uma amostra de 228 pessoas com doenças das artérias coronárias. A estrutura factorial original foi, igualmente, reproduzida nesta investigação, recorrendo também à análise de componentes principais, com método de rotação ortogonal *Varimax*. Ainda no âmbito da validade, os resultados de percepção do suporte social manifestaram uma correlação significativa e negativa com os níveis de ansiedade e depressão,

avaliados pela *Hospital Anxiety and Depression Scale*. A consistência interna total da escala é inferior (0,77) à obtida na investigação original e na desenvolvida por Santos et al. (2003), mas situando-se dentro dos limites aceitáveis.

Considerando a definição de visibilidade da deficiência, anteriormente referida e proposta por Livneh e Wilson (2003) e as recomendações quanto à necessidade de avaliação das suas componentes objectiva e subjectiva (Livneh et al., 2001; Moss, 2005; Olney et al., 2004), esta variável foi avaliada através da integração de duas questões no questionário sociodemográfico aplicado aos sujeitos (Anexo G) e de uma questão no questionário sociodemográfico aplicado aos técnicos (Anexo G), acerca do grau de visibilidade percebido pelo próprio ou atribuído pelos outros. Com base na revisão sobre a investigação anterior, procurámos colmatar algumas das críticas tipicamente apontadas ao estudo da visibilidade da deficiência e incapacidade: avaliação exclusiva da componente objectiva por técnicos (Moss, 2005) e avaliação com recurso a escalas dicotómicas (Livneh et al., 2001; Martz, 2003; Olney et al., 2004; Valeras, 2010). No presente estudo, e face a esta última limitação, foi adoptada uma escala de Likert de 6 pontos, variando entre 1 = Nada visível e 6 = Muito visível, no seguimento do proposto por Livneh e Wilson (2003).

Na pesquisa efectuada sobre o tema da procura de emprego em população com deficiência, apenas sinalizámos um instrumento – *The Assertive Job-Hunting Survey* (AJHS, Phemister, 2002), composto por 25 afirmações relativas às respostas comportamentais numa situação hipotética de procura de emprego (ex. “7. Hesitaria em responder às questões quando entrevistado/a.”; “25. Teria relutância em contactar alguém que eu não conheço para solicitar informação.”) e tendo por objectivo avaliar o desenvolvimento de comportamentos assertivos em situação de procura de emprego.

Considerando que os objectivos do AJHS se afastam marcadamente dos nossos, de conhecimento do comportamento de procura de emprego e das acções que o integram e não tendo localizado nenhum outro instrumento similar que respondesse aos nossos interesses de investigação, o estudo da variável dependente – comportamento de procura de emprego – será desenvolvido com recurso a questões incluídas no questionário sociodemográfico do sujeito e cuja elaboração decorreu da pesquisa efectuada sobre investigação desenvolvida no domínio da auto-eficácia na procura de emprego em populações com deficiência e incapacidade e elementos provenientes da experiência profissional da investigadora e da orientadora.

O processo de elaboração dos itens implicou o desenvolvimento de diferentes versões, resultantes de processos de elaboração e revisão, por parte da orientadora e da investigadora, até ser alcançada uma quarta versão final. Foram assim constituídos três grupos de itens, que compõem o item 14, correspondendo o primeiro (14.1.) a onze questões em que são abordadas acções directas de procura de emprego (ex. resposta a ofertas na *internet* ou pedido de emprego a familiares e amigos). Os dois grupos seguintes procuram avaliar a frequência com que diferentes formas de procura de emprego foram desenvolvidas (Barlow, Wright, & Cullen, 2002; Hergenrather, Turner, Rhodes, & Barlow, 2008; Strauser & Berven, 2006) no espaço temporal do último mês (Strauser & Berven, 2006). O segundo grupo (14.2.) contém seis itens relativos ao contacto com entidades ou eventos que podem facilitar a mediação no emprego (ex. organizações de pessoas com deficiência, feiras de emprego) e o terceiro (14.3.) é referente a quatro acções que, se desenvolvidas, poderão potenciar a obtenção de emprego (ex. frequência de cursos de formação profissional ou envolvimento em programas ocupacionais). Em cada um dos subgrupos existe a possibilidade de o sujeito acrescentar uma acção, não contida nos itens existentes e efectuar a sua respectiva classificação de frequência.

Todos os itens são avaliados numa escala de 5 pontos, em que se solicita que o sujeito classifique a frequência de desenvolvimento de cada uma das acções considerada (Nunca; 1

vez por mês; 2 a 3 vezes por mês; 1 vez por semana e 2 a 3 vezes por semana). Os níveis de frequência temporal foram definidos tendo em conta que todos deveriam ser muito precisos (Moreira, 2004) e considerando uma regularidade esperável no desenvolvimento das acções. Os subgrupos 14.1. e 14.2. são avaliados no espaço temporal de um mês, considerando os limites temporais da memória humana para acontecimentos menos relevantes (Foddy, 1996) e o subgrupo 14.3. no espaço temporal de um ano, dado que as acções que o compõem podem assumir uma duração mais ampla.

Na cotação dos itens, à escala quantitativa de frequência é atribuída uma pontuação numérica (Nunca = 0; 1 vez por mês = 1; 2 a 3 vezes por mês = 2; 1 vez por semana = 3, e 2 a 3 vezes por semana = 4), podendo ser obtido um resultado total variando entre 0 (indicador de que o sujeito não se encontra a fazer procura activa de emprego) e 96 (caso também assinale todas as novas opções não consideradas no instrumento).

Os questionários sociodemográficos construídos para esta fase da investigação têm, ainda, por função, permitir a caracterização de ambas as amostras envolvidas – pessoas com deficiência e incapacidade e técnicos de referência no domínio da reabilitação.

O questionário sociodemográfico construído para as pessoas com deficiência e incapacidade, para além das questões já referenciadas e relativas às variáveis visibilidade da deficiência e comportamento de procura de emprego e aos dados sociodemográficos que elegemos como pertinentes face aos objectivos de investigação (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, tipo de deficiência principal e secundária, antiguidade da deficiência e da alta clínica ou conclusão do processo de reabilitação, estatuto face ao emprego), visa recolher informação adicional sobre a deficiência e incapacidade e suas implicações e que nos possam, eventualmente, apoiar na compreensão dos resultados. A este propósito, procurámos recolher dados complementares sobre a existência de benefícios decorrentes da deficiência e

incapacidade (pensões ou subsídios) e sobre o histórico de trabalho e apoios no domínio do incentivo ao trabalho (ex. apoio técnico, aquisição de produtos de apoio, frequência de formação profissional) após a aquisição da deficiência.

Aos técnicos de reabilitação é solicitado o preenchimento de um questionário sociodemográfico composto por duas partes, a primeira relativa a dados do sujeito (pessoa com deficiência e incapacidade) e a segunda a dados sobre o próprio técnico. A existência de dados sociodemográficos como a idade, sexo, existência de uma deficiência secundária, identificação da organização de apoio institucional e estatuto face ao emprego permitem confirmar a correspondência entre instrumentos, respondidos por sujeitos e técnicos, mas também colmatar eventuais respostas pouco claras por parte dos sujeitos. No entanto, não foram verificadas divergências nas respostas entre sujeitos e técnicos, no que concerne a estas dimensões. Ao técnico é, também, solicitada a explicitação da problemática apresentada pelo sujeito, o que permitiu uma caracterização mais fina do tipo de deficiência da amostra (ex. paraplegia, hemiparesia), sobretudo em casos em que o sujeito apresentou respostas pouco informativas acerca da caracterização da deficiência (ex. “no braço”). A dimensão tempo de aquisição da deficiência é tratada neste questionário enquanto questão aberta (e não por categorias temporais como acontece no questionário do sujeito), permitindo, igualmente, uma melhor caracterização da amostra de sujeitos (ex. tempo médio de aquisição no caso dos técnicos ou por subgrupos temporais no caso da informação procedente dos sujeitos). Finalmente, os técnicos são questionados sobre há quanto tempo conhecem o sujeito e disponibilizam os seus próprios dados sociodemográficos (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias – grau e área –, profissão e tempo de experiência na função), permitindo estes últimos a caracterização da amostra de técnicos já apresentada.

Em suma e como já referido na introdução a este capítulo, com os instrumentos seleccionados ou construídos, importa-nos estudar dimensões que, na literatura, são referidas

como interferindo com o processo de inserção profissional da pessoa com deficiência e incapacidade, mas cuja influência na fase anterior de busca de um emprego permanece por esclarecer e que, potencialmente, nos podem ajudar a melhor compreender o tema do emprego das pessoas com deficiência e incapacidade, a inflectir a sua taxa de desemprego e a aumentar as suas condições de empregabilidade, na óptica de uma actuação preventiva e promotora da igualdade de oportunidades pela igualdade de condições.

7.4. Procedimento

Em cada organização foi sinalizado um técnico de referência, a quem foi distribuído o número de instrumentos indicado por este em função do número de pessoas com deficiência e incapacidade cuja participação se previa face à correspondência aos critérios de inclusão na amostra. Uma primeira preocupação teve a ver com o despiste de sujeitos em condição de desemprego, solicitando aos técnicos de referência, apenas sujeitos que se encontrassem em processo de procura activa de emprego (Leonard, 2002).

O conjunto de instrumentos era acompanhado de uma tabela que permitia a este técnico de referência na organização controlar a distribuição e recolha dos instrumentos face à díade pessoa com deficiência/técnico de reabilitação. Recorde-se que, à semelhança do efectuado no processo de adaptação dos instrumentos, todos os instrumentos continham um código, composto pela sigla Entidade/S ou T (Sujeito ou Técnico)/Número, que permitia a correspondência directa dos instrumentos entre técnicos (ex. CRPA/T/03) e sujeitos com deficiência e incapacidade (ex. CRPA/S/03).

Os instrumentos eram acompanhados de uma carta dirigida aos diferentes participantes (técnicos e pessoas com deficiência) (Anexo L), onde, à semelhança do efectuado junto das

instituições, constava o enquadramento, objectivos e objecto da investigação e a garantia da confidencialidade no tratamento dos dados. Os instrumentos encontravam-se organizados em conjuntos, sendo que cada conjunto continha dois agrupamentos, devidamente agrafados, um dirigido aos técnicos [Contendo uma carta de apresentação do estudo aos técnicos, um questionário para recolha de dados sociodemográficos do sujeito e do técnico – Dados de Caracterização (Anexo G) – e o IAF (Anexo B)] e outro às pessoas com deficiência e incapacidade [Contendo, igualmente, uma carta de apresentação da investigação, o questionário sociodemográfico (Anexo G), o QCP (Anexo C), a EAD-R (Anexo A) e a ESSS, sendo contrabalançada a ordem destes três últimos, em alternância, em cada organização]. Esta organização visava facilitar a correcta distribuição dos instrumentos, evitando que as respostas de uma mesma díade fossem sobre pessoas com deficiência e incapacidade distintas.

A todas as organizações foi disponibilizada a presença da investigadora para esclarecimento de dúvidas ou facilitação do processo de aplicação, sendo que tal apenas ocorreu no Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão, em que após a sinalização dos potenciais sujeitos pelos responsáveis dos serviços, era à investigadora que cabia solicitar a participação da pessoa com deficiência e respectivo técnico. A recolha das restantes participações finais foi efectuada, presencialmente, pela investigadora e no caso de uma das organizações (com localização mais distante) procedeu-se ao seu envio com envelope pré-selado.

À semelhança da etapa relativa aos estudos psicométricos dos instrumentos, foi antecipada a possibilidade de termos sujeitos com dificuldade na escrita manual, devido a limitações existentes nos membros superiores, o que impossibilitaria ou condicionaria a resposta autónoma aos instrumentos na sua versão em papel. Neste sentido, foi disponibilizada, junto dos técnicos de referência, a possibilidade de envio em formato electrónico, alternativa que foi solicitada por duas das organizações (Operação para o Emprego de Pessoas com

Deficiência e Centro de Reabilitação Profissional de Gaia) a fim de permitir o preenchimento autónomo, por parte dos sujeitos, dos instrumentos e respectivo questionário sociodemográfico.

Os dados foram analisados com recurso ao software IBM SPSS Statistics 19.

7.5. Resultados

7.5.1. Comparação de Características dos Sujeitos com e sem Procura Activa de Emprego

Aquando da caracterização dos grupos de sujeitos com ($n = 71$) e sem ($n = 25$) procura activa de emprego, foi notada a existência de diferenças entre os grupos com (PAE) e sem procura activa de emprego (SPAЕ). Considerando a eventual importância do comportamento destas variáveis para a compreensão da variável dependente, – comportamento de procura de emprego – analisaremos, em seguida, a significância dessas discrepâncias, ou seja, se existem diferenças significativas entre os grupos PAE e SPAЕ. As diferenças, anteriormente observadas, são relativas às variáveis género, estado civil, tipo de deficiência, existência de uma deficiência secundária, tempo de aquisição da deficiência, situação face ao emprego e benefício de pensão ou subsídio.

Considerando a natureza nominal da totalidade das variáveis acima referidas, à excepção da variável tempo de aquisição da deficiência, recorreremos a testes não paramétricos para comparação dos grupos PAE e SPAЕ.

Com a aplicação do teste do Qui Quadrado, verifica-se não existirem diferenças significativas, entre os dois grupos, no que concerne às variáveis género ($\chi^2(1) = 2,36, p = 0,13$) e benefício de pensão ou subsídio ($\chi^2(1) = 0,67, p = 0,41$).

No que concerne ao tipo de deficiência, existe um reduzido número de observações por categoria (ex. 2 sujeitos com limitação do tronco), decorrente da presença de 9 categorias distintas, o que viola um dos princípios para aplicação do teste do Qui Quadrado para comparação dos grupos. A alternativa de junção de categorias, por forma a aumentar o valor de observações esperadas, não se nos afigura razoável dada a perda do significado individual de cada categoria, pelo que procedemos à análise dos resíduos estandardizados dos grupos com observações inferiores a 5 (Pestana & Gageiro, 2008), verificando-se que estes têm uma contribuição elevada (74%, o que corresponde a 9,69) para o valor obtido no teste de Qui Quadrado ($\chi^2(9) = 13,13$). Neste sentido, a leitura do valor de Qui Quadrado seria enganadora, pelo que optámos pela análise do valor da estatística *likelihood ratio* (Howell, 1997) para comparação dos grupos (Pestana & Gageiro, 2008; Tabachnick & Fidell, 1996). O valor de *likelihood ratio* obtido ($G^2(9) = 16,44, p = 0,058$) aponta a inexistência de diferenças significativas entre os dois grupos face ao tipo de deficiência.

Idêntica dificuldade, no que concerne ao reduzido número de observações, foi constatada relativamente à dimensão situação face ao emprego (ex. 2 sujeitos sem procura activa de emprego que nunca trabalharam), optando-se, neste caso, por se comparar os dois grupos, através da junção de categorias (Marôco, 2007) face à experiência profissional (“sem experiência profissional” correspondendo à categoria “nunca trabalhou” e “com experiência profissional” correspondendo à junção das categorias originais “desempregado há menos de um ano” e “desempregado há mais de um ano”). Considerando não estarem reunidas as condições para aplicação do teste de Qui Quadrado (25% das observações são inferiores a 5), e tratando-se de uma variável nominal dicotómica (Marôco, 2007), optámos pela aplicação do teste de Fisher, constatando-se a inexistência de diferenças significativas entre os dois grupos ($p = 0,225$).

Do mesmo modo, foi constatada a presença de reduzido número de observações no que respeita ao estado civil dos sujeitos dos dois grupos em estudo (ex. 3 sujeitos viúvos, 1 sem procura activa de emprego e 2 com procura). Justificando-se a junção de categorias (Marôco, 2007), foram criadas duas novas – com e sem relação conjugal – resultantes da recodificação das categorias “casado” e em “união de facto” e das categorias “solteiro”, “divorciado” e “viúvo”, respectivamente. Estando reunidas as condições para aplicação do teste de Qui Quadrado, a opção recaiu sobre esta estatística, verificando-se a existência de diferenças significativas entre ambos os grupos ($\chi^2(1) = 8,53, p = 0,003$), sendo que os sujeitos sem relação conjugal se encontram mais frequentemente em situação de procura activa de emprego.

Verificou-se, com a aplicação do teste de Qui Quadrado, que os dois grupos diferem quanto à existência de uma deficiência secundária ($\chi^2(1) = 8,51, p = 0,004$), sendo que os sujeitos que se encontram em procura activa de emprego apresentam menos tipicamente uma outra deficiência para além da deficiência neuromusculoesquelética, considerada a sua principal deficiência.

Finalmente, foi analisada a variável tempo de aquisição da deficiência principal. Dada a reduzida dimensão do grupo SPAE ($n = 25$), recorreremos ao teste de Shapiro-Wilk para análise da normalidade da sua distribuição, verificando-se que nenhum dos grupos segue uma distribuição normal (SPAE, $W(25) = 0,80, p = 0,000$; PAE, $W(71) = 0,75, p = 0,000$). Neste sentido, para comparação das ordens médias de ambos os grupos, recorreremos ao teste não paramétrico Wilcoxon-Mann-Whitney, verificando-se a existência de diferenças significativas ($U = 1,50; W = 4,06, p = 0,000$), ou seja, as pessoas com deficiência que desenvolvem uma procura activa de emprego adquiriram a deficiência neuromusculoesquelética significativamente há mais tempo.

7.5.2. *Caracterização das Variáveis*

No que concerne às variáveis independentes em estudo, verifica-se que os sujeitos apresentam um valor médio de adaptação à deficiência de 93,42. Estes resultados aproximam-se do valor médio encontrado para o estudo com a amostra nacional ($M = 94$; $DP = 14$), ainda que a dispersão verificada na presente amostra seja ligeiramente superior ($DP = 15,21$).

Recorda-se que a EAD-R é composta por quatro subescalas que avaliam, igualmente, quatro dimensões inter-relacionadas da adaptação psicológica à deficiência: Contenção (evitamento da generalização dos efeitos da deficiência e incapacidade a áreas não afectadas), Transformação (avaliação dos valores não como comparativos face a padrões anteriores à incapacidade ou de pessoas sem deficiência, mas sim enquanto recursos e competências que permitem uma nova satisfação face à actual condição), Alargamento (descentração do conjunto de valores associados à deficiência e incapacidade e descoberta e valorização de novos) e Subordinação (diminuição da importância da componente física).

Analisando os resultados por subescala, de acordo com a estrutura factorial obtida na amostra portuguesa, verifica-se (Tabela 7.12) que a média por item mais elevada é obtida nas subescalas Alargamento ($M = 3,2$) e Transformação ($M = 3,0$), indicadoras de níveis de adaptação mais elevados, ainda que não atingindo o ponto máximo da escala de 4 valores. Uma vez mais, estes resultados aproximam-se dos obtidos, anteriormente, com a amostra nacional em que as médias por item mais elevadas foram observadas nas dimensões Alargamento ($M = 3,3$) e Transformação ($M = 3,2$), apresentando, a amostra nacional, valores ligeiramente mais elevados.

Tabela 7.12

Análise dos Resultados das Subescalas de Adaptação à Deficiência (EAD-R)

Subescala	Mín-Max	Mínimo Possível	Máximo Possível	<i>M</i> (subescala)	<i>DP</i> (subescala)	<i>M</i> (item)
Contenção	13-40	10	40	26,6	6,14	2,7
Transformação	11-36	9	36	27,0	5,49	3,0
Alargamento	22-36	9	36	28,8	3,55	3,2
Subordinação	5-16	4	16	11,1	2,88	2,8

No que concerne à funcionalidade para o trabalho, quer avaliada pelo QCP (aplicado a pessoas com deficiência e incapacidade), quer pelo IAF (aplicado a técnicos), poder-se-ia obter um resultado total variando entre 0 (ausência de qualquer limitação funcional) até 90 (máximo de limitações funcionais).

Em função da avaliação desenvolvida pelos sujeitos, constata-se (Tabela 7.13) que a área de funcionalidade com maiores limitações (ainda que ligeiras) corresponde a Condições Físicas e Emprego ($M = 0,94$) e a Comunicação é a que parece reunir maior funcionalidade ($M = 0,20$).

Comparativamente ao grupo de sujeitos do estudo de validade de constructo, verifica-se que as avaliações são muito próximas nas subescalas Qualificações Profissionais ($M = 3,39$), Condições Físicas e Emprego ($M = 5,53$), Comunicação ($M = 0,82$), Condições Físicas e Suporte Social ($M = 2,37$), e Cognição e Relações Interpessoais ($M = 2,25$). Os sujeitos desta amostra nacional avaliaram mais negativamente a sua funcionalidade no domínio da Percepção Visual ($M = 1,20$) e mais positivamente na subescala Membros Superiores ($M = 0,88$). Esta divergência decorre da composição das amostras, incluindo a nacional pessoas com deficiência visual, condição não verificada na presente amostra dado não ser critério de inclusão de sujeitos.

Tabela 7.13

Análise dos Resultados das Subescalas da Funcionalidade para o Trabalho (QCP e IAF)

Subescala	Mín-Max	Mínimo Possível	Máximo Possível	<i>M</i> (subescala)	<i>DP</i> (subescala)	<i>M</i> (item)
QCP						
QP	0-11	0	21	3,55	2,52	0,51
CFE	0-13	0	18	5,65	3,39	0,94
C	0-6	0	12	0,80	1,15	0,20
PV	0-5	0	6	0,79	1,09	0,40
CFSS	0-8	0	12	2,14	1,91	0,54
CRI	0-12	0	15	2,15	2,34	0,43
MS	0-4	0	6	1,13	1,38	0,57
IAF						
CCA	0-21	0	27	4,46	4,75	0,50
FMAT	0-15	0	18	5,28	3,48	0,88
QP	0-10	0	15	3,20	1,89	0,64
POE	0-7	0	9	1,34	1,62	0,45
CF	0-7	0	9	1,99	1,89	0,66
C	0-6	0	12	0,93	1,29	0,23

Nota: QP: Qualificações Profissionais. CFE: Condições Físicas e Emprego. C: Comunicação. PV: Percepção Visual. CFSS: Condições Físicas e Suporte Social. CRI: Cognição e Relações Interpessoais. MS: Membros Superiores. CCA: Cognição e Comportamento Adaptativo. FMAT: Funcionamento Motor e Adaptação ao Trabalho. POE: Percepção e Oportunidades de Emprego. CF: Condição Física.

Se considerarmos a perspectiva dos técnicos (Tabela 7.13), observa-se um cenário semelhante, à avaliação por parte dos sujeitos, quanto à área com menores limitações – Comunicação ($M = 0,23$), correspondendo a área com maiores limitações, uma vez mais ligeiras, ao Funcionamento Motor e Adaptação ao Trabalho ($M = 0,88$), subescala com composição de itens semelhante à subescala Condições Físicas e Emprego. Comparativamente ao estudo anteriormente desenvolvido para validação dos instrumentos, verifica-se que, nessa amostra, as dimensões Cognição e Comportamento Adaptativo ($M = 3,90$), Funcionamento Motor e Adaptação ao Trabalho ($M = 4,54$), Qualificações Profissionais ($M = 3,06$) e

Comunicação ($M = 0,73$) foram alvo de uma avaliação da funcionalidade mais favorável do que na presente fase da investigação. Pelo contrário, as subescalas Percepção e Oportunidades de Emprego ($M = 1,64$) e Condição Física ($M = 2,40$) foram, anteriormente, avaliadas como indicando níveis mais baixos de funcionalidade.

Contrariamente ao verificado aquando dos estudos de validação dos instrumentos, mas em conformidade com o maioritariamente encontrado na literatura (Biggan & Graves, 1996; Tyerman & Tyerman, 2009), os técnicos tendem a avaliar mais negativamente a funcionalidade para o trabalho ($M = 17,2$; $DP = 11,5$) do que os sujeitos com deficiência e incapacidade ($M = 16,21$; $DP = 9,28$), ainda que as diferenças entre estes valores não sejam significativas, como verificado pela aplicação do teste não paramétrico de Wilcoxon ($Z = 0,808$, $p = 0,419$), dado as duas variáveis não seguirem uma distribuição normal ($D(71) = 0,128$; $p = 0,006$ e $D(71) = 0,142$ $p = 0,001$, respectivamente), de acordo com a aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov, com correcção de Lilliefors.

A satisfação com o suporte social evidenciada pelos sujeitos da amostra encontra-se igualmente acima do valor mediano da ESSS ($M = 50,38$; $DP = 11,54$), sendo que os resultados podem variar entre um valor mínimo de 15 e máximo de 75, indicando este último a percepção de maior suporte social. A aplicação da ESSS permite, ainda, a obtenção de resultados parciais e relativos à satisfação com o suporte social relativamente aos amigos, intimidade, família e actividades sociais, sendo o valor médio por item mais elevado (Tabela 7.14) obtido na subescala relativa à satisfação com o suporte social disponibilizado pela família ($M = 3,91$), seguido do disponibilizado por amigos ($M = 3,43$) e da intimidade ($M = 3,35$). A menor satisfação é obtida face ao desempenho de actividades sociais ($M = 2,70$).

Tabela 7.14

Análise dos Resultados das Subescalas da ESSS

Subescala	Mín-Max	Mínimo Possível	Máximo Possível	<i>M</i> (subescala)	<i>DP</i> (subescala)	<i>M</i> (item)
Amigos	7-25	5	25	17,13	4,78	3,43
Intimidade	4-20	4	20	13,40	3,48	3,35
Família	3-15	3	15	11,73	3,45	3,91
Actividades Sociais	3-15	3	15	8,11	3,20	2,70

No que diz respeito à visibilidade da deficiência, os sujeitos com deficiência e incapacidade são os que tendem a autopercepcionar uma maior visibilidade ($M = 4,51$; $DP = 1,59$), mesmo quando se pronunciam acerca da visibilidade que outras pessoas podem atribuir à sua deficiência ($M = 4,39$; $DP = 1,51$). Os técnicos tendem a classificar uma menor visibilidade ($M = 4,28$; $DP = 1,4$). Pela aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov, com correcção de Lilliefors, verifica-se que a variável visibilidade não segue uma distribuição normal, quer na perspectiva de avaliação por técnicos ($D(71) = 0,175$, $p = 0,00$), quer na das pessoas com deficiência ($D(71) = 0,249$, $p = 0,00$), pelo que, por recurso ao teste bilateral de Wilcoxon, foi verificado que não existem diferenças significativas ($Z = 1,372$, $p = 0,17$), entre ambas as avaliações de técnicos e de sujeitos.

A avaliação da variável dependente – comportamento de procura de emprego – através das questões contidas no questionário sociodemográfico aplicado aos sujeitos, permitia a obtenção de um resultado total final variando entre 0 e 96 (Indicador de máxima procura de emprego). Porém, os sujeitos cujo resultado total foi zero foram excluídos desta análise pelas razões já apresentadas e discutidas. Neste sentido, os sujeitos cujas respostas se encontram em análise poderiam atingir um nível de procura de emprego entre 1 e 96. Em média, os sujeitos apresentaram um resultado de procura de emprego de 12,54 ($DP = 9,92$), o que é indicador de

uma diminuta procura considerando o limite máximo atingível. O sujeito com o nível mais elevado de procura atingiu um resultado de 47 e três sujeitos apontaram a procura mínima, com um resultado final de 1. A acção de procura de emprego mais frequentemente adoptada foi o contacto com organizações de apoio a pessoas com deficiência e incapacidade ($M = 1,90$; $DP = 1,62$), seguida da frequência de formação profissional ($M = 1,75$; $DP = 1,89$), da consulta de anúncios em jornal ($M = 1,25$; $DP = 1,67$) e da consulta na internet ($M = 1,17$; $DP = 1,71$). As acções menos adoptadas foram a visita a feiras de emprego ($M = 0,03$, $DP = 0,17$) e o contacto com clubes de emprego ($M = 0,06$; $DP = 0,37$).

A análise das correlações entre as variáveis independentes revela que, ainda que existindo relações significativas, estas são, na generalidade, baixas (Tabela 7.15). As correlações significativas mais elevadas correspondem às avaliações sobre uma mesma dimensão, ainda que sob perspectivas de respondentes diferentes – pessoas com deficiência e incapacidade e técnicos, ou seja, as percepções sobre a visibilidade da deficiência (0,82; 0,68 e 0,63) e as avaliações da funcionalidade para o trabalho (0,53).

Verifica-se, também, que sujeitos que apresentam uma maior funcionalidade (resultados mais baixos no QCP e no IAF indicam uma maior funcionalidade) estão, igualmente, mais adaptados psicologicamente à sua deficiência ($r = -0,48$ e $r = -0,35$, respectivamente). A dimensão satisfação com o suporte social apenas apresenta correlação significativa com a adaptação à deficiência ($r = 0,48$) e com a avaliação de funcionalidade na perspectiva dos sujeitos ($r = -0,31$).

Finalmente, constata-se a existência de correlação significativa da variável dependente – procura activa de emprego – com a visibilidade avaliada pelos técnicos ($r = -0,25$), com a adaptação psicológica ($r = 0,48$) e com a avaliação da funcionalidade na perspectiva dos técnicos ($r = -0,35$). Os sujeitos com maior procura de emprego são avaliados, pelos técnicos,

como tendo uma deficiência menos visível, estão mais adaptados psicologicamente à sua deficiência e possuem, na perspectiva do técnico, uma maior funcionalidade para o trabalho.

Tabela 7.15

Correlações entre as Variáveis Independentes e Dependente

	VDS	VDSO	VDT	EAD-R	QCP	IAF	ESSS	PAE
VDS	-							
VDSO	0,82**	-						
VDT	0,63**	0,68**	-					
EAD-R	-0,03	0,05	0,04	-				
QCP	0,23	0,17	0,11	-0,48**	-			
IAF	0,02	0,03	0,33**	-0,35**	0,53**	-		
ESSS	-0,01	-0,01	-0,09	0,48**	-0,31**	-0,12	-	
PAE	-0,07	-0,13	-0,25*	0,30*	-0,18	-0,35*	0,10	-

Nota: VDS: Visibilidade da deficiência percebida pelo sujeito. VDSO: Visibilidade da deficiência percebida pelo sujeito face à opinião de outros. VDT: Visibilidade da deficiência percebida pelos técnicos. EAD-R: Adaptação à deficiência avaliada pelo sujeito. QCP: Funcionalidade para o trabalho avaliada pelo sujeito. IAF: Funcionalidade para o trabalho avaliada pelo técnico. ESSS: Satisfação com o suporte social percebida pelo sujeito. PAE: Procura activa de emprego.

* $p < 0,05$ (bilateral), ** $p < 0,01$ (bilateral)

7.5.3. Análises de Regressão Relativas ao Comportamento de Procura de Emprego

As variáveis independentes, inicialmente seleccionadas pela sua importância na literatura consultada, correspondem à adaptação psicológica à deficiência; à funcionalidade para o trabalho (percebida pela própria pessoa com deficiência e pelo respectivo técnico);

à visibilidade da deficiência (percepção do próprio, percepção do próprio sobre a opinião dos outros e percepção dos técnicos) e, finalmente, à satisfação com o suporte social.

A fim de encontrar o modelo que melhor se ajusta aos dados, recorreremos aos métodos *convencional* (*enter* no SPSS), *backward*, *forward* e *stepwise* para a realização da regressão múltipla, atingindo uma dimensão de amostra considerada aceitável para este fim, ou seja, com um rácio igual ou superior a 10 sujeitos por variável independente (Cohen, 2008), dado estarmos face a análises exploratórias (Berger, 2003) num domínio em que não sinalizamos investigação desenvolvida.

No que concerne à verificação dos pressupostos para realização da regressão múltipla, foi efectuada, para as análises que se apresentam em seguida, a análise de resíduos. Para o efeito, procedeu-se à aplicação do teste de Durbin-Watson e verificação da presença de valores críticos abaixo do limite inferior tabelado ou acima da diferença entre 4 e o limite superior tabelado; à análise da existência de *outliers* por verificação de valores de Leverage acima de 0,2 e de distância de Cook acima de 1 (Marôco, 2007) e à análise da normalidade dos resíduos estudantizados (média, desvio-padrão). Efectuou-se também a verificação da multicolinearidade entre as variáveis independentes [verificação de valores de inflação da variância (VIF) acima do valor crítico de 5 (Montgomery & Peck, citados por Marôco, 2007), verificação da proximidade da VIF e da tolerância a 1, verificação de valores de *Condition Index* acima do valor crítico de 30 e existência de componentes principais que contribuem com mais de 50% para a variância dos coeficientes de regressão em mais do que uma variável independente].

O estudo de regressão foi iniciado com a introdução directa da totalidade das sete variáveis pelo método convencional ou simultâneo (Tabela 7.16), obtendo-se um coeficiente de determinação ajustado baixo ($R^2_a = 0,13$), ainda que a ANOVA de regressão indique que, pelo menos, uma das variáveis seleccionadas tem efeito ($F(7) = 2,51$; $p = 0,024$) sobre o

comportamento de procura de emprego. Neste modelo, apenas a variável adaptação psicológica à deficiência demonstrou significado estatístico ($p = 0,028$).

Tabela 7.16

Análise de Regressão Múltipla das Variáveis Predictoras do Comportamento de Procura de Emprego

Variável	<i>B</i>	<i>EP B</i>	β
Convencional			
EAD-R	0,21	0,10	0,33*
QCP	0,07	0,17	0,07
IAF	-0,18	0,14	-0,21
VDS	1,43	1,32	0,23
VDSO	-1,21	1,40	-0,18
VDT	-1,64	1,35	-0,23
ESSS	-0,08	0,12	-0,09
Backward			
EAD-R	0,15	0,08	0,24*
IAF	-0,18	0,12	-0,21
VDT	-1,37	0,84	-0,19
Forward			
IAF	-0,30	0,10	-0,35*
Stepwise			
IAF	-0,30	0,10	-0,35*

Nota: EAD-R: Adaptação à deficiência avaliada pelo sujeito. QCP: Autopercepção da funcionalidade para o trabalho avaliada pelos sujeitos com deficiência. IAF: Percepção da funcionalidade para o trabalho avaliada pelos técnicos. VDS: Visibilidade da deficiência avaliada pelos sujeitos com deficiência. VDSO: Visibilidade da deficiência avaliada pelos sujeitos com deficiência relativamente à opinião dos outros. VDT: Visibilidade da deficiência avaliada pelo técnico. ESSS: Satisfação com o suporte social avaliada pelos sujeitos com deficiência.

* $p < 0,05$ (bilateral)

Como já afirmado, paralelamente, foram adoptados os métodos *backward*, *forward* e *stepwise* (Tabela 7.16). Com o método *backward*, o coeficiente de determinação ajustado mais elevado obtido é de 0,16 e a ANOVA de regressão indica que, pelo menos, uma variável é

preditora do comportamento de procura de emprego ($F(3) = 5,32; p = 0,002$), correspondendo, também neste caso, à adaptação psicológica à deficiência ($p = 0,05$). Com os métodos *forward* e *stepwise* é obtido um coeficiente de determinação ajustado igualmente baixo ($R^2_a = 0,11$), indicando a ANOVA de regressão, igualmente, a existência de uma variável com efeito preditor ($F(1) = 9,77; p = 0,003$): funcionalidade avaliada pelos técnicos ($p = 0,003$).

Se atendermos aos valores de R^2_a obtidos com a aplicação dos quatro métodos distintos, verificamos que o melhor ajustamento aos dados decorre da aplicação dos métodos convencional e *backward*, o que se compreende se considerarmos que estes modelos contêm as duas variáveis que, nos estudos empíricos já efectuados, revelaram poder preditor face à procura activa de emprego (a adaptação psicológica à deficiência e a funcionalidade para o trabalho avaliada pelos técnicos). Ainda que as diferenças de poder preditivo dos modelos possam ser atribuídas ao recurso a métodos distintos, constatamos que, em ambos, a funcionalidade para o trabalho avaliada pelos técnicos mantém o mesmo poder preditor ($\beta = -0,21$), o que já não se verifica com a variável adaptação psicológica à deficiência ($\beta = 0,33$ e $\beta = 0,24$), variação possivelmente decorrente da influência das restantes variáveis em cada um dos modelos sobre o seu valor preditivo.

Finalmente, o modelo com menor poder preditivo, obtido por recurso aos métodos *forward* e *stepwise*, é composto por uma única variável – funcionalidade para o trabalho avaliada pelos técnicos, o que explica o seu menor R^2_a .

Há, ainda, a destacar, o facto de, face à presença da variável adaptação psicológica à deficiência, a variável funcionalidade para o trabalho avaliada pelos técnicos ver diminuído o seu poder de predição (de $-0,35$ para $-0,21$). Este dado poderá ser indicador de um eventual efeito mediador da adaptação, pelo que retomaremos a análise desta questão mais à frente.

Os pressupostos da regressão múltipla foram verificados, constatando-se que não há correlação entre os resíduos ($d = 2,08$) e que os valores de Leverage ($0,099$) e a distância de

Cook (0,015) estão dentro dos limites desejáveis. Os resíduos estudantizados apresentam uma distribuição próxima da normal ($M = 0,014$; $DP = 1,029$). Foi igualmente verificada a não multicolinearidade entre as variáveis independentes, sendo que apenas a visibilidade avaliada pelos sujeitos ($VIF = 3,57$) e a sua percepção da visibilidade que os outros lhe atribuem ($VIF = 3,63$) assumem valores mais elevados, mas claramente dentro dos limites desejáveis. Nenhuma das componentes principais contribui com mais de 50% para a variância dos coeficientes de regressão em mais do que uma variável independente.

Os reduzidos valores preditivos, resultantes das análises acima descritas, levaram-nos a ponderar a introdução de variáveis adicionais no modelo de regressão, nomeadamente as que revelaram distinguir os grupos com e sem procura activa de emprego (PAE e SPAE): estado civil, existência de uma deficiência secundária e tempo de aquisição da deficiência. Neste sentido, foi analisado o modelo composto pelas duas variáveis iniciais não excluídas dos modelos de regressão, pelos vários métodos de análise (Marôco, 2007) e que revelaram significado estatístico: adaptação à deficiência, funcionalidade para o trabalho e as três variáveis resultantes da análise das diferenças verificadas aquando da comparação entre os grupos SPAE e PAE. Recorde-se que, anteriormente e a fim de permitir o estudo das diferenças entre os grupos PAE e SPAE, as cinco categorias da variável estado civil, de natureza nominal, haviam já sido recodificadas em duas categorias – com relação conjugal (1) e sem relação conjugal (0).

À semelhança do procedimento adoptado nas análises anteriores, recorreremos aos métodos convencional, *backward*, *forward* e *stepwise* para determinação do modelo com maior ajustamento (Tabela 7.17). Os coeficientes de determinação ajustados mais elevados são obtidos com os métodos convencional ($R^2_a = 0,23$) e *backward* ($R^2_a = 0,24$), verificando-se um acréscimo face às análises anteriores, sendo que, em ambos os casos, a ANOVA de regressão

aponta a existência de, pelo menos, uma variável com efeito preditor na procura de emprego ($F(5) = 5,15$; $p = 0,000$ e $F(4) = 6,45$; $p = 0,000$, respectivamente). O menor ajustamento é verificado com a aplicação dos métodos *forward* e *stepwise* ($R^2_a = 0,20$), ainda que a ANOVA de regressão indique, igualmente, a presença de pelo menos uma variável com poder preditor ($F(2) = 9,87$; $p = 0,000$), as quais se verifica corresponderem às variáveis funcionalidade para o trabalho avaliada pelos técnicos ($p = 0,01$) e tempo de aquisição da deficiência ($p = 0,004$).

Tabela 7.17

Análise de Regressão Múltipla das Variáveis Predictoras Iniciais e Complementares do Comportamento de Procura de Emprego

Variável	B	EP B	β
Convencional			
EAD-R	0,08	0,08	0,13
IAF	-0,18	0,10	-0,21
ES	1,28	2,59	0,05
DEF_SEC	-4,80	2,99	-0,18
TA	2,97	0,97	0,34*
Backward			
EAD-R	0,09	0,08	0,13
IAF	-0,19	0,10	-0,21
DEF_SEC	-4,92	2,96	-0,18
TA	2,91	0,95	0,33*
Forward			
IAF	-0,25	0,09	-0,29*
TA	2,87	0,96	0,32*
Stepwise			
IAF	-0,25	0,09	-0,29*
TA	2,87	0,96	0,32*

Nota: EAD-R: Adaptação à deficiência avaliada pelo sujeito. IAF: Percepção da funcionalidade para o trabalho avaliada pelos técnicos. ES: Estado Civil. DEF_SEC: Existência de uma deficiência secundária. TA: Tempo de aquisição da deficiência.

* $p < 0,05$ (bilateral)

A aplicação dos distintos métodos indica que apenas duas variáveis revelam, nesta amostra, poder preditor face à procura de emprego: a funcionalidade para o trabalho avaliada pelos técnicos, cujo efeito já havia sido observado numa análise precedente e o tempo de aquisição da deficiência, uma das variáveis que distinguia os grupos PAE e SPAE. A variável adaptação psicológica à deficiência não se revelou preditora, contrariamente ao verificado nalguns modelos precedentes.

Considerando o acréscimo de poder explicativo com a introdução de novas variáveis no modelo de regressão (aumento este não decorrente do mero aumento de variáveis, mas sim de poder explicativo, pois o R^2_a , contrariamente ao R^2 , não é afectado pelo acréscimo de variáveis, excepto se estas possuírem significado estatístico), verifica-se, na presente amostra, que a procura de emprego entre as pessoas com deficiência neuromusculoesquelética inquiridas decorre da antiguidade da deficiência (tempo de aquisição da deficiência) e do nível de funcionalidade para o trabalho avaliado pelos respectivos técnicos de referência (Tabela 7.18).

Tabela 7.18

Sumário da Análise de Regressão Múltipla das Variáveis Predictoras do Comportamento de Procura de Emprego

Variável	B	EP B	β
IAF	-0,25	0,09	-0,29*
TA	2,87	0,96	0,32*

Nota: IAF: Percepção da funcionalidade para o trabalho avaliada pelos técnicos. TA: Tempo de aquisição da deficiência.

* $p < 0,05$ (bilateral)

O modelo obtido com apenas estas duas variáveis, pelo método convencional, apresenta um coeficiente de determinação ajustado de 0,20, sendo que a ANOVA de regressão aponta a existência de variáveis predictoras do comportamento de procura de emprego ($F(2) = 9,87$; $p = 0,000$). O tempo de aquisição apresenta um peso de regressão mais elevado do que a

funcionalidade para o trabalho. Os dados obtidos apontam no sentido de pessoas com deficiência neuromusculoesquelética adquirida há mais tempo e que apresentem melhores níveis de funcionalidade para o trabalho (correspondentes a valores reduzidos na avaliação produzida pelos técnicos, com recurso ao IAF) terem maior probabilidade de efectuar uma procura activa de emprego.

Os pressupostos do modelo de regressão múltipla foram validados através da análise dos resíduos e da verificação da ortogonalidade entre as variáveis independentes. Conclui-se que não existe autocorrelação entre os resíduos ($d = 2,11$), nem existência de *outliers*. Os resíduos estudantizados apresentem uma distribuição próxima da normal ($M = 0,008$; $DP = 1,021$).

Foi, ainda, analisada a multicolinearidade entre as variáveis independentes, verificando-se que os valores de VIF (variando entre 1,05 e 1,21), tolerância (variando entre 0,83 e 0,95) e *Condition Index* (variando entre 1,00 e 24,44) de todas as variáveis assumem valores desejáveis. Nenhuma das componentes principais contribui com mais de 50% para a variância dos coeficientes de regressão de mais do que uma variável independente. Conclui-se, assim, pela não multicolinearidade entre as variáveis independentes.

O modelo de regressão do comportamento de procura de emprego, elaborado com recurso ao AMOS (versão 19) através da introdução simultânea das variáveis (método convencional), com base no método da máxima verosimilhança, encontra-se ilustrado, abaixo na Figura 7.1. Os resultados obtidos com a presente amostra, não obstante o reduzido poder explicativo do modelo ($R^2_a = 0,20$), apontam que as pessoas que adquiriram a sua deficiência há mais tempo e que evidenciam melhor funcionalidade para o trabalho (na perspectiva dos seus técnicos de referência) são aquelas que se prevê que venham a desenvolver maior número de comportamentos de procura activa de emprego.

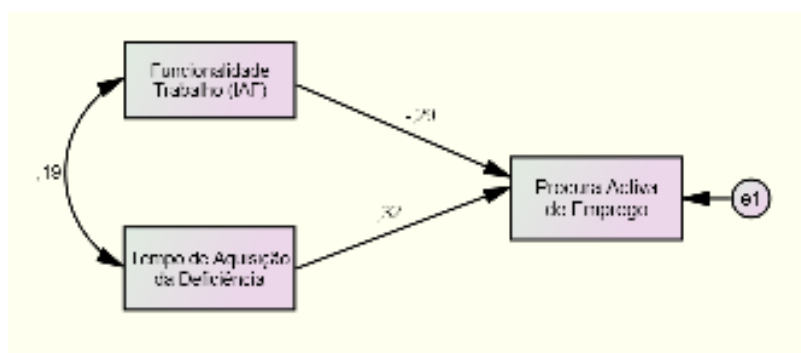


Figura 7.1. *Modelo de Regressão do Comportamento de Procura de Emprego*

Tal como tivemos oportunidade de referir aquando das análises de regressão sobre o comportamento de procura de emprego, a funcionalidade viu diminuir o seu papel preditor quando a adaptação psicológica à deficiência se encontrava no modelo de regressão, o que nos levou a explorar se a adaptação teria, eventualmente, um papel mediador entre a funcionalidade para o trabalho e a procura activa de emprego. Baron e Kenny (1986) afirmam que uma variável funciona como mediadora quando variações na variável independente explicam significativamente variações na variável mediadora; quando variações na variável supostamente mediadora explicam significativamente variações na variável dependente e quando estas duas relações se encontram controladas, a relação que anteriormente era significativa entre a variável independente e a dependente deixa de o ser, sendo a mediação máxima correspondente à ausência de relação.

Foi constatado, com a aplicação do teste de Sobel (Baron & Kenny, 1986) que a adaptação à deficiência não é mediadora ($Z = -1,45, p = 1,85$) da funcionalidade para o trabalho avaliada por técnicos face à procura de emprego.

A análise com recurso à regressão linear com o AMOS confirmou, igualmente, a ausência de um efeito mediador (Figura 7.2), na medida em que não é verificada significância estatística na relação de regressão entre a variável potencialmente mediadora – adaptação à

deficiência – e a variável dependente – procura activa de emprego ($\beta = 0,17$; $p = 0,117$), confirmando-se apenas a existência de relação significativa entre a variável independente funcionalidade para o trabalho e a potencial variável mediadora adaptação à deficiência ($\beta = 0,35$; $p = 0,002$), ou seja, a funcionalidade para o trabalho é preditora da adaptação à deficiência. Acresce ainda que é mantida relação significativa entre as variáveis funcionalidade para o trabalho (variável independente) e procura activa de emprego (variável dependente) ($\beta = -0,23$; $p = 0,038$), na presença da adaptação à deficiência (suposta variável mediadora) (Baron & Kenny, 1986). Isto é, a funcionalidade para o trabalho mantém o seu papel preditor face ao comportamento de procura de emprego, o que uma vez mais contribui para contestar o suposto carácter mediador da adaptação psicológica à deficiência entre estas duas variáveis.

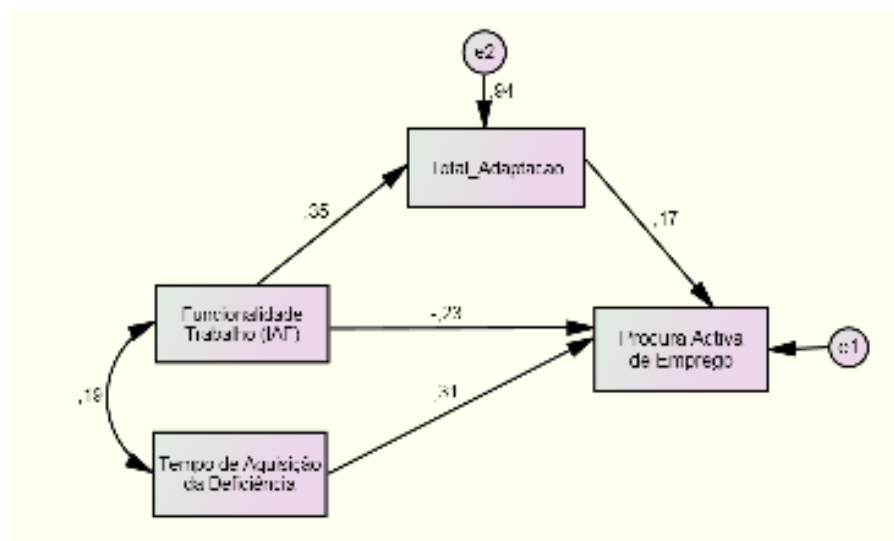


Figura 7.2. *Análise do Efeito Mediador da Adaptação entre a Funcionalidade para o Trabalho e o Comportamento de Procura de Emprego*

7.5.4. *Discussão dos Resultados*

Como já tivemos oportunidade de sublinhar na introdução a este capítulo e na apresentação dos resultados, a amostra inicialmente recolhida foi reduzida para 71 sujeitos, em virtude de as 25 participações restantes corresponderem a sujeitos que não se encontravam em procura efectiva e activa de emprego, embora reportando o estatuto de desempregado ao seu técnico de referência. Esta divergência de informação poderá estar relacionada com o facto de tipicamente ser diminuto o número de pessoas com deficiência e incapacidade que, ainda que não se encontrando a trabalhar, se descrevem como desempregadas em procura de emprego (NDA, 2005) ou com o reduzido regresso ao trabalho verificado após a aquisição de uma deficiência (European Commission, 2003; International Social Security Association, 2002).

Ainda que tenhamos procedido à eliminação da participação dos 25 sujeitos que não se encontravam em procura real de emprego, considerámos útil efectuar a comparação das características dos dois grupos, na medida em que desta poderia resultar informação importante, o que veio a confirmar-se como anteriormente relatámos na apresentação dos resultados, com o despiste de variáveis que distinguem os dois grupos.

Considerando a hipótese definida para o estudo da regressão do comportamento de procura de emprego, verifica-se que apenas uma das variáveis considerada inicialmente – funcionalidade para o trabalho avaliada pelos técnicos – se revelou preditora deste comportamento. A comparação adicional entre os grupos com e sem procura de emprego e a integração das variáveis que revelaram distinguir os dois grupos no modelo de regressão permitiu identificar uma nova variável preditora do comportamento de procura de emprego: tempo de aquisição da deficiência neuromusculoesquelética.

O modelo de regressão, composto pelas variáveis funcionalidade para o trabalho e tempo de aquisição, é responsável pela explicação de uma percentagem diminuta da variância

da procura activa de emprego, como se verificou pelo valor do coeficiente de determinação ajustado obtido. Estes resultados indicam que boa parte dos determinantes da procura de emprego permanecem por elucidar, o que seria um resultado, em certa medida, esperável, dado que outros factores, nomeadamente de ordem externa, terão a sua acção sobre a procura individual de emprego por parte das pessoas com deficiência neuromusculoesquelética. A este propósito, tivemos oportunidade, aquando da revisão da literatura (secção 2.2. Outros factores condicionantes do emprego na deficiência e na incapacidade) de destacar a influência de determinantes do acesso ao emprego como o nível educativo (Barnes et al., 1999; Benz et al., 1997; Blackorby & Wagner, 1996; Braun et al., 2006; Capucha, 1998; Hernandez et al., 2007; Newman et al., 2009); a formação profissional (Blackorby & Wagner, 1996; Capucha et al., 2004); as acessibilidades no domicílio (Barnes et al., 1999; Hernandez et al., 2007), no posto de trabalho (Eurostat, 2003; INE, 2008) ou nos transportes (Hernandez et al. 2007; Magill-Evans et al., 2008); os desincentivos económicos (Bound & Waidmann, 2000; Catalano et al., 2006; Chan et al., 2006; Chapin & Kewman, 2001; Marini et al., 2008; OECD, 2010) ou as atitudes dos potenciais empregadores (Gilbride et al., 2000; Hernandez et al., 2007; Magill-Evans, 2008; Unger, 2002). Os estudos consultados apontam no sentido de a existência de perfis educativos e de formação mais elevados e diferenciados, a inexistência de barreiras nos diversos contextos de vida; a inexistência de desincentivos financeiros ao emprego serem potenciadores do emprego. Por outro lado, ainda que globalmente as atitudes dos empresários aparentem ser de aceitação das pessoas com deficiência, a evidência indica uma prática reduzida neste domínio, com elevadas taxas de desemprego entre as pessoas com deficiência. A integração destas dimensões em futura investigação sobre a procura de emprego entre as pessoas com deficiência seria de privilegiar, a par do aprofundamento de dimensões intrínsecas à pessoa com deficiência. Estudos integrados considerando variáveis intrínsecas e extrínsecas à pessoa com deficiência não apenas facilitariam o conhecimento acerca de potenciais

determinantes internos e externos do comportamento de procura de emprego, como fomentariam o conhecimento da interacção entre os determinantes de ambas as ordens, numa área em que o avanço no conhecimento se tem feito de forma espartilhada.

Considerando o tempo de aquisição da deficiência, verificou-se que em média, os sujeitos da amostra adquiriram a sua deficiência há 14,2 anos, pelo que possuem já um histórico considerável de vivência com esta condição. Como tivemos oportunidade de verificar, na análise dos resultados do grupo de sujeitos sem procura de emprego, o seu tempo de vivência com a deficiência era claramente diminuto (inferior a 1 ano). Verifica-se, também, que a procura de emprego, tende a aumentar com o tempo de aquisição da deficiência. Estes resultados parecem, no seu conjunto, apontar a existência de um período individual a partir do qual o sujeito passa a reunir as condições físicas e psicológicas para ponderar a sua inserção profissional. Em fases mais precoces, após aquisição da deficiência, possivelmente a sua atenção estará centrada no processo de reabilitação física e dos ambientes e na adaptação à nova condição, não havendo espaço para a inclusão de preocupações de outra ordem, nomeadamente profissional. Posteriormente, poderá haver todo um período de retomada, reformulação ou criação de um projecto profissional, para então, finalmente, o sujeito possuir condições para iniciar uma procura individualizada. Esta influência da dimensão tempo poderá ainda estar relacionada com o facto de o sujeito possuir ainda vínculo ao trabalho anterior ou estar envolvido num processo de protecção por seguro, atribuição de incapacidade ou reforma, que suspende a iniciativa face à procura de primeiro ou novo emprego. Investigação desenvolvida com população com esclerose múltipla, mas relativa ao estatuto face ao emprego e não à procura de emprego, não encontrou evidência quer de correlação significativa entre a duração da doença e o estatuto face ao emprego (Smith & Arnett, 2005), quer de poder preditivo desta variável face ao estatuto profissional (Krokavcova et al., 2010). Estes resultados, por serem específicos de uma patologia com características particulares e de

natureza degenerativa não poderão, no entanto, ser entendidos como válidos para as restantes deficiências neuromusculares. Não sinalizamos investigação desenvolvida junto de população com outro tipo de deficiência neuromuscular.

No que concerne à funcionalidade para o trabalho (avaliada pelos técnicos), variável que se revelou preditora face ao comportamento de procura de emprego, os resultados obtidos vão no sentido esperado, confirmando, parcialmente, a hipótese em estudo e corroborando o apontado na literatura. A literatura consultada aponta exactamente no sentido de os sujeitos com uma maior funcionalidade global terem maior probabilidade de se encontrarem integrados profissionalmente (Berglund et al., 2003; Gallagher & MacLachlan, 1999; Jason et al., 2000; Livneh et al., 2004; Livneh & Wilson, 2003), sendo que as taxas de emprego parecem estar fortemente ligadas à restrição da funcionalidade (NDA, 2005), com os sujeitos com deficiências mais severas a estarem tendencialmente mais afastados do mercado (Eurostat, 2003; Turner & Turner, 2004).

Os resultados obtidos são também claramente compreensíveis se considerarmos que os técnicos reconhecerão em sujeitos mais funcionais, mais competências, julgando-os assim aptos a procurar emprego, o que, por sua vez, pode desencadear não apenas o apoio técnico e institucional na procura de emprego, mas também as acções da iniciativa do sujeito com deficiência neuromuscular. Sujeitos com uma efectiva melhor funcionalidade para o trabalho estarão, igualmente, mais aptos a concorrer a uma maior diversidade de profissões, enfrentarão com maior sucesso as exigências de polivalência que, cada vez mais, são parte integrante da maioria das ofertas de trabalho e tenderão a manter a procura de emprego dado que nela vêem viabilidade. Ao invés, níveis muito diminutos de funcionalidade para o trabalho estreitam o leque de profissões cujo exercício o sujeito antecipa e poderão criar vontade de desistir após sucessivas recusas ou dificuldades continuadas (O'Reilly, 2007).

Saliente-se que, na presente investigação, foi a percepção dos técnicos sobre a funcionalidade para o trabalho e não a dos próprios que se revelou preditora da procura de emprego. Possivelmente, a percepção dos técnicos poderá estar mais alinhada e ser mais realista face às solicitações do mercado de trabalho, o que, por sua vez, conduzirá a que, antevendo uma adequação entre a funcionalidade dos sujeitos e os requisitos do mercado, os estimulem e orientem para uma procura activa de emprego, desenvolvendo acção inversa ou inibitória quando essa adequação não é percepcionada. Relembre-se, aliás, que a estratégia mais frequente de procura de emprego correspondia ao contacto com organizações de apoio a pessoas com deficiência operantes neste domínio, destacando, uma vez mais, a importância da sua intervenção na área da inserção profissional. Ainda que as diferenças entre as avaliações globais da funcionalidade entre técnicos e pessoas com deficiência não se tenham revelado significativas, os primeiros apresentam uma visão mais crítica e negativa da funcionalidade para o trabalho dos sujeitos. Neste caso, avaliações eventualmente algo sobrevalorizadas por parte das pessoas com deficiência não se constituem como reais alavancas do comportamento de procura de emprego e não se revelam suas predictoras. A verificação do poder preditivo da funcionalidade para o trabalho avaliada pelos técnicos, nesta amostra, a par da não confirmação no que concerne à avaliação efectuada pelos sujeitos com deficiência, reforça a noção, já explorada ao longo deste trabalho, de necessidade de auscultação simultânea de diversas fontes com vista à definição de planos de intervenção com objectivos partilhados e comuns.

A hipótese de investigação colocada continha, ainda, como variáveis potencialmente predictoras da procura activa de emprego a adaptação à deficiência, a visibilidade da deficiência (nas perspectivas de autopercepção das pessoas com deficiência, percepção das pessoas com deficiência acerca da visibilidade atribuída por outros e percepção da deficiência por parte dos técnicos de referência) e a satisfação com o suporte social. Ainda que a não verificação do respectivo poder preditivo se possa dever a factores de ordem específica e que teremos

oportunidade de discutir em seguida, factores de ordem mais global podem, igualmente, ajudar a compreender os dados obtidos. Por um lado e ainda que tivessem sido desenvolvidos esforços contrários, a dimensão da amostra era pouco ampla, comportando grande heterogeneidade no que concerne ao tipo de deficiência dos sujeitos. A dimensão da amostra obtida conduziu, assim, à obtenção de uma rácio sujeito/variável independente ligeiramente aquém do que seria desejável, sobretudo na análise que incluiu maior número de variáveis independentes. Finalmente, os dados obtidos poderão, também, ter sido condicionados pela amplitude restrita da variável dependente, na medida em que, embora o resultado da variável procura de emprego pudesse variar entre 1 e 96, os sujeitos apresentaram um nível médio de procura diminuto e com reduzida dispersão.

Tal como tivemos oportunidade de aprofundar no ponto 3.5. do capítulo Adaptação à Deficiência e Incapacidade (Emprego e Adaptação à Deficiência e Incapacidade), a adaptação psicológica à deficiência (ou seus indicadores como o *coping*, a ansiedade, a depressão ou a orientação para o futuro) é referida, na literatura sobre a inserção profissional de pessoas com deficiência e incapacidade, como uma variável preditora ou correlacionada com a entrada ou regresso ao mercado de trabalho (Crisp, 2005; Felmingham et al., 2001; Martz, 2003; Mettävainio & Ahlgren, 2004). Os dados obtidos na presente investigação evidenciam uma correlação significativa entre a procura de emprego e a adaptação à deficiência, mas não corroboram o papel preditor da última em relação à primeira. Este dado poderá, em alguma medida, estar relacionado quer com os conceitos (nem sempre é estudado o conceito de adaptação, mas seus indicadores como por exemplo a depressão) e metodologia de avaliação utilizada nas diversas investigações (questionários e entrevistas), quer com o facto de a literatura citada abordar a temática da inserção profissional efectiva, operacionalizada no estatuto profissional ou no regresso ao trabalho e não o comportamento de procura de emprego. Por outro lado, verificámos que a funcionalidade para o trabalho, avaliada pelos técnicos, se

revelou preditora da adaptação à deficiência. Ou seja, por si só estar adaptado à deficiência física adquirida não aparenta ser um determinante da procura de emprego, sendo os sujeitos que apresentam uma maior funcionalidade para o trabalho, na opinião dos técnicos, que têm maior probabilidade de desenvolver uma melhor adaptação psicológica à deficiência e por aquela via iniciar a sua procura activa de emprego. Em certa medida, uma melhor adaptação psicológica à deficiência, em sujeitos com uma maior funcionalidade para o trabalho, pode decorrer da existência de menor número de limitações e da respectiva percepção de menor número de motivos que obstaculizem um processo de adaptação bem sucedido.

A adaptação à deficiência e incapacidade, tal como conceptualizada na presente investigação, encerra um conjunto de mudanças de valores (Transformação dos valores comparativos em valores centrados nos recursos, contenção dos efeitos da deficiência, alargamento da amplitude de valores e subordinação do físico) que determinam o viver com uma nova condição e recursos individuais. Verificámos, na presente amostra, que os sujeitos tendem a evidenciar níveis mais elevados de adaptação no alargamento da amplitude de valores e na sua transformação. Especificamente visando a inserção profissional, os sujeitos mais adaptados e mais funcionais poderão ter redireccionado, eventualmente orientados pelos seus técnicos de referência, a sua procura para áreas profissionais distintas das que equacionavam anteriormente ou que, eventualmente já haviam experimentado, e em que a inserção poderá ser possível e bem sucedida, alargando o leque de oportunidades profissionais. Emocionalmente, o bem-estar e tranquilidade, decorrentes da adaptação à deficiência, poderão funcionar como condição de base e motivacional para que o sujeito pondere retomar ou iniciar uma vida profissional. Na globalidade, a procura de emprego e o lidar melhor com a deficiência parecem estar ancorados na avaliação da funcionalidade para o trabalho percebida pelos técnicos de reabilitação de referência.

A influência da funcionalidade para o trabalho e da adaptação à deficiência concorrem, em certa medida, no sentido esperável, se considerarmos que, em processos de recrutamento, selecção e contratação, as competências valorizadas e requeridas são de ordem técnica, ligadas ao saber fazer, mas também de ordem emocional e comportamental, ligadas ao saber ser e saber estar. Estas duas componentes da pessoa compõem e contribuem para o equilíbrio, interno e externo, do sujeito com vista à sua plena inserção socioprofissional.

Antecipava-se que a visibilidade da deficiência, uma característica particularmente importante na deficiência neuromusculoesquelética, permitisse prever, em certa medida, o desenvolvimento de comportamentos de procura de emprego, no sentido de que pessoas com deficiências menos visíveis apresentassem maior probabilidade de procura de emprego tal como a literatura tende a afirmar. Isto não foi verificado no presente estudo, se bem que se observe uma correlação baixa, mas significativa, entre as duas variáveis. Martz (2003) constatou que pessoas com deficiências invisíveis (ex. diabetes, epilepsia) tinham uma probabilidade muito maior de se encontrar empregadas do que as que possuíam deficiências visíveis, resultado explicado pelo estigma existente em relação à deficiência e pelas reacções negativas ou adversas de que estas pessoas possam ser alvo. Neste mesmo sentido, e em resultado de uma experiência de simulação de decisões de contratação de candidatos com deficiência e incapacidade, Gouvier et al. (1991) verificaram que os avaliadores tendiam a classificar menos positivamente pessoas com deficiências visíveis. A percepção destas reacções provenientes do contexto de reabilitação e da comunidade, por parte das próprias pessoas com deficiência poderá afectar as suas capacidades de obtenção e manutenção de um emprego. Os técnicos da amostra estudada tenderam a apresentar avaliações menos negativas da visibilidade da deficiência do que os sujeitos, ainda que a diferença entre as percepções não se tenha revelado estatisticamente significativa. Porém, considerando que, independentemente do avaliador (técnico ou pessoa com deficiência), a percepção de visibilidade encontrava-se

claramente acima do valor mediano, seria ainda mais esperável a sua influência na procura de emprego do que se estivéssemos face a respondentes que avaliaram a visibilidade como reduzida (“nada visível”). Uma vez mais, as divergências entre os presentes resultados e o tipicamente encontrado na literatura podem decorrer do facto de esta reportar ao estatuto ou acesso ao emprego e de, no presente trabalho, estarmos a analisar a procura de emprego. Neste sentido, a visibilidade percebida por técnicos ou pessoas com deficiência pode não ser relevante na fase de procura de emprego, mas adquirir importância para outros agentes, como os potenciais empregadores, quando entram no processo conducente à inserção profissional. É possível especular que técnicos e pessoas com deficiência, eventualmente mais habituados à dimensão visível da deficiência neuromusculoesquelética, não dêem relevo a esta dimensão da visibilidade, valorizando as questões da funcionalidade. Porém, potenciais empregadores poderão ser mais influenciados pelo funcionamento típico das comunidades, em que se rejeita o que visualmente não nos é agradável ou que se desvia da norma, reacção conhecida como “ansiedade estética” (Hahn, 1996) e que poderá funcionar como um condicionante do acesso ao mercado laboral. A valorização da aparência física, em detrimento da capacidade para o trabalho, poderá levar a que pessoas com deficiências menos visíveis tenham maior aceitação no mercado de trabalho, sentindo-se deste modo mais motivadas para a procura de emprego. É reconhecido, no entanto, que pessoas com deficiências invisíveis ou pouco notórias poderão conviver com a ansiedade e receios permanentes de que a sua deficiência e incapacidade seja descoberta (Livneh et al., 2001; Martz, 2003).

O suporte social surge, na literatura, associado ao emprego entre as pessoas com deficiência (Crisp, 2005), destacando-se o papel que as redes sociais (Capucha et al., 2004; Potts, 2005) exercem na obtenção de emprego. Porém, constatámos, com o presente estudo, que a variável satisfação com o suporte social não se revelou, igualmente, preditora do comportamento de procura de emprego. Ainda assim, esta procura, na nossa amostra, quando

realizada através de familiares e amigos, constituiu-se como a quinta acção média mais comum. Estes resultados podem dever-se a características da amostra, composta por sujeitos afectos a organizações e muitas das vezes por elas apoiados no processo de preparação (ex. formação profissional) ou acesso ao emprego (ex. apoio à colocação em mercado de trabalho). Aliás, o contacto com organizações de apoio a pessoas com deficiência correspondeu à medida de procura de emprego mais frequente, seguida da frequência de acções de formação profissional. Ou seja, na amostra por nós estudada existe um suporte efectivo à procura de emprego desenvolvido, maioritariamente, por organizações de pessoas com deficiência e incapacidade, e o papel das redes sociais parece ser menor neste âmbito. Por outro lado, a não verificação do papel preditor do suporte social na procura de emprego poderá ter estado relacionada com o facto de estarmos a avaliar a sua componente de satisfação e não o suporte efectivo como realizado por Potts (2005). Em complemento, estamos a avaliar a satisfação em termos gerais e não em termos do apoio efectivamente dispensado à procura de emprego.

Ainda em relação ao suporte social, e tal como Crisp (2005) salienta, na sua revisão de literatura sobre o tema, algumas das vezes, o suporte social apresenta correlação com o bem-estar psicológico e nem sempre com o resultado da inserção profissional. No presente estudo, esta observação também se verifica, na medida em que a satisfação com o suporte social se correlaciona significativamente com a adaptação à deficiência e a percepção da funcionalidade pelo próprio. Tal como o indicam os dados da presente investigação, o facto de o sujeito perceber que tem pessoas disponíveis para o apoiarem nos diversos desafios que se colocam após a aquisição de uma deficiência e de se sentir satisfeito com esse apoio pode ser útil e eficaz no desenvolvimento de processos de adaptação melhor sucedidos.

7.6. Conclusões

O estudo efectuado sobre as variáveis que explicam a procura de emprego entre as pessoas com deficiência e incapacidade neuromusculoesquelética adquirida demonstram o forte papel preditor do tempo de aquisição da deficiência e, em grau ligeiramente menor, da funcionalidade para o trabalho na perspectiva dos técnicos de reabilitação, explicando o modelo de regressão diminuta parte da variância. Estes resultados encontram-se, no entanto, dentro do que seria esperável considerando que muitas condições, não incluídas no presente estudo, contribuem, igualmente, para a compreensão da procura de emprego. Como tivemos oportunidade de apontar ao longo deste trabalho, variáveis como as acessibilidades físicas, a autonomia nas AVDs e as atitudes da comunidade e, em particular da comunidade empresarial, condicionam fortemente o acesso das pessoas com deficiência e incapacidade ao mercado, pelo se espera que afectem, igualmente, o processo de procura por elas desenvolvido.

A investigação por nós desenvolvida aponta alguns dados relevantes para a intervenção futura com pessoas com deficiência e incapacidade neuromusculoesquelética adquirida que pretendem ingressar ou regressar ao mercado de trabalho. Destaca-se a importância da dimensão tempo, na medida em que, no período imediato à aquisição da deficiência, os sujeitos não parecem disponíveis para a procura de emprego, estando a sua atenção e recursos centrados, eventualmente, em processos de reabilitação secundária, em negociação de processos de reforma, certificação da incapacidade ou reconversão profissional. Os dados recolhidos não nos permitem apontar um período óptimo, a partir do qual podemos trabalhar activamente, com o sujeito, o seu plano de inserção, mas sabemos que, em média, os sujeitos da amostra possuíam um histórico de vivência com a deficiência próximo dos 14 anos e sabemos que os sujeitos que não se encontravam em procura activa tinham um histórico, habitualmente, inferior a 2 anos. É de equacionar se muitas das acções de adaptação

psicológica e mesmo física à deficiência e incapacidade não decorrem dentro deste período. Neste sentido, parece recomendável que toda a intervenção no sentido da inserção profissional seja delegada para períodos posteriores, a definir com a pessoa com deficiência e incapacidade, privilegiando, em fases mais precoces do processo, a reabilitação física secundária conducente a uma potencial melhor funcionalidade e a intervenção sobre o desenvolvimento de processos de adaptação, considerando a relação evidenciada entre funcionalidade para o trabalho e adaptação à deficiência.

A par da passagem de tempo sobre a aquisição da deficiência, a funcionalidade para o trabalho revelou-se preditora do comportamento de procura de emprego. Porém, é a perspectiva dos técnicos, neste domínio, e não das próprias pessoas com deficiência, que possui esta capacidade. Este dado não apenas destaca a importância da avaliação técnica, como sublinha a necessidade, já explorada anteriormente, de auscultação e estabelecimento de diálogo profícuo entre ambas as fontes envolvidas no processo de apoio à procura de emprego, por forma a definir objectivos comuns e conducentes à inserção profissional. A avaliação relativa à funcionalidade para o trabalho, por ambas as partes, vê acrescida a sua importância se considerarmos que o resultado da avaliação por parte das pessoas com deficiência se encontra significativamente correlacionado com a adaptação à deficiência, cujo desenvolvimento, por sua vez, pode ser previsto em função das avaliações de funcionalidade dos técnicos. Os planos individuais de intervenção beneficiam, assim, da integração formal da avaliação sob ambas as perspectivas e da sua apresentação e discussão construtiva.

Se a intervenção técnica parece assumir um papel fundamental, contribuindo para o desenvolvimento e avaliação da funcionalidade para o trabalho, e neste sentido para um maior ajustamento à deficiência, o papel das redes sociais e a satisfação que o sujeito retira desse suporte poderão igualmente contribuir para este processo de adaptação à deficiência, dada a correlação verificada entre estas dimensões, pelo que nos parece útil, futuramente, aprofundar a

investigação acerca desta relação. Tendo o nível de funcionalidade para o trabalho avaliado pelos técnicos revelado o seu papel preditor face à adaptação psicológica à deficiência, no presente estudo, parece-nos recomendável que as organizações vocacionadas para a reabilitação e apoio à colocação em mercado de trabalho de pessoas com deficiência e incapacidade integrem, nestes processos, respostas de apoio psicológico visando a adaptação e mudança de valores que esta implica.

Ainda que a adaptação à deficiência não se tenha revelado preditora de futuros comportamentos de procura de emprego, a literatura aponta que são as pessoas com deficiência mais adaptadas a esta sua condição que se encontram integradas profissionalmente. Neste sentido, consideramos relevante, em futura investigação, estudar os factores que contribuem para um maior ajustamento à deficiência, a par do nível de funcionalidade para o trabalho avaliado pelos técnicos e que, com a presente amostra, se revelou um seu preditor.

Face aos resultados obtidos, parece-nos defensável a inclusão do IAF e da EAD-R numa bateria de instrumentos a aplicar em contexto de reabilitação e inserção profissional. Parece-nos igualmente defensável a utilização integrada do QCP, dada a importância de auscultação de diversas fontes e da intervenção integrada envolvendo pessoas com deficiência e incapacidade, técnicos e organizações de apoio à pessoa com deficiência e incapacidade. Promovendo a intervenção sobre os factores que se verificou condicionarem a procura de emprego, estaremos certamente a contribuir, e ainda que numa dimensão muito própria e restrita, para o aumento do emprego nesta população.

No que concerne ao estudo do suporte social e porque estudámos não o suporte real ou efectivo de que o sujeito dispunha, mas sim a sua satisfação com o mesmo, parece-nos de considerar, em investigação futura, o estudo de outras suas componentes, eventualmente conducentes a resultados distintos.

Investigação complementar à aqui apresentada poderia ajudar a melhor compreender o processo de procura de emprego no grupo das pessoas com deficiência e incapacidade. Não obstante o processo de adaptação dos instrumentos ter beneficiado da participação das diversas tipologias de deficiência (à excepção da auditiva e intelectual), as análises de regressão confinaram-se à população com deficiência neuromusculoesquelética, com carácter adquirido, o que nos coloca questões de generalização dos resultados. Além disso, a deficiência neuromusculoesquelética corresponde a uma diversidade de condições quer em resultado da sua origem, quer da zona corporal afectada. A primeira componente, relativa à origem da deficiência, não foi totalmente controlada, mas a segunda sim, pela categorização das respostas dos sujeitos a uma questão aberta sobre o tipo de deficiência detida.

Outras características da amostra levantam, também, dificuldades na generalização dos resultados. A primeira fase relativa à adaptação dos instrumentos e estudo das suas propriedades psicométricas contemplou sujeitos ligados e não ligados a instituições de pessoas com deficiência, porém a segunda fase debruçou-se exclusivamente sobre os primeiros por forma a garantir o conhecimento de diversas díades técnico/sujeito com deficiência. Igualmente o critério de inclusão na amostra relativo à existência de um histórico de vivência com a deficiência superior a 6 meses anula a possibilidade de generalização dos resultados a pessoas com vivência mais precoces. Os dados obtidos apontam para a inexistência de procura de emprego em fases muito precoces da vivência com a deficiência (até 2 anos), mas ficam por auscultar directa e detalhadamente as razões que fundamentam este afastamento do mercado de trabalho.

O tipo de instrumentos seleccionados, todos eles de auto-relato, à excepção do IAF, condicionou o tipo e natureza da informação recolhida. Por um lado, os dados correspondem à visão subjectiva dos sujeitos e técnicos e por outro, e em alguns casos, são pouco aprofundados (ex. tipo de suporte social de que o sujeito beneficia) ou mesmo inexistentes (ex. motivos para

uma reduzida procura de emprego ou factores que motivam a manutenção da procura de emprego, no âmbito do questionário sociodemográfico). A introdução de maior número de questões abertas ou o recurso a entrevistas complementares poderá ser uma via para uma maior profundidade de conhecimento no domínio da procura de emprego. Neste domínio, parece-nos, igualmente, relevante, o desenvolvimento da caracterização do processo de procura de emprego numa perspectiva longitudinal, integrando as acções que o caracterizam e a forma como este é empreendido, isto é, implicando respostas mais ou menos individualizadas (ex. sozinho, com o apoio de organizações de apoio à população com deficiência ou à população em geral, com recurso a familiares, com recursos a redes, entre outras).

Ficam, também, por estudar diversas variáveis que poderão exercer a sua influência sobre o processo de procura de emprego, nomeadamente as de natureza social (atitudes de potenciais colegas de trabalho ou dos técnicos de reabilitação face à inserção profissional deste grupo) e ambiental (ex. medida em que as acessibilidades no domicílio já se revelaram um obstáculo à procura de emprego). Esta será uma perspectiva de investigação a abordar futuramente e que parece carecer de desenvolvimento, sendo a investigação existente habitualmente centrada na outra vertente que se considera responsável pela empregabilidade e pelo acesso ao mercado de trabalho – as atitudes dos empregadores e as condições das empresas e dos postos de trabalho.

Finalmente, os resultados obtidos carecem de validação com amostras mais amplas, visando uma maior confiança na generalização dos resultados das análises de regressão.

CONCLUSÕES FINAIS

Os estudos desenvolvidos com os instrumentos seleccionados para a posterior análise de regressão das variáveis predictoras do comportamento de procura de emprego – IAF, QCP e EAD-R, revelaram adequadas qualidades psicométricas, validando a sua utilização na população portuguesa com deficiência e incapacidade.

O recurso aos instrumentos de avaliação da funcionalidade para o trabalho – IAF e QCP – introduzem não apenas uma perspectiva inovadora no modo de avaliação tradicional, que tem vindo a dar primazia à avaliação técnica, como permitem e fomentam o confronto construtivo entre perspectivas de técnicos e sujeitos com deficiência que, de acordo com um dos estudos que desenvolvemos, possuem um acordo moderado. Estes instrumentos têm por objectivo primordial a avaliação da funcionalidade para o trabalho e poderão representar um contributo no panorama nacional, fortemente carenciado de instrumentos elaborados especificamente para e com pessoas com deficiências ou incapacidades. Não obstante, estes instrumentos deverão ser usados em complemento a outros que visam uma avaliação mais aprofundada da funcionalidade, com vista à elaboração de planos de reabilitação profissional mais amplos e integrando elementos diversos, desde os relacionados com a pessoa com deficiência (ex. funcionalidade física) aos ambientais (ex. atitudes dos empregadores face a esta população).

A EAD-R revelou boas propriedades psicométricas ainda que, e tal como os dois instrumentos anteriores, possa beneficiar do desenvolvimento de estudos complementares. Além de se ter revelado um instrumento com capacidade para avaliar e discriminar pessoas com tipologias de deficiência e características sociodemográficas diversas, a EAD-R, pela natureza da sua estrutura factorial permite a avaliação e a definição de uma intervenção com vista à mudança de valores subjacente à adaptação psicológica face à deficiência, processo desejável após aquisição de uma deficiência.

A adaptação dos instrumentos de avaliação da funcionalidade para o trabalho e da adaptação psicológica à deficiência vêm contribuir para diminuir a lacuna de instrumentos já anteriormente apontada, o que por sua vez poderá contribuir para a melhoria das respostas de reabilitação profissional já existentes e para uma maior adequação das mesmas às necessidades dos seus destinatários.

As análises de regressão relativas ao comportamento de procura de emprego apontam, de entre as variáveis integradas na presente investigação, o tempo de aquisição da deficiência e o nível de funcionalidade avaliado pelos técnicos como predictoras deste comportamento. A par foi, ainda, observado que a funcionalidade para o trabalho avaliada pelos técnicos é preditora da adaptação psicológica à deficiência. Esta última variável apresenta correlações significativas quer com o nível de funcionalidade avaliado pelos sujeitos com deficiência e incapacidade, quer com o nível, por eles percebido, de satisfação com o suporte social de que dispõem.

Este conjunto de resultados, a par das razoáveis a boas qualidades psicométricas dos instrumentos seleccionados para a presente investigação, reforçam a perspectiva de que a sua integração em processos de apoio à reabilitação profissional é útil e desejável, na medida em que os níveis de funcionalidade avaliados pelos técnicos permitem predizer quer a procura de emprego, quer a adaptação dos sujeitos à sua deficiência. A correlação entre adaptação e funcionalidade para o trabalho percebida pelos sujeitos reitera a importância do uso integrado do IAF e do QCP e do confronto construtivo de perspectivas.

Parece-nos recomendável, em futura investigação, aprofundar os factores preditores da adaptação psicológica à deficiência, nomeadamente os que relevaram correlação com esta dimensão neste estudo – funcionalidade para o trabalho avaliada pelos sujeitos com deficiência e incapacidade e satisfação com o suporte social, por forma a confirmar interesses complementares no uso do QCP e determinar a importância de considerar, no âmbito da

reabilitação profissional e dos processos de apoio na procura de emprego, a avaliação e intervenção na área do suporte social.

Igualmente de equacionar será um maior aprofundamento do comportamento de procura de emprego entre a população com deficiência, nomeadamente com a realização de estudos longitudinais que nos permitam melhor conhecer as diversas práticas que esta população adopta após a aquisição de uma deficiência. Uma reduzida procura foi observada na nossa amostra, que possuía uma vivência média de 14 anos com uma deficiência neuromusculoesquelética adquirida. Este processo poderá, no entanto, ter sofrido alguma variação, face a momentos anteriores, ainda que não imediatos à aquisição, pelo que apontamos como relevante o estudo de dimensões como, por exemplo, o papel das expectativas (de sucesso e de insucesso) na procura e da desistência emocional e comportamental face a experiências de insucesso. A par, outras variáveis poderão ser predictoras da procura nestas fases anteriores, distintas das que se revelaram na presente investigação (ex. suporte social disponibilizado pela família e amigos).

A procura de emprego foi estudada em população que beneficia de apoio organizacional. Afigura-se-nos, igualmente, relevante, o estudo dos processos de procura de emprego e das suas variáveis predictoras em pessoas com deficiência não apoiadas institucionalmente e que poderão evidenciar níveis distintos de funcionalidade para o trabalho, de adaptação psicológica à deficiência e de suporte social e mesmo de procura activa de emprego, comparativamente à amostra utilizada nas análises de regressão.

A visibilidade da deficiência não se revelou um determinante da procura de emprego, pelo que não nos parece um factor a equacionar aquando do apoio à colocação, mas que poderá integrar os processos de sensibilização à comunidade, dada a importância que a literatura lhe atribui em processos de recrutamento e selecção de pessoal.

Em suma, o apoio na procura de emprego deve integrar, para além das dimensões já tradicionalmente existentes – qualificação social e profissional das pessoas com deficiência e incapacidade e sensibilização a potenciais empregadores – a análise partilhada, por técnicos e sujeitos, da funcionalidade para o trabalho com vista à introdução de novos objectivos de reabilitação potenciadores da inserção profissional, atendendo, em simultâneo, aos efeitos que estes desenvolvimentos têm no processo de adaptação individual à deficiência. Não basta formar técnica e socialmente pessoas com deficiência e incapacidade e preparar a comunidade empresarial para recebê-las se, a par, os técnicos que as apoiam na procura de emprego não lhes reconhecerem capacidade para a inserção profissional, dada a importância constatada das suas avaliações sobre a funcionalidade para o trabalho, o que, por sua vez, pode ser a alavanca para que um processo activo de procura de emprego, maioritariamente apoiado por organizações, seja iniciado e complementado por diligências individuais. A adopção destes processos não deve ocorrer imediatamente após a conclusão do processo de reabilitação primária, necessitando o sujeito da passagem de algum espaço temporal, cuja duração óptima não nos é possível estimar, para empreender o seu processo individual de procura de emprego.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraído-Lanza, A. F. (2004). Social support and psychological adjustment among Latinas with arthritis: A test of a theoretical model. *Annals of Behavioral Medicine, 27*, 162-171.
- Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, C., & Fitfield, J. (1987). Appraisals of control and predictability in adapting to a chronic disease. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*, 273-279.
- Alaszewski, A., Alaszewski, H., Potter, J., & Penhale, B. (2007). Working after a stroke: Survivor's experiences and perceptions of barriers to and facilitators of the return to paid employment. *Disability and Rehabilitation, 29*, 1858-1869.
- Alavinia, S. M., Boer, A. G. E. M., Duivenbooden, J. C., Frings-Dresen, M. H. W., & Burdorf, A. (2009). Determinants of work ability and its predictive value for disability. *Occupational Medicine, 59*, 32-37.
- Almeida, L., & Freire, T. (2007). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (4ª Ed.). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Anema, J. R., Schellart, A. J. M., Cassidy, J. D., Loisel, P., Veerman, T. J., van der Beek, A. J. (2009). Can cross country differences in return-to-work after chronic occupational back pain be explained? An exploratory analysis on disability policies in a six country cohort study. *Journal of Occupational Rehabilitation, 19*, 419-426.
- Anson, K., & Ponsford, J. (2006). Coping and Emotional Adjustment Following Traumatic Brain Injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation, 21*, 248-259.
- Antle, B. J. (2004). Factors associated with self-worth in young people with physical disabilities. *Health & Social Work, 29*, 167-175.

- Araújo, F., Pais Ribeiro, J. L., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25, 59-66.
- Astúcia, A. (2002). As pessoas com deficiência e o emprego. *Integrar*, 18, 29-36.
- Baliza, E. (1999). Atitudes evocadas por empregadores no emprego de pessoas com deficiência mental. In A. Sequeira, J. C. Teixeira, J. Ornelas, M. J. Silveira, & J. P. Amaro (Eds.), *Actas da 1ª Conferência Reabilitação e Comunidade* (pp. 283-291). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D., & Torres, E. C. R. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 7, 39-48.
- Barbotte, E., Guillemin, F., Chau, N., & the Lorhandicap Group (2001). Prevalence of impairments, disabilities, handicaps and quality of life in the general population: a review of recent literature. *Bulletin of the World Health Organization*, 79, 1047-1055.
- Barlow, J., Wright, C., & Cullen, L. (2002). A job-seeking self-efficacy scale for people with physical disabilities: preliminary development and psychometric testing. *British Journal of Guidance Counselling*, 30, 37-53.
- Barnes, C., & Mercer, G. (2004). Theorising and researching disability from a social model perspective. In C. Barnes & G. Mercer (Eds.), *Implementing the social model of disability: Theory and research* (pp. 1-17). Leeds: The Disability Press.
- Barnes, C., & Mercer, G. (2005). Disability, work, and welfare: challenging the social exclusion of disabled people. *Work, Employment and Society*, 19, 527-545.
- Barnes, C., Mercer, G., & Shakespeare, T. (1999). *Exploring disability: A sociological introduction*. Cambridge: Polity Press.

- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6, 1173-1182.
- Barton, L. (1996). Sociology and disability: some emerging questions. In L. Barton (Ed.), *Disability and society: Emerging issues and insights* (pp. 3-17). London: Prentice Hall.
- Bay, E., Sikorskii, A., & Gao, F. (2009). Functional status, chronic stress, and cortisol response after mild-to-moderate traumatic brain injury. *Biological Research for Nursing*, 10, 213-225.
- Behel, J. M., Rybarczyk, B., Elliott, T.R., Nicholas, J. J., & Nyenhuis, D. (2002). The role of perceived vulnerability in adjustment to lower extremity amputation: A preliminary investigation. *Rehabilitation Psychology*, 47, 92-105.
- Bellini, J., Bolton, B., & Neath, J. (1998). Rehabilitation counselors' assessments of applicants' functional limitations as predictors of rehabilitation services provided. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 41, 242-259.
- Benz, M. R., Yovanoff, P., & Doren, B. (1997). School-to-work components that predict postschool success for students with and without disabilities. *Exceptional Children*, 63, 151-165.
- Berger, D. E. (2003). Introduction to multiple regression, acedido em 11 de Dezembro de 2011, em <http://wise.cgu.edu>.
- Berglund, B., Mattiasson, A-C., & Nordström, G. (2003). Acceptance of disability and sense of coherence in individuals with Ehlers-Danlos syndrome. *Journal of Clinical Nursing*, 12,770-777.
- Berry, J. W., Elliott, T. R., & Rivera, P. (2007). Resilient, undercontrolled, and overcontrolled personality prototypes among persons with spinal cord injury. *Journal of Personality Assessment*, 89, 292-302.

- Bieleman, H. J., Reneman, M. F., Ittersum, M. W., Schans, C. P., Groothoff, J. W., & Oosterveld, F. G. J. (2009). Self-reported functional status as predictor of observed functional capacity in subjects with early osteoarthritis of the hip and knee: A diagnostic study in the CHECK Cohort. *Journal of Occupational Rehabilitation, 19*, 345-353.
- Biggan, S. (1997). Predictive validity of functional assessment and neuropsychological test scores in the vocational outcome of persons with traumatic brain injuries. *Dissertation Abstracts International, 58*(5-B), 2664.
- Biggan, S., & Graves, B. (1996). Functional assessment scales evaluate awareness of deficit following brain injury. *Rehabilitation Psychology, 41*, 161-178.
- Bishop, M. (2005a). Quality of life and psychosocial adaptation to chronic illness and acquired disability: A conceptual and theoretical synthesis. *Journal of Rehabilitation, 71*(2), 5-13.
- Bishop, M. (2005b). Quality of life and psychosocial adaptation to chronic illness and disability: Preliminary analysis of a conceptual and theoretical synthesis. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 48*, 219-231.
- Bishop, M., Stenhoff, D. M., & Shepard, L. (2007). Psychosocial adaptation and quality of life in multiple sclerosis: Assessment of the disability centrality model. *Journal of Rehabilitation, 73*(1), 3-12.
- Blackorby, J., & Wagner, M. (1996). Longitudinal postschool outcomes of with disabilities: Findings from the national longitudinal transition study. *Exceptional Children, 62*, 399-413.
- Bolton, B. (1983). Psychosocial factors affecting the employment of former vocational rehabilitation clients. *Rehabilitation Psychology, 28*, 35-44.

- Bolton, B. (2001). Measuring rehabilitation outcomes. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 44*, 67-75.
- Bolton, B., Bellini, J., & Neath, J. (1996). Influence of applicants' personal history on counselors' ratings of functional limitations. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 39*, 265-275.
- Bolton, B., Bellini, J., & Brookings, J. B. (2000). Predicting client employment outcomes from personal history, functional limitations, and rehabilitation services. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 44*, 10-21.
- Bolton, B., & Brookings, J. B. (1993). Appraising the psychometric adequacy of rehabilitation assessment instruments. In R. L. Glueckauf, L. B. Sechrest, G. R. Bond, & E. C. McDonel. (Eds.), *Improving Assessment in Rehabilitation and Health* (pp. 109-132). Newbury Park: Sage.
- Boone, S. E., Roessler, R. T., & Cooper, P. G. (1978). Hope and manifest anxiety: Motivational dynamics of acceptance of disability. *Journal of Counseling Psychology, 25*, 551-556.
- Borgioli, J. A., & Kennedy, C. H. (2003). Transitions between school and hospital for students with multiple disabilities: A survey of causes, educational continuity, and parental perceptions. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities, 28*, 1-6.
- Bottari, C., Dassa, C., Rainville, C., & Dutil, E. (2010). The IADL Profile: Development, content validity, intra- and interrater agreement. *Revue Canadienne d'Ergothérapie, 77*, 90-100.
- Bound, J., & Waidmann, T. (2000). *Accounting for recent declines in employment rates among working-age disabled*, acedido em 25 de Novembro de 2010, em <http://www.psc.isr.umich.edu/pubs/abs/1268>.

- Bragman, R., & Cole, J. C. (1983). Perceived differences in the job potential of individuals with visible & nonvisible disabilities. *Journal of Rehabilitation, 49*(4), 47-51.
- Braun, K. V. N., Yeargin-Allsopp, M., & Lollar, D. (2006). A multi-dimensional approach to the transition of children with developmental disabilities into young adulthood: The acquisition of adult social roles. *Disability and Rehabilitation, 28*, 915-928.
- Brouwer, S., Dijkstra, P. U., Stewart, R. E., Göeken, L. N. H., Groothoff, J. W., & Geertzen, J. H. B. (2005). Comparing self-report, clinical examination and functional testing in the assessment of work-related limitations in patients with chronic low back pain. *Disability and Rehabilitation, 27*, 999-1005.
- Bültmann, U., Franche, R-L., Hogg-Johnson, S., Côté, P., Lee, H., Severin, C., et al. (2007). Health status, work limitations, and return-to-work trajectories in injured workers with musculoskeletal disorders. *Quality of Life Research, 16*, 1167-1178.
- Capucha, L. (1998). *Grupos desfavorecidos face ao emprego: Tipologias e quadro básico de medidas recomendáveis*. Lisboa: Observatório do Emprego e Formação Profissional.
- Capucha, L., Cabrita, M., Salvado, A., Álvares, M., Paulino, A.L., Santos, S., et al. (2004). *Os impactos do fundo social europeu na reabilitação profissional de pessoas com deficiência em Portugal*. Vila Nova de Gaia: Centro de Reabilitação Profissional de Gaia.
- Carey, A. C., Potts, B. B., Bryen, D. N., & Shankar, J. (2004). Networking towards employment: Experiences of people who use augmentative and alternative communication. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities, 29*, 40-52.
- CARRIS (n.d.). *Serviços especiais: Mobilidade reduzida*, acedido em 21 de Fevereiro de 2011, em <http://www.carris.pt/pt/mobilidade-reduzida>.
- Carroll, C., Rick, J., Pilgrim, H., Cameron, J., & Hillage, J. (2010). Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick

- leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions. *Disability and Rehabilitation*, 32, 607-621.
- Catalano, D., Pereira, A. P., Wu, M-Y, Ho, H., & Chan, F. (2006). Services patterns related to successful employment outcomes of persons with traumatic brain injury in vocational rehabilitation. *NeuroRehabilitation*, 21, 279-293.
- Centro de Reabilitação Profissional de Gaia, & Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (2007a). *Mais qualidade de vida para as pessoas com deficiências e incapacidades - Uma estratégia para Portugal*. Vila Nova de Gaia: Centro de Reabilitação Profissional de Gaia.
- Centro de Reabilitação Profissional de Gaia, & Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (2007b). *Elementos de caracterização das pessoas com deficiências e incapacidades em Portugal*. Vila Nova de Gaia: Centro de Reabilitação Profissional de Gaia.
- Chan, F., Cheing, G., Chan, J. Y. C., Rosenthal, D. A., & Chronister, J. (2006). Predicting employment outcomes of rehabilitation clients with orthopedic disabilities: A CHAID analysis. *Disability and Rehabilitation*, 28, 257-270.
- Chan, R. C. K., Lee, P. W. H., & Lieh-Mak, F. (2000). The pattern of coping in persons with spinal cord injuries. *Disability and Rehabilitation*, 22, 501-507.
- Chapin, M. H., & Kewman, D. G. (2001). Factors affecting employment following spinal cord injury: A qualitative study. *Rehabilitation Psychology*, 46, 400-416.
- Chen, R. K., & Crewe, N. M. (2009). Life satisfactions among people with progressive disabilities. *Journal of Rehabilitation*, 75(2), 50-58.
- Chen, M-H., Hsieh, C-L., Mao, H-F., & Huang, S-L. (2007). Differences between patient and proxy reports in the assessment of disability after stroke. *Clinical Rehabilitation*, 21, 351-356.

- Clark, A., & Hirst, M. (1989). Disability in adulthood: ten-year follow-up of young people with disabilities. *Disability, Handicap & Society*, 4, 271-283.
- Cleary, P. D., & Jette, A. M. (2000). Reliability and the validity of the Functional Status Questionnaire. *Quality of Life Research*, 9, 747-753.
- Coelho, M., & Ribeiro, J. (2000). Influência do suporte social e do coping sobre a percepção subjectiva de bem-estar em mulheres submetidas a cirurgia cardíaca. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1 (1), 79-87.
- Cohen, B. H. (2008). *Explaining psychological statistics* (3rd ed.). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Cohen, M. E., & Marino, R. J. (2000). The tools of disability outcomes research functional status measures. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 81, S21-S29.
- Collins, L. M. , Schafer, J. L., & Kam, C-M. (2001). A comparison of inclusive and restrictive strategies in modern missing data procedures. *Psychological Methods*, 6, 330-351.
- Comboios de Portugal (n.d.). *Cliente com necessidades especiais: acessibilidades*, acedido em 7 de Março de 2009, em <http://www.cp.pt/cp/displayPage.do?vnextoid=fbad0f036148a010VgnVCM1000007b01a8c0RCRD>.
- Comissão das Comunidades Europeias (2005). *Situação das pessoas com deficiência na União Europeia alargada: O plano de acção europeu 2006-2007*, acedido em 24 de Novembro de 2010 [http://www.unic.pt/images/stories/publicacoes/com_com\(2005\)0604_pt.pdf](http://www.unic.pt/images/stories/publicacoes/com_com(2005)0604_pt.pdf).
- Comissão Europeia (2006). *Inclusão das pessoas com deficiência. Estratégia comunitária sobre a igualdade de oportunidades*, acedido a 24 de Novembro de 2010, em ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=1976&langId=pt.

- Comissão Europeia (2010). *Estratégia europeia para a deficiência 2010-2020: Compromisso renovado a favor de uma Europa sem Barreiras*, acessado a 20 de Janeiro de 2011, em <http://www.inr.pt/content/1/40/uniao-europeia>.
- Costa, A. J. L. (2006). Metodologias e indicadores para avaliação da capacidade funcional: análise preliminar do Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, BRASIL, 2003. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11, 927-940.
- Council of Europe (1993). *Use of the international classification of impairments, disabilities, and handicaps (ICIDH) in the assessment of vocational aptitudes of people with disabilities: General report*. Strasbourg: Council of Europe.
- Crewe, N. M. (2000). A 20-year longitudinal perspective on the vocational experiences of persons with spinal cord injury. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 43, 122-133.
- Crewe, N. M., & Athelstan, G. T. (1984). *Functional assessment inventory manual*. Wisconsin-Stout: Materials Development Center.
- Crewe, N. M., & Dijkers, M. (1995). Functional assessment. In L. A. Cushman & M. J. Scherer (Eds.), *Psychological Assessment in Medical Rehabilitation* (pp. 101-144). Washington DC: American Psychology.
- Crisp, R. (2005). Key factors related to vocational outcome: Trends for six disability groups. *Journal of Rehabilitation*, 71(4), 30-37.
- Curran, P. J., West, S. G., & Finch, J. F. (1996). The robustness of test statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis. *Psychological Methods*, 1, 16-29.
- Dalgin, R. S., & Bellini, J. (2008). Invisible disability disclosure in an employment interview: Impact on employers' hiring decisions and views of employability. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 52, 6-15.
- Darling, P. (2007). Disabilities and the work place. *Business NH Magazine*, 24(8), 8.

- Daunt, P. (1991). *Meeting disability – A european response*. London: Cassell Educational Limited.
- Davies, C. C., & Nitz, A. J. (2009). Psychometric properties of the Roland-Morris Disability Questionnaire compared to the Oswestry Disability Index: a systematic review. *Physical Therapies Reviews, 14*, 399-408.
- de Witte, L. P. (1991). *After the rehabilitation centre: A study into the course of functioning after discharge from rehabilitation*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Decreto-Lei n.º 3/2008 de 7 de Janeiro, Diário da República, 1ª série, n.º 4 (2008).
- Decreto-Lei n.º 18/2002 de 29 de Janeiro, Diário da República, 1ª série, n.º 24 (2002).
- Decreto-Lei n.º 29/2001 de 3 de Fevereiro, Diário da República, 1ª série, n.º 29 (2001).
- Decreto-Lei n.º 40/83 de 25 de Janeiro, Diário da República, 1ª série, n.º 20 (1983).
- Decreto-Lei n.º 163/2006 de 8 de Agosto, Diário da República, 1ª série, n.º 152 (2006).
- Decreto-Lei n.º 187/2007 de 10 de Maio, Diário da República, 1ª série, n.º 90 (2007).
- Decreto-Lei n.º 247/89 de 5 de Agosto, Diário da República, 1ª série, n.º 179 (1989).
- Decreto-Lei n.º 290/2009 de 12 de Outubro, Diário da República, 1ª série, n.º 197 (2009).
- Deliberação do Conselho de Ministros n.º 45/2009 de 12 de Janeiro, Diário da República, 2ª série, n.º 7 (2009).
- Dembo, T., Diller, L., Gordon, W. A., Leviton, G., & Sherr, R. L. (1973). A view of rehabilitation psychology. *American Psychologist, 28*, 719-722.
- Dembo, T., Leviton, G. L., & Wright, B. A. (1975). Adjustment to misfortune: A problem of social-psychological rehabilitation. *Rehabilitation Psychology, 22*, 1-100.
- DeVellis, R. F. (2003). *Scale Development – Theory and applications* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Dewsbury, G., Clarke, K., Randall, D., Rouncefield, M., & Sommerville, I. (2004). The anti-social model of disability. *Disability & Society, 19*, 145-158.

- Direcção-Geral da Saúde (2003). *Classificação internacional da funcionalidade, incapacidade e saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (2008). *Elementos estatísticos: Informação geral: Saúde/2006*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Dias, M. E. (1998). *Ver, não ver e conviver* (2ª ed.). Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Disabled Peoples' International (2005). *Position paper on the definition of disability*, acessado em 22 de Fevereiro de 2009, em <http://v1.dpi.org/lang-en/resources/details.php?page=74>
- Dodds, A., & Ferguson, E. (1994). The concept of adjustment: A structural model. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 88, 487-497.
- Donkervoort, M., Roebroek, M., Wiegerink, D., Heijden-Maessen, H., Stam, H., & The Transition Research Group South West Netherlands (2007). Determinants of functioning of adolescents and young adults with cerebral palsy. *Disability and Rehabilitation*, 29, 453-463.
- Downey, R. G., & King, C. V. (1998). Missing data in Likert ratings: A comparison of replacement methods. *Journal of General Psychology*, 125, 175-189.
- Dozois, D. J. A., Dobson, K. S., Wong, M., Hughes, D., & Long, A. (1995). Factors associated with rehabilitation outcome in patients with low back pain (LBP): prediction of employment outcome at 9-month follow-up. *Rehabilitation Psychology*, 40, 243-259.
- Duijn, M., Lötters, F., & Burdorf, A. (2005). Influence of modified work on return to work for employees on sick leave due to musculoskeletal complaints. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37, 172-179.
- Dunn, D. S. (1996). Well-being following amputation: Salutary effects of positive meaning, optimism, and control. *Rehabilitation Psychology*, 41, 285-302.

- Dunn, D. S, & Brody, C. (2008). Defining the Good Life Following Acquired Physical Disability, *Rehabilitation Psychology*, 53, 413-425.
- Dunn, M. E. (1975). Psychological intervention in a spinal cord injury center: An introduction. *Rehabilitation Psychology*, 22,165-178.
- Eagar, K., Green, J., Gordon, R., Owen, A., Masso, M., & Williams, K. (2006). Functional assessment to predict capacity for work in a population of school-leavers with disabilities. *International Journal of Disability*, 53, 331-349.
- Edén, L., Andersson, H. I., Ejlertsson, G., Ekström, B. I., Johansson, Y., & Leden, I. (2007). Characteristics of disability pensioners returning to work: An interview study among individuals with musculoskeletal disorders. *Disability and Rehabilitation*, 29, 1720-1726.
- Edwards, M. L. (2000). Constructions of physical disability in the ancient greek world – the community concept. In D. T. Mitchell & S. L. Snyder (Eds.), *The body and physical difference: Discourses of disability* (pp. 35-50). Michigan: The University Michigan Press.
- Edwards, S. D. (2005). *Disability: Definitions, value and identity*. Oxford: Radcliff Publishing.
- Elfström, M. L., & Kreuter, M. (2006). Relationships between locus of control, coping strategies and emotional well-being in persons with spinal cord lesion. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 13, 93-104.
- Elfström, M. L., Rydén, A., Kreuter, M., Taft, C., & Sullivan, M. (2005). Relations between coping strategies and health-related quality of life in patients with spinal cord lesion. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37,9-16.
- Elliott, T. R. (1999). Social problem-solving abilities and adjustment to recent-onset spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 44, 315-332.

- Elliott, T. R. & Richards, J. S. (1999). Living with the facts, negotiating the terms: Unrealistic beliefs, denial and adjustment in the first year of acquired physical disability. *Journal of Personal and Interpersonal Loss*, 4, 361-381.
- Elliott, T. R., Uswatte, G., Lewis, L., & Palmatier, A. (2000). Goal instability and adjustment to physical disability. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 251-265.
- Enkelaar, L., Ketelaar, M., & Gorter, J. W. (2008). Association between motor and mental functioning in toddlers with cerebral palsy. *Developmental Neurorehabilitation*, 11, 276-282.
- European Commission (2001). *The employment situation of people with disabilities in the European Union*. Brussels: European Commission.
- European Commission (2003). *Disability mainstreaming in the European employment strategy*. Brussels: European Commission.
- European Union of Supported Employment (2005). *European Union of Supported Employment position paper: Values, standards and principles of supported employment*, acessado a 24 de Novembro de 2010, em <http://www.euse.org/position-papers/Values%20Standards%20Principles.pdf>
- Eurostat (2003). *Employment of disabled people in Europe in 2002*, acessado em 22 de Fevereiro de 2009, em http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-NK-03-026/EN/KS-NK-03-026-EN.PDF
- Fabian, E. (2007). Urban youth with disabilities. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 50, 130-138.
- Fabrigar, L. R., Wegener, D. T., MacCallum, R. C., & Strahan, E. J. (1999). Evaluating the use of exploratory analysis in psychological research. *Psychological Methods*, 4, 272-299.

- Fadyl, J. K., McPherson, K. M., Schlüter, P. J., & Turner-Stokes, L. (2010). Factors contributing to work-ability for injured workers: literature review and comparison with available measures. *Disability and Rehabilitation, 32*, 1173-1183.
- Fairbank, J. C. T., Couper, J., Davies, J. B., & O'Brien, J. O. (1980). The Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire. *Physiotherapie, 66*, 271-273.
- Fairbank, J. C. T., & Pynsent, P. B. (2000). The Oswestry Disability Index. *Spine, 25*, 2940-2953.
- Farley, R. C., & Parkerson, S. (1992). Effects of client involvement in assessment on vocational development. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 35*, 146-153.
- Feise, R. J., & Menke, J. M. (2010). Functional Rating Index: Literature review. *Medical Science Monitor, 16*, RA25-36.
- Felmingham, K. L., Baguley, I. J., & Crooks, J. (2001). A comparison of acute and postdischarge predictors of employment 2 years after traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation, 82*, 435-439.
- Felton, B. J., & Revenson, T. A. (1984). Coping with chronic illness: A study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 343-353.
- Ferreira, M. (2008). Una aproximación sociológica a la discapacidad desde el modelo social: Apuntes caracteriológicos. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 124*, 141-174.
- Ferreira, T. J. R., Ribeiro, J. L. P., & Guerreiro, M. D. M. S. (2004). Estudo da adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social em doentes submetidos a revascularização do miocárdio. *Referência, 11*, 5-16.
- Foddy, W. (1996). *Como perguntar – Teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários*. Oeiras: Celta Editora.

- Ford, H. L., Gerry, E., Johnson, M. H., & Tennant, A. (2001). Health status and quality of life of people with multiple sclerosis. *Disability and Rehabilitation, 23*, 516-521.
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research, 18*, 39-50.
- Fowler, F. J. (1984). *Survey research methods*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Frain, M. P., Tschopp, M. K., & Bishop, M. (2009). Empowerment variables as predictors of outcomes in rehabilitation. *Journal of Rehabilitation, 75*(1), 27-35.
- Franulic, A., Carbonell, C. G., Pinto, P., & Sepulveda, I. (2004). Psychosocial adjustment and employment outcome 2, 5 and 10 years after TBI. *Brain Injury, 18*, 119-129.
- Gabel, S., & Peters, S. (2004). Presage of a paradigm shift? Beyond the social model of disability toward resistance theories of disability. *Disability and Society, 19*, 585-600.
- Gabinete da Secretária de Estado Adjunta e da Reabilitação & Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração de Pessoas com Deficiência (2006). *1º Plano para a acção para a integração das pessoas com deficiências ou incapacidade*. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.
- Gabinete de Estratégia e Planeamento (2010). *Plano nacional de emprego (2008-2010): Relatório de acompanhamento 2008-2009*. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.
- Galambos, N.L., Magill-Evans, J., & Darrah, J. (2008). Psychosocial maturity in the transition to adulthood for people with and without motor disabilities. *Rehabilitation Psychology, 53*, 498-504.
- Gallagher, P., & MacLachlan, M. (1999). Psychological adjustment and coping in adults with prosthetic limbs. *Behavioral Medicine, 25*, 117-124.

- Galvin, L. R., & Godfrey, H. P. D. (2001). The impact of coping on emotional adjustment to spinal cord injury (SCI): review of the literature and application of a stress appraisal and coping formulation. *Spinal Cord*, 39, 615-627.
- Gamble, D., & Moore, C. L. (2003). The relation between VR services and employment outcomes of individuals with traumatic brain injury. *Journal of Rehabilitation*, 69(3), 31-38.
- Garcia, L. A. N. (2005). Investigating the relationship between quality of life, job satisfaction, functional ability, and job performance of supported employees. *Dissertation Abstracts International*, 65(7-A), 2258.
- Gaudino, E. A., Matheson, L. N., & Mael, F. A. (2001). Development of the Functional Assessment Taxonomy. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 11, 155-199.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1993). *O inquérito: teoria e prática* (2ª ed.). Oeiras: Celta.
- Gil, J. A. (1998). *Qualidade de vida/estado funcional em doentes com problemas lombares – adaptação e validação cultural do Functional Status Questionnaire*. Tese de Mestrado não publicada, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Gilbride, D., Stensrud, R., Ehlers, C., Evans, E., & Peterson, C. (2000). Employers' attitudes toward hiring persons with disabilities and vocational rehabilitation services. *Journal of Rehabilitation*, 66(4), 17-23.
- Gilbride, D., Stensrud, R., Vandergoot, D., & Golden, K. (2003). Identification of the characteristics of work environments and employers open to hiring and accommodating people with disabilities. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 46, 130-137.
- Gollaher, K., High, W., Sherer, M., Bergloff, P., Boake, C., Young, M. E., et al. (1998). Prediction of employment outcome one to three years following traumatic brain injury (TBI). *Brain Injury*, 12, 255-263.

- Golden, C. J., Sawicki, R. F., & Franzen, M. D. (1984). Test Construction. In G. Goldstein & M. Hersen, (Eds.), *Handbook of psychological assessment* (pp. 19-37). New York: Pergamon Press.
- Gomes da Silva, M. (2001). *The effects of an exercise programme on function and quality of life of rural elderly females in Portugal*. Unpublished doctoral dissertation, Kings College London, University of London, United Kingdom.
- Gorsuch, R. L. (1997). Exploratory factor analysis: Its role in item analysis. *Journal of Personality Assessment, 68*, 532-560.
- Gosman-Hedström, G., & Svensson, E. (2000). Parallel reliability of the Functional Independence Measure and the Barthel ADL Index. *Disability and Rehabilitation, 22*, 702- 715.
- Gouvier, W. D., Steiner, D. D., Jackson, W. T., Schlater, D., & Rain, J. S. (1991). Employment discrimination against handicapped job candidates: An analog study of the effects of neurological causation, visibility of handicap, and public contact. *Rehabilitation Psychology, 36*, 121-129.
- Goverover, Y., Chiaravalloti, N., Gaudino-Goering, E., Moore, N., & DeLuca, J. (2009). The relationship among performance of instrumental activities of daily living, self-report of quality of life, and self-awareness of functional status in individuals with multiple sclerosis. *Rehabilitation Psychology, 54*, 60-68.
- Graffam, J., Shinkfield, A., Smith, K., & Polzin (2002). Factors that influence employer decisions in hiring and retaining an employee with a disability. *Journal of Vocational Rehabilitation, 17*, 175-191.
- Groomes, D. A. G., & Leahy, M. J. (2002). The relationship among the stress appraisal process, coping disposition, and level of acceptance of disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 46*, 12-23.

- Groomes, D. A. G., & Linkowski, D.C. (2007). Examining the structure of the revised acceptance disability scale. *Journal of Rehabilitation*, 73(3), 3-9.
- Gross, D. P., & Battié, M. C. (2005). Factors influencing results of functional capacity evaluations in worker's compensation claimants with low back pain. *Physical Therapy*, 85, 315-322.
- Grupo Interdepartamental de Acompanhamento (2010). *Plano de acção para a integração das pessoas com deficiências e incapacidades (PAIPDI) – Relatório de avaliação anual 2009*, acessado em 25 de Novembro de 2010, em <http://www.inr.pt/content/1/26/paipdi>.
- Hahn, H. (1996). Antidiscrimination laws and social research on disability: The minority group perspective. *Behavioral Sciences and the Law*, 14, 41-59.
- Hambleton, R. K., Yu, J., & Slater, S. C. (1999). Fieldtest of the ITC guidelines for adapting educational and psychological tests. *European Journal of Psychological Assessment*, 15, 270-276.
- Hamner, D., Timmons, J. C., & Bose, J. (2002). A continuum of services: Guided and self-directed approaches to service delivery. *Journal of Disabilities Policy Studies*, 13(2), 104-112.
- Hampton, N. Z., & Crystal, R. (1999). Gender differences in acceptance of disabilities among vocational rehabilitation consumers. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 30, 16-21.
- Harris, J. (2000). Is there a coherent social conception of disability? *Journal of Medical Ethics*, 26, 95-100.
- Hart, D. L., Kirk, M., Howar, J., & Mongeon, S. (2007). Association between clinician-assessed lifting ability and workplace tolerance and patient self-reported pain and disability following work conditioning. *Work*, 28, 111-119.

- Harwood, R. H., Rogers, A., Dickinson, E., & Ebrahim, S. (1994). Measuring handicap: The London Handicap Scale, a new outcome measure for chronic disease. *Quality in Health Care*, 3(1), 11-16.
- Hasnain, R., & Balcazar, F. (2009). Predicting community- versus facility-based employment for transition-aged young adults with disabilities: The role of race, ethnicity, and support systems. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 31, 175-188.
- Heinemann, A. W., Crown, D., & McMahon, R. (2000). Utility of the functional assessment inventory in a post-stroke sample. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 43, 165-177.
- Heitjan, D. F. (1997). Annotation: What can be done about missing data? Approaches to imputation. *American Journal of Public Health*, 87, 548-550.
- Hergenrather, K. C., Turner, A. P., Rhodes, S. D., & Barlow, J., (2008). Persons with disabilities and employment: Application of the self-efficacy of job-seeking skills scale. *Journal of Rehabilitation*, 74(3), 34-44.
- Hernandez, B., Cometa, M.J., Velcoff, J., Rosen, J., Schober, D., & Luna, R. D. (2007). Perspectives of people with disabilities on employment, vocational rehabilitation, and the ticket to work program. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 27, 191-201.
- Hernandez, B., Keys, C., & Balcazar, F. (2000). Employer attitudes toward workers with disabilities and their ADA employment rights: A literature review. *Journal of Rehabilitation*, 66(4), 4-16.
- Hess, D. W., Ripley, D. L., McKinley, W. O., & Tewksbury, M. (2000). Predictors for return to work after spinal cord injury: A 3-year multicenter analysis. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 81, 359-363.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2008). *Investigação por questionário* (2^a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Hock, T., Wittig, K., & Dowdy, V. (1998). Getting to work: Training and support for transportation needs. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 10, 159-167.

- Holt, J. M., Chambless, C. E., & Hammond, M. (2006). Employment personal assistance services (EPAS): A Medicaid work support. *Journal of Vocational Rehabilitation, 24*, 165–175.
- Horgan, O., & MacLachlan, M. (2004). Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: A review. *Disability and Rehabilitation, 26*, 837-850.
- Houlden, H., Edwards, M., McNeil, J., & Greenwood, R. (2006). Use of the Barthel Index and the Functional Independence Measure during early inpatient rehabilitation after single incident brain injury. *Clinical Rehabilitation, 20*, 153-159.
- Howell, D. C. (1997). *Statistical methods for psychology* (4th ed.). Belmont, CA: Duxbury.
- Humphrey, J. C. (2000). Researching disability politics, or, some problems with the social model in practice. *Disability and Society, 15*, 63-86.
- Ilmarinen, J. (2007). The Work Ability Index (WAI). *Occupational Medicine, 57*, 160.
- Ingram, G., Colley, E., Ben-Shlomo, Y., Cossburn, M., Hirst, C. L., Pickersgill, T. P., et al. (2010). Validity of patient-derived disability and clinical data in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis, 16*, 472-479.
- Instituto de Emprego e Formação Profissional (1994). *Classificação nacional das profissões*. Lisboa: IEFP.
- Instituto de Emprego e Formação Profissional (2001). *Síntese dos programas e medidas de emprego e formação profissional*, acessado em 10 de Julho de 2011, http://www.iefp.pt/estatisticas/IndicadoresActividade/SinteseExecucao/Documents/2001/SIEF_DEZ2001.pdf
- Instituto de Emprego e Formação Profissional (2009). *Síntese dos programas e medidas de emprego e formação profissional*, acessado em 16 de Fevereiro de 2011, em http://www.iefp.pt/estatisticas/IndicadoresActividade/SinteseExecucao/Documents/2009/SinteseEF_200912.pdf

Instituto de Emprego e Formação Profissional (2010). *Síntese dos programas e medidas de emprego e formação profissional*, acessido em 24 de Novembro de 2010, em [http://www.iefp.pt/estatisticas/IndicadoresActividade/Sintese](http://www.iefp.pt/estatisticas/IndicadoresActividade/SinteseExecucao/Documents/2008/SinteseEF_200811.pdf)

[Execucao/Documents/2008/SinteseEF_200811.pdf](http://www.iefp.pt/estatisticas/IndicadoresActividade/SinteseExecucao/Documents/2008/SinteseEF_200811.pdf)

Instituto de Emprego e Formação Profissional (2011). *Síntese dos programas e medidas de emprego e formação profissional*, acessido em 13 de Junho de 2011, em [http://www.iefp.pt/estatisticas/IndicadoresActividade/SinteseExecucao/Documents/201](http://www.iefp.pt/estatisticas/IndicadoresActividade/SinteseExecucao/Documents/2011/SinteseEF_201104.pdf)

[1/SinteseEF_201104.pdf](http://www.iefp.pt/estatisticas/IndicadoresActividade/SinteseExecucao/Documents/2011/SinteseEF_201104.pdf)

Instituto Nacional de Estatística (2002). *Censos: XIV Recenseamento geral da população, IV recenseamento geral da habitação: Resultados definitivos*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Instituto Nacional de Estatística (2008). *Estatísticas do emprego – 4º trimestre de 2008*, acessido em 22 de Fevereiro de 2009, em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=62614588&PUBLICACOESmodo=2

Instituto Nacional de Estatística (n.d.), *Conceito de deficiência motora*, acessido em 20 de Janeiro de 2009, em <http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/>

Instituto Nacional para a Reabilitação (2008). *Relatório anual sobre a prática de actos discriminatórios em razão da deficiência e do risco agravado de saúde: Aplicabilidade da Lei n.º 46/2006, de 28 de Agosto*, acessido em 26 de Novembro de 2010, em <http://www.inr.pt>.

Instituto Nacional para a Reabilitação (2009). *Relatório anual sobre a prática de actos discriminatórios em razão da deficiência e do risco agravado de saúde: Aplicabilidade da Lei n.º 46/2006, de 28 de Agosto*, acessido em 26 de Novembro de 2010, em <http://www.inr.pt>.

- Instituto Nacional para a Reabilitação (2010). *Relatório anual sobre a prática de actos discriminatórios em razão da deficiência e do risco agravado de saúde: Aplicabilidade da Lei n.º 46/2006, de 28 de Agosto*, acessado em 23 de Outubro de 2011, em <http://www.inr.pt>.
- Instituto Nacional para a Reabilitação (2011). *Relatório anual sobre a prática de actos discriminatórios em razão da deficiência e do risco agravado de saúde: Aplicabilidade da Lei n.º 46/2006, de 28 de Agosto*, acessado em 23 de Outubro de 2011, em <http://www.inr.pt>.
- International Social Security Association (2002). *Who returns to work and why? Evidence and policy implications from a new disability and work reintegration study – A summary*. Geneva: International Social Security Association.
- International Test Commission (2001). ITC Test Adaptation Guidelines, acessado 27 de Novembro de 2008 em http://www.intestcom.org/test_adaptation.htm#Top.
- Jadwisnienczak, H. (2008). *The relationships between adjustment to disability and environmental factors*. Unpublished doctoral dissertation, College of Education of Ohio University, United States of America.
- James, C., & MacKenzie, L. (2009). The clinical utility of functional capacity evaluations: The opinion of health professionals working within occupational rehabilitation. *Work*, 33, 231-239.
- Jason, L. A., Taylor, R. R., Kennedy, C. L., Jordan, K., Song, S., Johnson, D. E., et al. (2000). Chronic fatigue syndrome: Sociodemographic subtypes in a community-based sample. *Evaluation & The Health Professions*, 23, 243-263.
- Jenaro, C., Mank, D., Bottomley, J., Doose, S., & Tuckerman, P. (2002). Supported employment in the international context: An analysis of processes and outcomes. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 17, 5-21.

- Jette, A. M., & Cleary, P. D. (1987). Functional disability assessment. *Physical Therapy, 67*, 1854-1859.
- Joiner, J. G., Lovett, P. S., & Goodwin, L. K. (1989). Positive assertion and acceptance among persons with disabilities. *Journal of Rehabilitation, 55*(3), 22-29.
- Justicia, M.D.L., Jiménez, C.F., & Sánchez, M.T.P. (2005). Relación entre el nivel de estudios y el autoconcepto en adultos con discapacidad motora. *Psicología Educativa, 11*, 99-111.
- Karvonen, M., Test, D. W., Wood W. M., Browder, D., & Algozzine, B. (2004). Putting self-determination into practice. *Exceptional Children, 71*, 23-41.
- Keany, K. C. M-H., & Glueckauf, R. L. (1993). Disability and value change: an overview and reanalysis of acceptance of loss theory. *Rehabilitation Psychology, 38*, 199-210.
- Kendall, E., & Buys, N. (1998). An integrated model of psychosocial adjustment following acquired disability. *Journal of Rehabilitation, 64*(3), 16-20.
- Keyser-Marcus, L. A., Bricout, J. C., Wehman, P., Campbell, L. R., Cifu, D. X., Englander, J., et al. (2002). Acute predictors of return to employment after traumatic brain injury: A longitudinal follow-up. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation, 83*, 635-641.
- King, G., Willoughby, C., Specht, J. A., & Brown, E. (2006). Social support processes and the adaptation of individuals with chronic disabilities. *Qualitative Health Research, 16*, 902-925.
- Kline, P. (1994). *An easy guide to factor analysis*. London: Routledge.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Knight, M. M. (2000). Cognitive ability and functional status. *Journal of Advanced Nursing, 31*, 1459-1468.

- Kober, R. & Eggleton, I. R.C. (2005). The effect of different types of employment on quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research, 49*, 756-760.
- Kortte, K. B., & Wegener, S. T. (2004). Denial of illness in medical rehabilitation populations: Theory, research and definition. *Rehabilitation Psychology, 49*, 187-199.
- Krause, J. S. (1996). Employment after spinal cord injury: Transition and life adjustment. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 39*, 244-255.
- Krause, J. S. (1998). Changes in adjustment after spinal cord injury: A 20-year longitudinal study. *Rehabilitation Psychology, 43*, 41-55.
- Krause, J. S., & Anson, C. A. (1997a). Adjustment after spinal cord injury: Relationship to participation in employment or educational activities. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 40*, 202-214.
- Krause, J. S., & Anson, C. A. (1997b). Adjustment after spinal cord injury: Relationship to gender and race. *Rehabilitation Psychology, 42*, 31-46.
- Krause, N., Frank, J. W., Dasinger, L. K., Sullivan, T. J., & Sinclair, S. J. (2001). Determinants of duration of disability and return-to-work after work-related injury and illness: Challenges for future research. *American Journal of Industrial Medicine, 40*, 464-484.
- Krause, J. S., & Pickelsimer, E. (2008). Relationship of perceived barriers to employment and return to work five years later. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 51*, 118-121.
- Krause, J. S., & Rohe, D. E. (1998). Personality and life adjustment after spinal cord injury: An exploratory study. *Rehabilitation Psychology, 43*, 118-130.
- Krause, J. S., Stanwyck, C. A., & Maides, J. (1998). Locus of control and life adjustment: Relationship among people with spinal cord injury. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 41*, 162-172.

- Krokavcova, M., Nagyova, I., Van Dijk, J. P., Rosenberger, J., Gavelova, M., Middel, B., et al. (2010). Self-rated health and employment status in patients with multiple sclerosis. *Disability and Rehabilitation*, *32*, 1742-1748.
- Kuijer, W., Brouwer, S., Preuper, H. R. S., Groothoff, J. W., Geertzen, J. H. B., & Dijkstra, P. U. (2005). Work status and chronic low back pain: exploring the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Disability and Rehabilitation*, *28*, 379-388.
- Lattig, F., Grob, D., Kleinstueck, F. S., Porchet, F., Jeszenszky, D., Bartanusz, V., et al. (2009). Ratings of global outcome at the first post-operative assessment after spinal surgery: how often do the surgeon and patient agree? *European Spine Journal*, *18*, 386-394.
- Lei n.º 38/2004 de 18 de Agosto, Diário da República, 1ª série, n.º 194 (2004).
- Lei n.º 46/2006 de 28 de Agosto, Diário da República, 1ª série, n.º 165 (2006).
- Lei n.º 71/2009 de 6 de Agosto, Diário da República, 1ª série, n.º 151 (2009).
- Lei 110/2009 de 16 de Setembro, Diário da República, 1ª série, n.º 180 (2009).
- Lei Constitucional n.º 1/2005 de 12 de Agosto, Diário da República, 1ª série, n.º 155 (2005).
- Leonard, R. (2002). Predictors of Job-seeking behavior among persons with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, *96*, 635-644.
- Lerner, D., Amick, B. C., Rogers, W. H., Malspeis, S., Bungay, K., & Cynn, D. (2001). The Work Limitations Questionnaire. *Medical Care*, *39*, 72-85.
- Li, L., & Moore, D. (1998). Acceptance of disability and its correlates. *The Journal of Social Psychology*, *138*, 13-25.
- Lidal, I. B., Huynh, T. K., & Biering-Sørensen, F. (2007). Return to work following spinal cord injury: a review. *Disability and Rehabilitation*, *29*, 1341-1375.
- Light, R. (2000). Social Model or unsociable muddle? *Disability Tribune*, *Dec.-Jan.*, 10-13.

- Linkowski, D. C. (1971). A scale to measure acceptance of disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 14*, 236-244.
- Little, R. J. A., & Rubin, D. B. (2002). *Statistical analysis with missing data* (2nd ed.). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Livneh, H. (1991). A unified approach to existing models of adaptation to disability: A model of adaptation. In R.P. Marinelli & A. E. Dell Orto (Eds.), *The psychological and social impact of disability* (pp. 111-138). New York: Springer Publishing Company.
- Livneh, H. (2001). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A conceptual framework. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 44*, 151-160.
- Livneh, H. (2009a). Denial of chronic illness and disability: Part I. Theoretical, functional, and dynamic perspectives. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 52*, 225-236.
- Livneh, H. (2009b). Denial of chronic illness and disability: Part II. Research findings, measurement considerations, and clinical aspects. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 53*, 44-55.
- Livneh, H., & Antonak, R. F. (1991). Temporal structure of adaptation to disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 34*, 298-320.
- Livneh, H., & Antonak, R. F. (1997). *Psychosocial adaptation to chronic illness and disability*. Gaithersburg: Aspen Publishers, Inc.
- Livneh, H., & Antonak, R. F. (2008). *Reactions to Impairment and Disability Inventory: Users' manual*. Manuscrito não publicado.
- Livneh, H., Antonak, R. F., & Gerhardt, J. (1999). Psychosocial adaptation to amputation: The role of sociodemographic variables, disability-related factors and coping strategies. *International Journal of Rehabilitation Research, 22*, 21-31.

- Livneh, H., Lott, S. M., & Antonak, R. F. (2004). Patterns of psychosocial adaptation to chronic illness and disability: a cluster analytic approach. *Psychology, Health & Medicine, 9*, 411-430.
- Livneh, H., & Male, R. (1993). Functional limitations: A review of their characteristics and vocational impact. *Journal of Rehabilitation, 59*, 44- 50.
- Livneh, H., Martz, E., & Bodner, T. (2006). Psychological adaptation to chronic illness and disability: A preliminary study of its factorial structure. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 13*, 251-261.
- Livneh, H., Martz, E., & Wilson, L. M. (2001). Denial and perceived visibility as predictors of adaptation to disability among college students. *Journal of Vocational Rehabilitation, 16*, 227-234.
- Livneh, H., & Parker, R. M. (2005). Psychological adaptation to disability: Perspectives from chaos and complexity theory. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 49*, 17-28.
- Livneh, H., & Wilson, L. M. (2003). Coping strategies as predictors and mediators of disability-related variables and psychological adaptation: An exploratory investigation. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 46*, 194-208.
- Lucas, R. E. (2007). Long-term disability is associated with lasting changes in subjective well-being: Evidence from two nationally representative longitudinal studies. *Journal of Personality and Social Psychology, 92*, 717-730.
- Luecking, R. G. (2008). Emerging employer views of people with disabilities and the future of job development. *Journal of Vocational Rehabilitation, 29*, 3-13.
- Lume, J. (1986). Comportamento humano em situação artificial de vida – um trabalho de investigação em hemodiálise renal. Tese de Doutoramento não publicada, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

- Lustig, D. C. (2005). The adjustment process for individuals with spinal cord injury: The effect of perceived premorbid sense of coherence. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 48*, 146-156.
- Lustig, D. C., Rosenthal, D. A., Strauser, D. R., & Haynes, K. (2000). The relationship between sense of coherence and adjustment in persons with disabilities. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 43*, 134-141.
- Lutz, B. J., & Bowers, B. J. (2005). Disability in everyday life. *Qualitative Health Research, 15*, 1037-1054.
- Lydell, M., Baigi, A., Marklund, B., & Månsson, J. (2005). Predictive factors for work capacity in patients with musculoskeletal disorders. *Journal of Rehabilitation Medicine, 37*, 281-285.
- Lydell, M., Grahn, B., Månsson, J., Baigi, A., & Marklund, B. (2009). Predictive factors of sustained return to work for persons with musculoskeletal disorders who participated in rehabilitation. *Work, 33*, 317-328.
- Lygren, H., Jones, K., Grenstad, T., Dreyer, V., Farbu, E., & Rekand, T. (2007). Perceived disability, fatigue, pain and measured isometric muscle strength in patients with post-polio symptoms. *Physiotherapy Research International, 12*, 39-49.
- Lysaght, R. M., & Larmour-Trode, S. (2008). An exploration of social support as a factor in the return-to-work process. *Work, 30*, 255-266.
- Lyth, M. (1973). Employer's attitudes to the employment of the disabled. *Occupational Psychology, 47*, 67-70.
- MacLeod, L., & MacLeod, G. (1998). Control cognitions and psychological disturbance in people with contrasting physically disabling conditions. *Disability and Rehabilitation, 20*, 448-456.

- Mack, J. L., & Patterson, M. B. (2006). An empirical basis for domains in the analysis of dependency in the activities of daily living (ADL): Results from a confirmatory factor analysis of the Cleveland Scale for Activities of Daily Living (CSADL). *The Clinical Neuropsychologist*, 20, 662-677.
- Magill-Evans, J., Galambos, N., Darrach, J., & Nickerson, C. (2008). Predictors of employment for young adults with developmental motor disabilities. *Work*, 31, 433-442.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61.
- Marini, I., Lee, G. K., Chan, F., Chapin, M. H., & Romero, M. G. (2008). Vocational Rehabilitation service patterns related to successful competitive employment outcomes of persons with spinal cord injury. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 28, 1-13.
- Marôco, J. P. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Marôco, J. P., & Bispo, R. (2005). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Marôco, J. P., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4, 65-90.
- Marques-Teixeira, J. (2008). Conceito de funcionalidade em doentes com perturbações mentais. *Saúde Mental*, 10, 7-9.
- Marson, D., & Hebert, K. R. (2006). Functional assessment. In D. K. Attix & K. A. Welsh-Bohmer (Eds.), *Geriatric neuropsychology – Assessment and intervention* (pp. 158-197). New York: The Guilford Press.
- Martins, M. A. D. (2001). *Deficiência mental e desempenho profissional*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

- Martins, G. (2002). *Auto-actualização e sofrimento na explicação da aceitação da doença crónica*. Tese de Mestrado não publicada, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Martins, G., Cunha, S., & Coelho, R. (2005). Estudo da aceitação da incapacidade em doentes com insuficiência renal crónica: Comparação de duas escalas. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7, 53-58.
- Martz, E. (2003). Invisibility of disability and work experience as predictors of employment among community college students with disabilities. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 18, 153-161.
- Martz, E. (2004). A one year follow-up study on psychosocial adaptation of college students with disabilities. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 21, 1-7.
- Martz, E., Bodner, T., & Livneh, H. (2009). Coping as a moderator of disability and psychosocial adaptation among Vietnam theater veterans. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 94-112.
- Martz, E., Livneh, H., Priebe, M., Wuermsler, L. A., & Ottomanelli, L. (2005). Predictors of psychosocial adaptation among people with spinal cord injury or disorder. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 86, 1182-1192.
- Masala, C., & Petretto, D. R. (2010). Models of Disability, acedido em 20 Dezembro de 2010, em <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/135>.
- Matell, M., & Jacoby, J. (1972). Is there a optimal number of alternatives for Likert-scale items? *Journal of Applied Psychology*, 56, 506-509.
- Matheson, L. (2003). The functional capacity evaluation. In G. Andersson, S. Demeter, & G. Smith (Eds.), *Disability evaluation* (2nd ed.) (pp. 168-188). Chigaco, IL: Mosby Yearbook.

- Matos, A. P., & Ferreira, A. (2000). Desenvolvimento duma Escala de Apoio Social. *Psiquiatria Clínica, 21*, 243-253.
- McCabe, M. P., & di Battista, J. (2004). Role of health, relationships, work and coping on adjustment among people with multiple sclerosis: A longitudinal investigation. *Psychology, Health & Medicine, 9*, 431-439.
- Menke, J. M., & Feise, R. (2010). The Functional Rating Index: A validated spinal outcome measure that saves time, acessido em 21 de Agosto de 2011, em <http://www.dynamicchiropractic.com/mpacms/dc/article.php?id=54743>
- Merz, M. A., Bricout, J. C., & Koch, L. C. (2001). Disability and Job stress: Implications for vocational rehabilitation planning. *Work, 17*, 85-95.
- Mestre, S., & Ribeiro, J. P. (2002). Relação entre qualidade de vida e suporte social em doentes com acidente vascular cerebral. In I. Leal, I. P. Cabral & J. P. Ribeiro (Eds.), *Actas do 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 277-282). Lisboa: ISPA.
- Mettävainio, I. M., & Ahlgren, C. (2004). Facilitating factors for Work return in unemployed with disabilities: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 11*, 17-25.
- Metro do Porto (n.d.). *Viajar: Acessibilidade*, acessido em 8 de Março de 2009, em http://www.metroporto.pt/pagegen.asp?SYS_PAGE_ID=832168
- Metropolitano de Lisboa (n.d.). *Mobilidade para todos*, acessido em 8 de Março de 2009, em <http://www.metrolisboa.pt/Default.aspx?tabid=85>
- Michailakis, D. (2003). The systems theory concept of disability: one is not born a disabled person, one is observed to be one. *Disability & Society, 18*, 209-229.
- Mitchell, T. (2008). Utilization of the functional capacity evaluation in vocational rehabilitation. *Journal of Vocational Rehabilitation, 28*, 21-28.

- Mitra, S. (2006). The capability approach and disability. *Journal of Disability Policy Studies*, 16, 236-247.
- Moloczij, T., McPherson, K., Cummins, C., Jones, K., & Kayes, N. (2007). Evaluating vocational rehabilitation: Barriers and facilitators from a claimant's perspective. *Disability and Rehabilitation*, 29, 1634-1663.
- Monteiro, J., Faísca, L., Nunes, O., & Hipólito, J. (2010). Questionário de Incapacidade de Roland Morris – Adaptação e validação para os doentes de língua portuguesa com lombalgia. *Acta Médica Portuguesa*, 23, 761-766.
- Moreira, J. M. (2004). *Questionários: Teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Moreira, J. M., Andrez, M., Moleiro, C., Silva, M. F., Aguiar, P., & Bernardes, S. (2002). Questionário de Apoio Social (Versão portuguesa do “Social Support Questionnaire”): Tradução e estudos de validade. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 13(1), 55-70.
- Moreira, J. M., & Canaipa, R. (2007). A Escala de Provisões Sociais: Desenvolvimento e validação da versão portuguesa da “Social Provisions Scale”. (2007). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 24(2), 23-58.
- Moriarty, J. B., Walls, R. T., & McLaughlin, D. E. (1987). The Preliminary Diagnostic Questionnaire (PDQ): Functional assessment of employability. *Rehabilitation Psychology*, 32, 5-15.
- Morris, P. G., Prior, L., Deb, S., Lewis, G., Mayle, W., Burrow, C. E., et al. (2005). Patients' views on outcome following head injury: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 6, 30-36.
- Moss, T. P. (2005). The relationships between objective and subjective ratings of disfigurement severity, and psychology adjustment. *Body Image*, 2, 151-159.

- Nagi, S. Z. (1964). A study in the evaluation of disability and rehabilitation potencial – concepts, measures, and procedures. *American Journal of Public Health*, 54, 1568-1579.
- Nagi, S. Z. (1976). The epidemiology of disability among adults in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 54, 439-466.
- Nagi, S. Z. (1991). Disability concepts revisited: Implications for prevention. In A. M. Pope, & A. R. Tarlov (Eds.), *Disability in America: Towards a national agenda for prevention* (pp. 309-327). Washington DC: National Academy Press.
- National Disability Authority (Ed.) (2005). *Disability and employment: What the research tells us*. Dublin: National Disability Authority.
- Neath, J., Bellini, J., & Bolton, B. (1997). Dimensions of the functional assessment inventory for five disability groups. *Rehabilitation Psychology*, 42, 183-207
- Neves, A. O., & Graça, S. (2000). *Inserção no mercado de trabalho de populações com especiais dificuldades*. Lisboa: Direcção-Geral do Emprego e Formação Profissional.
- Newman, L., Wagner, M., Cameto, R., & Knokey, A.-M. (2009). *The Post-high school outcomes of youth with disabilities up to 4 years after high school. A report from the National Longitudinal Transition Study-2 (NLTS2)*. Menlo Park, CA: SRI International.
- Nordenfelt, L. (1997). The importance of a disability/handicap distinction. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 22, 607-622
- Nordenfelt, L. (2003). Action theory, disability and ICF. *Disability and Rehabilitation*, 25, 1075-1079
- Nordenfelt, L. (2006). On health, ability and activity: Comments on some basic notions in the ICF. *Disability and Rehabilitation*, 28, 1461-1465.
- Noreau, L., Fougereyrollas, P., & Vincent, C. (2002). The LIFE-H: Assessment of the quality of social participation. *Technology and Disability*, 14, 113-118.

- Oaksford, K., Frude, N., & Cuddihy, R. (2005). Positive coping and stress-related psychological growth following lower limb amputation. *Rehabilitation Psychology, 50*, 266-277.
- Oliveira, R. A. (2001). *Psicologia Clínica e Reabilitação Física*. Lisboa: Edições ISPA.
- Oliveira, R. A., Milliner, E. K., & Page, R. (2004). Psychotherapy with physically disabled patients. *American Journal of Psychotherapy, 58*, 430-441.
- Oliver, M. (1986). Social policy and disability: some theoretical issues. *Disability, Handicap and Society, 1*, 5-17.
- Olney, M. F., & Brockelman, K. F. (2005). The impact of visibility of disability and gender on the self-concept of university students with disabilities. *Journal of Postsecondary Education and Disability, 18*, 80-91.
- Olney, M. F., Kennedy, J., Brockelman, K. F., & Newsom, M. A. (2004). Do you have a disability? A population-based test of acceptance, denial and adjustment among adults with disabilities in the US. *Journal of Rehabilitation, 70*(1), 4-9.
- O'Reilly, A. (2007). *The right to decent work of persons with disabilities*. Geneva: International Labour Office.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2010). *Sickness, disability and Work: Breaking the barriers – A synthesis of findings across OECD countries*. Paris: OECD.
- Owensworth, T., & Shum, D. (2008). Relationship between executive functions and productivity outcomes following stroke. *Disability and Rehabilitation, 30*, 531-540.
- Pain, K., Dunn, M., Anderson, G., Darrah, J., & Kratochvil, M. (1998). Quality of life: What does it mean to rehabilitation? *Journal of Rehabilitation, 64*(2), 5-11.
- Pakenham, K. I. (1999). Adjustment to multiple sclerosis: Application of a stress and coping model. *Health Psychology, 18*, 383-392.

- Pakenham, K. I. (2008). Making sense of illness or disability: The nature of sense making in multiple sclerosis (MS). *Journal of Health Psychology, 13*, 93-105.
- Parker, R. M., Schaller, J., & Hansmann, S. (2003). Catastrophe, chaos and complexity models and psychological adjustment to disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 46*, 234-241.
- Patston, P. (2007). Constructive functional diversity: A new paradigm beyond disability and impairment. *Disability and Rehabilitation, 29*, 1625-1633.
- Pedro, L., & Pais-Ribeiro, J. (2008). Revisão de instrumentos de funcionalidade em pessoas com esclerose múltipla. *Revista Europeia de Inserção Social, 2*, 115-128.
- Perenboom, R. J. M., & Chorus, A. M. J. (2003). Measuring participation according to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disability and Rehabilitation, 25*, 577-587.
- Persson, L-O., & Rydén, A. (2006). Themes of effective coping in physical disability: an interview study of 26 persons who have learnt to live with their disability. *Scandinavian Journal of Caring Services, 20*, 355-363.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS (5ª Ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pfeiffer, D. (1999). The problem of disability definition: Again. *Disability and Rehabilitation, 21*, 392-395.
- Phemister, A. A. (2002). *Investigating the effects of objective self-awareness on the meaning attributions and job-hunting behaviors of persons with visible disabilities*. Unpublished doctoral dissertation, Michigan State University, United States of America.
- Pinheiro, M. R. M., & Ferreira, J. A. G. (2001). Avaliação do suporte social em contexto de ensino superior. *Actas do V Seminário de Investigação e Intervenção Psicológica no Ensino Superior*: Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

- Pinheiro, M. R. M., & Ferreira, J. A. G. (2002). O Questionário de Suporte Social: Adaptação e validação da versão portuguesa do Social Support Questionnaire (SSQ6). *Psychologica*, 30, 315-333.
- Pope, A. M., Tarlov, A. R. (1991). A model for disability and disability prevention. In A. M. Pope, & A. R. Tarlov (Eds.), *Disability in America: Towards a national agenda for prevention* (pp. 76-108). Washington DC: National Academy Press.
- Portaria n.º 348-A/98 de 18 de Junho, Diário da República, 1ª série B, n.º 138 (1998).
- Potts, B. (2005). Disability and employment: considering the importance of social capital. *Journal of Rehabilitation*, 71(3), 20-25.
- Rasmussen, H. N., Wrosch, C., Scheier, M. F., & Carver, C. S. (2006). Self-regulation process and health: The importance of optimism and goal adjustment. *Journal of Personality*, 74, 1721-1747.
- Rato, H. (2008). *Inserção dos funcionários públicos com deficiência na sociedade de informação*. Lisboa: Instituto Nacional de Administração.
- Reinhardt, J. D., Fellinghauer, B. A. G., Strobl, R., & Stucki, G. (2010). Dimension reduction in human functioning and disability outcomes research: graphical models versus principal components analysis. *Disability and Rehabilitation*, 32, 1000-1010.
- Resnik, L., & Plow, M. A. (2009). Measuring participation as defined by the International Classification of Functioning, Disability and Health: An evaluation of existing measures. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 90, 856-866.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 120/2006 de 21 de Setembro, Diário da República, 1ª série, n.º 183 (2006).
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 88/2008 de 29 de Maio, Diário da República, 1ª série, n.º 103 (2008).

- Revenson, T. A., & Felton, B. J. (1989). Disability and coping as predictors of psychological adjustment to rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 344-348.
- Ribeiro, J. L. P. (1999a). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, J. L. P. (1999b). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica, 3*, 547-558.
- Ribeiro, S. M. S. (2010). Adaptação e validação do WHODAS 2.0 para a população portuguesa. Tese de Mestrado não publicada, Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.
- Richardson, A., Adner, N., & Nordström, G. (2001). Persons with insulin-dependent diabetes mellitus: Acceptance and coping ability. *Journal of Advanced Nursing, 33*, 758-763.
- Ritvo, P. G., Fischer, J. S., Miller, D. M., Andrews, H., Paty, D. W., & LaRocca, N. G. (1997). *Multiple sclerosis quality of life inventory: A user's manual*. New York: National Multiple Sclerosis Society.
- Rodrigues, F. (2006). *Plano nacional de acção para a inclusão – PNAI 2006-2008*. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.
- Rodrigues, V. B. (2008). Satisfação com o suporte social em indivíduos com perturbação psiquiátrica: Estudo exploratório. Tese de Licenciatura não publicada, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa.
- Rosa, A. R., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Aran, A., Salamero, M., Torrent, C., Reinares, M., et al. (2007). Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 3*, 5-8.
- Roth, P. L. (1994). Missing data: A conceptual review for applied psychologists. *Personnel Psychology, 47*, 537-560.

- Rousseau, J., Gagnon, V., Leclerc, A., Lalancette, J., Freeston, M. H., & Boisvert, J.-M. (1996). Validation québécoise de l'Échelle d'Acceptation de la Limitation Physique (ALP) de Linkowski. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, *46*, 219-223.
- Royall, D. R., Lauterbach, E. C., Kaufer, D., Malloy, P., Coburn, K. L., & Black, K. J. (2007). The cognitive correlates of functional status: A review from the Committee on Research of the American Neuropsychiatric Association. *Journal of Neuropsychiatric and Clinical Neurosciences*, *19*, 249-265.
- Rudolph, T. L., & Endelman, A. M. (1985). *Functional Ability Rating Scale (FARS): A community developed, behaviorally based instrument designed to assess a subject's capabilities in seven areas of major life activity: Technical manual*. Michigan: Michigan State Department of Education.
- Sallick, E. C., & Auerbach, C. F. (2006). From devastation to integration: Adjusting to and growing from medical trauma. *Qualitative Health Research*, *16*, 1021-1037.
- Sampaio, R. F., & Luz, M. T. (2009). Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, *25*, 475-483.
- Sandqvist, J. (2007). *Development and evaluation of validity and utility of the instrument Assessment of Work Performance (AWP)*. Unpublished doctoral dissertation, Linköping University, Sweden.
- Santos, A. P., Ramos, N. C., Estêvão, P. C., Lopes, A. M. F., & Pascoalinho, J. (2005). Instrumentos de medida úteis no contexto de avaliação em Fisioterapia. *Re(habilitar)*, *1*, 131-156.
- Santos, C. S. V. B., Ribeiro, J. P., & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *4* (2), 185-204.

- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 44*, 127-139.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., Shearin, E. N., & Pierce, G. R. (1987). A brief measure of social support: practical and theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationship, 4*, 497-510.
- Schafer, J. L., & Graham, J. W. (2002). Missing data: Our view of the state of art. *Psychological Methods, 7*, 147-177.
- Schlomer, G. L., Bauman, S., & Card, N. A. (2010). Best practices in missing data management in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology, 57*, 1-10.
- Schlote, A., Richter, M., Wunderlich, M. T., Poppendick, U., Möller, C., Schwelm, K., et al. (2009). WHODAS II with people after stroke and their relatives. *Disability and Rehabilitation, 31*, 855-864.
- Schulz, R., & Decker, S. (1985). Long term adjustment to physical disability: The role of social support, perceived control, and self-blame. *Journal of Personality and Social Psychology, 48*, 1162-1172.
- Schultz, I. Z., Stowell, A. W., Feuerstein, M., & Gatchel, R. J. (2007). Models of return to work for musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation, 17*, 327-352.
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (1996). *A beginner's guide to structural equation modeling*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Schwartz, C., & Frohner, R. (2005). Contribution of demographic, medical, and social support variables in predicting the mental health dimension of quality of life among people with multiple sclerosis. *Health and Social Work, 30*, 203-212.

- Secretariado Nacional de Reabilitação (1995). *Classificação internacional das deficiências, incapacidades e desvantagens*. Lisboa: SNR.
- Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (1998). *Inquérito nacional às incapacidades, deficiências e desvantagens: Resultados globais*. Lisboa: SNRIPD.
- Seitsamo, J., Tuomi, K., & Martikainen, R. (2007). Activity, functional capacity and well-being in ageing Finnish workers. *Occupational Medicine*, 57, 85-91.
- Sequeira, A., Marôco, J., & Rodrigues, C. (2006). Emprego e inserção social das pessoas com deficiência na sociedade do conhecimento: Contributo ao estudo da inserção social das pessoas com deficiência em Portugal. *Revista Europeia de Inserção Social*, 1(1), 3-28.
- Shakespeare, T., & Watson, N. (1997). Defending the social model. *Disability & Society*, 12, 293-300.
- Shakespeare, T., & Watson, N. (2001). The social model of disability: an outdated ideology? *Research in Social Science and Disability*, 2, 9-28.
- Shames, J., Treger, I., Ring, H., & Giaquinto, S. (2007). Return to work following traumatic brain injury: Trends and challenges. *Disability and Rehabilitation*, 29, 1387-1395.
- Sharrack, B., & Hughes, R. A. C. (1999). The Guy's Neurological Disability Scale (GNDS): a new disability measure for multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 5, 223-233.
- Shaw, L., Segal, R., Polatajkos, H., & Harburn, K. (2002). Understanding return to work behaviours: promoting the importance of individual perceptions in the study of return to work. *Disability and Rehabilitation*, 24, 185-195.
- Shontz, F. C. (1977). Six principles relating disability and psychological adjustment. *Rehabilitation Psychology*, 24, 107-110.

- Shotton, L., Simpson, J., & Smith, M. (2007). The experience of appraisal, coping and adaptive psychosocial adjustment following traumatic brain injury: A qualitative investigation. *Brain Injury, 21*, 857-869.
- Siminski, P. (2003). Patterns of disability and norms of participation through the life course: empirical support for a social model society. *Disability & Society, 18*, 707-718.
- Smith, M. M., & Arnett, P. A. (2005). Factors related to employment status change in individuals with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis, 11*, 602-609.
- Slavin, M. D., Kisala, P. A., Jette, A. M., & Tulskey, D. S. (2010). Developing a contemporary functional outcome measure for spinal cord injury research. *Spinal Cord, 48*, 262-267.
- Slebus, F. G., Sluiter, J. K., Kuijer, P. P. F. M., Willems, J. H. B. M., & Frings-Dresen, M. H. W. (2007). Work-ability evaluation: A piece of cake or a hard nut to crack? *Disability and Rehabilitation, 29*, 1295-1300.
- Snyder, A. R., Parsons, J. T., McLeod, T. C. V., Bay, R. C., Michener, L. A., & Sauers, E. L. (2008). Using disablement models and clinical outcomes assessment to enable evidence-based athletic training practice, part I: Disablement models. *Journal of Athletic Training, 43*, 428-436.
- Sociedade de Transportes Colectivos do Porto (n.d.). *Acesso fácil: mobilidade para todos*, acedido em 8 de Março de 2009, em <http://www.stcp.pt/en/home/destaques/dest179.htm>
- Soer, R., van der Schans, C. P., Groothoff, J. W., Geertzen, J. H. B., & Reneman, M. F. (2008). Towards consensus in operational definitions in functional capacity evaluations: a Delphi Survey. *Journal of Occupational Rehabilitation, 18*, 389-400.
- Sonn, U., Törnquist, K., & Svensson, E. (1999). The ADL taxonomy – from individual categorical data to ordinal categorical data. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 6*, 11-20.

- Spector, W. D., Katz, S., Murphy, J. B., & Fulton, J. P. (1987). The hierarchical relationship between activities of daily living and instrumental activities of daily living. *Journal of Chronic Diseases, 40*, 481-489.
- Storey, K., & Certo, N. J. (1996). Natural supports for increasing integration in the workplace for people with disabilities: A review of the literature and guidelines for implementation. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 40*, 62-76.
- Strauser, D. R., & Berven, N. L., (2006). Construction and field testing of the job seeking self-efficacy scale. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 49*, 207-218.
- Sullivan, M. J. L., Ward, L. C., Tripp, D., French, D. J., Adams, H., & Stanish, W. D. (2005). Secondary prevention in work disability: Community-based psychosocial intervention for musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation, 15*, 377-392.
- Sveen, U., Mongs, M., Røe, C., Sandvik, L., & Bautz-Holter, E. (2008). Self-rated competency in activities predicts functioning and participation one year after traumatic brain injury. *Clinical Rehabilitation, 22*, 45-55.
- Szymanski, E. M. (1999). Disability, job stress, and the changing nature of careers resilience portfolio. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 42*, 279-289.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (1996). *Using multivariate statistics* (3rd Ed.). New York: HarperCollins Publishers Inc.
- Taleporos, G., & McCabe, M.P. (2001). The impact of physical disability on body esteem. *Sexuality and Disability, 19*, 293-308.
- Taleporos, G., & McCabe, M.P. (2005). The relationship between the severity and duration of physical disability and body esteem. *Psychology and Health, 20*, 637-650.
- Tanzer, N. K., & Sim, C. Q. E. (1999). Adapting instruments for use in multiple languages and cultures: A review of the ITC guidelines for test adaptation. *European Journal of Psychological Assessment, 15*, 258-269.

- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist, 38*, 1161-1173.
- Terzi, L. (2004). The social model of disability: A philosophical critique. *Journal of Applied Philosophy, 21*, 141-157.
- Thompson, N. J., Coker, J., Krause, J. S., & Henry, E. (2003). Purpose in life as a mediator of adjustment after spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology, 48*, 100-108.
- Tiersky, L. A., DeLuca, J., Hill, N., Dhar, S. K., Johnson, S. K., Lange, G., et al. (2001). Longitudinal assessment of neuropsychological functioning psychiatric status, functional disability and employment status in chronic fatigue syndrome. *Applied Neuropsychology, 8*, 41-50.
- Timmons, J. C., Schuster, J., Hamner, D., & Bose, J. (2002). Ingredients for success: Consumer perspectives on five essential elements to service delivery. *Journal of Vocational Rehabilitation, 17*, 183-194.
- Tinsley, H. E. A., & Tinsley, D. J. (1987). Uses of factor analysis in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology, 7*, 414-424.
- Tomey, K. M., & Sowers, M. R. (2009). Assessment of physical functioning: A conceptual model encompassing environmental factors and individual compensation strategies. *Physical Therapy, 89*, 705-714.
- Treger, I., Shames, J., Giaquinto, S., & Ring, H. (2007). Return to work in stroke patients. *Disability and Rehabilitation, 29*, 1397-1403.
- Tretharne, G. J., Lyons, A. C., Booth, D. A., Mason, S. R., & Kitas, G. D. (2004). Reactions to disability in patients with early versus established rheumatoid arthritis. *Scandinavian Journal of Rheumatology, 33*, 30-38.
- Trupin, L., & Yelin, E. (1999). *The employment experience of persons with limitations in physical functioning: An analysis of the 1996 California Work and Health Survey.*

- Disability Statistic Report (12)*. Washington DC: Department of Education, National Institute on Disability and Rehabilitation Research.
- Tuomi, K., Huuhtanen, P., Nykyri, E., & Ilmarinen, J. (2001). Promotion of work ability, the quality of work and retirement. *Occupational Medicine*, *51*, 318-324.
- Turner-Stokes, L. (2002). Standardized outcome assessment in brain injury rehabilitation for younger adults. *Disability and Rehabilitation*, *24*, 383-389.
- Turner-Stokes, L., Nyein, K., Turner-Stokes, T., & Gatehouse, C. (1999). The UK FIM + FAM: development and evaluation. *Clinical Rehabilitation*, *13*, 277-287.
- Tyerman, A., & Tyerman, R. (2009). The Functional Assessment Inventory. *Occupational Medicine*, *59*, 285.
- Ueda, S., & Okawa, Y. (2003). The subjective dimension of functioning and disability: what is it and what is it for? *Disability and Rehabilitation*, *25*, 596-601.
- Unger, D.D. (2002). Employers' attitudes toward persons with disabilities in the workforce: Myths or realities? *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, *17*, 2-10.
- United Nations (2006). Enable: Some facts about persons with disabilities. Acedido a 2 de Outubro de 2008, em <http://www.un.org/disabilities/default.asp?PID=312>
- United Nations (2008). *Convention on the rights of persons with disabilities and optional protocol*. Acedido a 15 de Fevereiro de 2009, em <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>
- Unwin, J., Kacpersek, L., & Clarke, C. (2009). A prospective study of positive adjustment to lower limb amputation. *Clinical Rehabilitation*, *23*, 1044-1050.
- Valeras, A. B. (2010). "We don't have a box": Understanding hidden disability identity utilizing narrative research methodology. Acedido a 13 de Fevereiro de 2011, em <http://www.dsq-sds.org/article/view/1267>.

- Verbrugge, L. M. (1990). The iceberg of disability. In S. M. Stahl (Ed.), *The legacy of longevity health and health care in later life* (pp. 55-75). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Verbrugge, L. M., Jette, A. M. (1994). The disablement process. *Social Science and Medicine*, 38, 1-14.
- Verbrugge, L. M., Rennert, C., & Madans, J. H. (1997). The great efficacy of personal and equipment assistance in reducing disability. *American Journal of Public Health*, 87
- Vicente, H. (1995). *Etiologia e caracterização das deficiências*. Lisboa: Instituto do Emprego e Formação Profissional.
- Ville, I., & Ravaud, J-F. (1996). Work, non-work and consequent satisfaction after spinal cord injury. *International Journal of Rehabilitation Research*, 19, 241-252.
- Vuger-Kovačić, D., Gregurek, R., Kovačić, D., & Kalenić, B. (2007). Relation between anxiety, depression and locus of control of patients with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 13, 1065-1067.
- Wang, T-J. (2004). Concept analysis of functional status. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 457-462.
- Webb, C. R., Wrigley, M., Yoels, W., & Fine, P. R. (1995). Explaining quality of life for persons with traumatic brain injuries 2 years after injury. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 76, 1113-1119.
- Wehman, P., & Revell, W. G. (1996). Supported employment from 1986 to 1993: A national program that works. *Focus on Autism and other Developmental Disabilities*, 11, 235-242.
- Wehman, P., Revell, G., & Kregel, J. (1998). Supported employment: A decade of rapid growth and impact. *American Rehabilitation*, 24, 31-43.

- Wehmeyer, M. L., & Bolding, N. (2001). Enhanced self-determination of adults with intellectual disability as an outcome of moving to community-based work or living environments. *Journal of Intellectual Disability Research, 45*, 371-383.
- Wehmeyer, M. L., & Gragoudas, S. (2004). Centers for independent living and transition-age youth: empowerment and self-determination. *Journal of Vocational Rehabilitation, 20*, 53-58.
- Wehmeyer, M. L., & Palmer, S. B. (2003). Adult outcomes for students with cognitive disabilities three-years after high school: the impact of self-determination. *Education and Training in Developmental Disabilities, 38*, 131-144.
- Wehmeyer, M. L., & Schwartz, M. (1997). Self-determination and positive adult outcomes: a follow-up study of youth with mental retardation or learning disabilities. *Exceptional Children, 63*, 245-255.
- Whetstone, L. M., Fozard, J. L., Metter, E. J., Hiscock, B. S., Burke, R., Gittings, N., et al. (2001). The Physical Functional Inventory: Procedure for assessing physical function in adults. *Journal of Ageing and Health, 13*, 467-493.
- Williams, R. M., Ehde, D. M., Smith, D. G., Czernieck, J. M., Hoffman, A. J., & Robinson, L. R. (2004). A two-year longitudinal study of social support following amputation. *Disability and Rehabilitation, 26*, 862-874.
- Williamson, G. M. (1998). The central role of restricted normal activities in adjustment to illness and disability: A model of depressed affect. *Rehabilitation Psychology, 43*, 327-347.
- Wilson, S., Washington, L. A., Engel, J. M., Ciol, M. A., & Jensen, M. P. (2006). Perceived social support, psychological adjustment, and functional ability in youths with physical disabilities. *Rehabilitation Psychology, 51*, 322-330.

- Wilton, R. D. (2008). Workers with disabilities and the challenges of emotional labour. *Disability & Society, 23*, 361-373.
- Woodrich, F., & Patterson, J. B. (1983). Variables related to acceptance of disability in persons with spinal cord injuries. *Journal of Rehabilitation, 49*(3), 26-30.
- World Health Organization (2000). *WHODAS II Disability Assessment Schedule – Training manual: a guide to administration*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2004). The global burden of disease: 2004 update, acessido em 25 de Fevereiro de 2009, em http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf
- World Health Organization (2006a). Global programming note 2006-2007, acessido a 25 de Fevereiro de 2009, em http://www.who.int/nmh/donorinfo/vip_promoting_access_healthcare_rehabilitation_update.pdf.pdf
- World Health Organization (2006b). Disability and Rehabilitation WHO Action Plan 2006-2011, acessido a 25 de Fevereiro de 2009, em http://www.who.int/disabilities/publications/dar_action_plan_2006to2011.pdf
- World Health Organization & The World Bank (2011). World report on disability, acessido em 12 de Julho de 2011, em <http://whqlibdoc.who.int/publications>
- Wright, B. A. (1983). *Physical disability: A psychological approach* (2nd Ed.). New York: Harper Collins.
- Wright, S. J., & Kirby, A. (1999). Deconstructing conceptualizations of “adjustment” to chronic illness. *Journal of Health Psychology, 4*, 259-272.
- Yasuda, S., Wehman, P., Targett, P., Cifu, D. X., & West, M. (2002). Return to work after spinal cord injury: A review of recent research. *NeuroRehabilitation, 17*, 177-186.
- Yoshida, K. K. (1993). Reshaping of self: a pendular reconstruction of self and identity among adults with traumatic spinal cord injury. *Sociology of Health & Illness, 15*, 217-245.

- Yuen, H. K., & Hanson, C. (2002). Body image and exercise in people with and without acquired mobility disability. *Disability and Rehabilitation, 24*, 289-296.
- Zadek, S., Hojensgard, N., & Raynard, P. (2001). *Perspectives in the new economy of corporate citizenship*. Copenhagen: The Copenhagen Centre.
- Zola, I. K. (1993a). Disability statistics, what we count and what it tell us: a personal and political analysis. *Journal of Disability Policy Studies, 4*(2), 10-39.
- Zola, I. K. (1993b). Self, identity and the naming question: reflections on the language of disability. *Social Science & Medicine, 36*, 167-173.
- Zwart, B. C. H., & Frings-Dresen, M. H. W. (2002). Test-retest reliability of the Work Ability Index questionnaire. *Occupational Medicine, 52*, 177-181.

ANEXOS

Anexo A

**Escala de Adaptação à Deficiência-Revista: Versões utilizadas no estudo piloto, estudos
psicométricos dos instrumentos de avaliação e estudo das variáveis preditoras do
comportamento de procura de emprego**

Escala de Adaptação à Deficiência-Revista (Estudo Piloto)

(Groomes, D.A.G., 2004)

Versão Portuguesa da Adaptation to Disability Scale-Revised (Fernandes, C., 2008)

_____/S/____

Leia cada afirmação e assinale, com um círculo, o número que indica em que medida concorda ou discorda da afirmação.	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Devido à minha deficiência, todas as áreas da minha vida são grandemente afectadas.	1	2	3	4
2. Devido à minha deficiência, sou incapaz de fazer coisas como as pessoas sem deficiência fazem.	1	2	3	4
3. Com ou sem deficiência, vou ter sucesso na vida.	1	2	3	4
4. Devido à minha deficiência, tenho pouco para oferecer às outras pessoas.	1	2	3	4
5. Uma boa aparência e capacidade física são as coisas mais importantes da vida.	1	2	3	4
6. Uma pessoa com deficiência está limitada nalguns aspectos, mas há ainda muito que ele/ela pode fazer.	1	2	3	4
7. Não importa o quanto me esforce ou o que consiga, nunca serei tão bom/boa como uma pessoa que não tem a minha deficiência.	1	2	3	4
8. Sinto-me muito triste por ver tudo o que as pessoas sem deficiência conseguem fazer e que eu não consigo.	1	2	3	4
9. A coisa mais importante do mundo é ser fisicamente capaz.	1	2	3	4
10. Devido à minha deficiência, as vidas das outras pessoas têm mais significado do que a minha.	1	2	3	4
11. Devido à minha deficiência, sinto-me muito triste a maior parte do tempo.	1	2	3	4
12. Apesar de ter uma deficiência, a minha vida é preenchida.	1	2	3	4
13. O tipo de pessoa que sou e os meus feitos na vida são menos importantes do que os das pessoas sem deficiência.	1	2	3	4
14. Uma deficiência física afecta a capacidade mental de uma pessoa.	1	2	3	4
15. Uma vez que a minha deficiência interfere com quase tudo o que tento fazer, está quase sempre presente no meu pensamento.	1	2	3	4
16. Existem muitas coisas que uma pessoa com a minha deficiência é capaz de fazer.	1	2	3	4

Escala de Adaptação à Deficiência-Revista (Estudo Piloto)

(Groomes, D.A.G., 2004)

Versão Portuguesa da Adaptation to Disability Scale-Revised (Fernandes, C., 2008)

Leia cada afirmação e assinale, com um círculo, o número que indica em que medida concorda ou discorda da afirmação.	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
17. A minha deficiência, por si só, afecta-me mais do que qualquer outra das minhas características.	1	2	3	4
18. Existem coisas muito mais importantes na vida do que a capacidade e aparência físicas.	1	2	3	4
19. Quase todas as áreas da vida me estão vedadas.	1	2	3	4
20. A minha deficiência impede-me de fazer quase tudo o que realmente quero fazer e de me tornar o tipo de pessoa que quero ser.	1	2	3	4
21. Sinto-me uma pessoa adequada apesar das limitações impostas pela minha deficiência.	1	2	3	4
22. A minha deficiência afecta os aspectos da vida que mais me importam.	1	2	3	4
23. Uma deficiência como a minha é a pior coisa que pode acontecer a uma pessoa.	1	2	3	4
24. É preciso um corpo inteiro e em forma para ter uma mente sã.	1	2	3	4
25. Há alturas em que me esqueço completamente que tenho uma deficiência.	1	2	3	4
26. Acho que seria uma pessoa muito melhor se não tivesse a minha deficiência.	1	2	3	4
27. Quando penso na minha deficiência, fico tão triste e incomodado(a) que não consigo fazer mais nada.	1	2	3	4
28. As pessoas com deficiência são capazes de se sair bem de muitas formas.	1	2	3	4
29. Sinto-me satisfeito(a) com as minhas capacidades e a minha deficiência não me incomoda muito.	1	2	3	4
30. A minha deficiência incomoda-me, em quase tudo, de tal forma que não consigo apreciar nada.	1	2	3	4
31. A integridade física e a aparência fazem da pessoa o que ela é.	1	2	3	4
32. Sei o que não consigo fazer por causa da minha deficiência e sinto que posso viver uma vida plena.	1	2	3	4

Escaia de Adaptação à Deficiência-Revista

(Estudos psicométricos e de variáveis preditoras)

(Groomes, D.A.G., 2004)

Versão Portuguesa da Adaptation to Disability Scale-Revised (Fernandes, C., 2008)

_____/S/____

Leia cada afirmação e assinale, com um círculo, o número que indica em que medida concorda ou discorda da afirmação.	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Devido à minha deficiência, todas as áreas da minha vida são grandemente afectadas.	1	2	3	4
2. Devido à minha deficiência, sou incapaz de fazer coisas como as pessoas sem deficiência fazem.	1	2	3	4
3. Com ou sem deficiência, vou ter sucesso na vida.	1	2	3	4
4. Devido à minha deficiência, tenho pouco para oferecer às outras pessoas.	1	2	3	4
5. Uma boa aparência e capacidade física são as coisas mais importantes da vida.	1	2	3	4
6. Uma pessoa com deficiência está limitada nalguns aspectos, mas há ainda muito que ele/ela pode fazer.	1	2	3	4
7. Não importa o quanto me esforce ou o que consiga, nunca serei tão bom/boa como uma pessoa que não tem a minha deficiência.	1	2	3	4
8. Sinto-me muito triste por ver tudo o que as pessoas sem deficiência conseguem fazer e que eu não consigo.	1	2	3	4
9. A coisa mais importante do mundo é ser fisicamente capaz.	1	2	3	4
10. Devido à minha deficiência, as vidas das outras pessoas têm mais significado do que a minha.	1	2	3	4
11. Devido à minha deficiência, sinto-me muito triste a maior parte do tempo.	1	2	3	4
12. Apesar de ter uma deficiência, a minha vida é preenchida.	1	2	3	4
13. O tipo de pessoa que sou e os meus feitos na vida são menos importantes do que os das pessoas sem deficiência.	1	2	3	4
14. Uma deficiência física afecta o funcionamento psicológico de uma pessoa.	1	2	3	4
15. Uma vez que a minha deficiência interfere com quase tudo o que tento fazer, está quase sempre presente no meu pensamento.	1	2	3	4
16. Existem muitas coisas que uma pessoa com a minha deficiência é capaz de fazer.	1	2	3	4

Escala de Adaptação à Deficiência-Revista

(Estudos psicométricos e de variáveis preditoras)

(Groomes, D.A.G., 2004)

Versão Portuguesa da Adaptation to Disability Scale-Revised (Fernandes, C., 2008)

Leia cada afirmação e assinale, com um círculo, o número que indica em que medida concorda ou discorda da afirmação.	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
17. A minha deficiência, por si só, afecta-me mais do que qualquer outra das minhas características.	1	2	3	4
18. Existem coisas muito mais importantes na vida do que a capacidade e aparência físicas.	1	2	3	4
19. Quase todas as áreas da vida me estão vedadas.	1	2	3	4
20. A minha deficiência impede-me de fazer quase tudo o que realmente quero fazer e de me tornar o tipo de pessoa que quero ser.	1	2	3	4
21. Sinto-me uma pessoa adequada apesar das limitações impostas pela minha deficiência.	1	2	3	4
22. A minha deficiência afecta os aspectos da vida que mais me importam.	1	2	3	4
23. Uma deficiência como a minha é a pior coisa que pode acontecer a uma pessoa.	1	2	3	4
24. É preciso um corpo inteiro e em forma para ter uma mente sã.	1	2	3	4
25. Há alturas em que me esqueço completamente que tenho uma deficiência.	1	2	3	4
26. Acho que seria uma pessoa muito melhor se não tivesse a minha deficiência.	1	2	3	4
27. Quando penso na minha deficiência, fico tão triste e incomodado(a) que não consigo fazer mais nada.	1	2	3	4
28. As pessoas com deficiência são capazes de se sair bem de muitas formas.	1	2	3	4
29. Sinto-me satisfeito(a) com as minhas capacidades e a minha deficiência não me incomoda muito.	1	2	3	4
30. A minha deficiência incomoda-me, em quase tudo, de tal forma que não consigo apreciar nada.	1	2	3	4
31. A integridade física e a aparência fazem da pessoa o que ela é.	1	2	3	4
32. Sei o que não consigo fazer por causa da minha deficiência e sinto que posso viver uma vida plena.	1	2	3	4

Anexo B

Inventário de Avaliação Funcional: Versões utilizadas no estudo piloto, estudos psicométricos dos instrumentos de avaliação e estudo das variáveis preditoras do comportamento de procura de emprego

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL (Estudo Piloto)
(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)
Versão Portuguesa do Functional Assessment Inventory (Fernandes, C., 2008)

Solicitamos-lhe, por favor, que leia atentamente as Instruções que se apresentam em seguida, antes de responder às questões do Inventário. Em caso de dúvida poderá sempre recorrer ao técnico disponível para tal.

INSTRUÇÕES GERAIS

A ênfase deste sistema de cotação reside na função ou desempenho. O principal objectivo, avaliar a capacidade individual para trabalhar ou desempenhar outra actividade produtiva, determinou o nível de especificidade dos itens. As afirmações escolhidas para descrever os vários níveis de incapacidade reflectem a ênfase, do Inventário, no desempenho profissional. Embora os autores tenham seleccionado os pontos descritivos que consideravam fundamentais, será inevitavelmente necessária uma análise reflexiva, por forma a fazer corresponder os indivíduos às categorias disponíveis. Num caso específico, se a cotação a atribuir não for inteiramente óbvia, com base no descritivo comportamental, os itens podem ser considerados como integrando a seguinte escala: (0) sem limitações; (1) incapacidade ligeira; (2) incapacidade moderada e (3) incapacidade severa. A cotação "ausência de limitação significativa" deve ser usada sempre que a característica ou qualidade, em avaliação, se encontre dentro da amplitude normal de variabilidade e tenha pouca probabilidade de afectar as opções ou potencial profissional do sujeito. A não ser que esteja especificado de outro modo, as cotações devem reflectir o nível corrente de funcionamento da pessoa, utilizando qualquer tipo de equipamento adaptado. Deve apenas ser registada uma opção por item.

Porque a empregabilidade não depende apenas das características individuais, o Inventário também inclui itens sociais e ambientais.

Em seguida, encontrará especificações mais detalhadas que o/a ajudarão a cotar alguns dos 30 itens iniciais relativos às capacidades individuais que compõem o Inventário. O Inventário é ainda composto por outro grupo de questões, relativas a características que podem constituir pontos fortes de empregabilidade. Encontrará as respectivas instruções, mais à frente e imediatamente antes da apresentação dessas mesmas questões.

Item 1: Indivíduos que poderiam frequentar um curso universitário ou um curso de formação profissional, sem necessitarem de métodos de ensino ou adaptações especiais, serão cotados com 0. As pessoas cotadas com o nível 1 serão capazes de ter sucesso nesses programas, com introdução de adaptações, como o suporte tutorial ou redução da carga horária. Isto inclui as dificuldades de aprendizagem, bem como as pessoas com inteligência abaixo da média ou *borderline*. O nível 2 inclui as pessoas com deficiência intelectual ligeira e aquelas que necessitam de um programa de formação com uma componente prática, em vez de um que envolva, exclusivamente, o ensino académico. O nível 3 inclui pessoas que apresentam limitações de aprendizagem mais severas, incluindo a deficiência intelectual moderada ou níveis inferiores, ou outras pessoas com problemas severos de aprendizagem, independentemente do QI.

Item 3: O nível 1 refere-se a uma incapacidade de memória, suficientemente significativa para interferir, em alguma medida, no funcionamento diário, mas que não provoque problemas de concentração. Se o sujeito tem uma memória a curto prazo adequada, mas revela incapacidade na memória a longo prazo, o avaliador deve decidir se o problema parece ser profissionalmente insignificante (nível 0) ou se representa uma limitação ligeira (nível 1), moderada (nível 2) ou severa (nível 3).

Item 4: Esta escala refere-se à capacidade de integrar e compreender informação sensorial. Habitualmente, refere-se, principalmente, à utilização de dados visuais. Para um sujeito com incapacidade visual, a capacidade de utilizar outras informações sensoriais, para fins de orientação e discriminação também é relevante.

Item 5: A cotação deve reflectir o nível de funcionamento do sujeito quando utiliza qualquer tipo de correcção disponível, como óculos ou lentes de contacto. As cotações da incapacidade visual não se devem limitar às alterações no próprio olho: devem ser tomados em conta quaisquer problemas perceptivos ou do campo visual (ex. redução do campo de visão). O daltonismo, que limita as opções profissionais, deve ser cotado como 1.

Item 6: Este item refere-se à capacidade de ouvir o discurso oral e outros sons profissionalmente relevantes. A cotação deve reflectir o nível de funcionamento do sujeito, utilizando qualquer apoio disponível, como as ajudas técnicas para a audição.

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL (Estudo Piloto)
(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)
Versão Portuguesa do Functional Assessment Inventory (Fernandes, C., 2008)

Item 8: Um défice no funcionamento linguístico pode dever-se a uma deficiência como a afasia, ao contexto cultural do sujeito ou a uma dificuldade de aprendizagem. Um sujeito que tem alguma dificuldade em compreender a comunicação oral, devido a uma dificuldade de aprendizagem, será, normalmente, cotado com 1. Se o défice for mais grave, será mais adequado cotar 2.

Itens 10: As pessoas cotadas com 1 são capazes de desempenhar a maioria das actividades manuais, mas com menor competência e velocidade. As pessoas, no nível 2, têm limitações mais severas, quer no que concerne à força, quer ao movimento voluntário. Serão, no entanto, capazes de realizar os seus cuidados pessoais, ainda que com ajudas técnicas. Independentemente da deficiência, o nível 3 aplica-se a sujeitos cujas mãos não possam ser utilizadas no dia-a-dia, nem sequer nos cuidados pessoais.

Item 11: As pessoas cotadas com 1 são um pouco mais lentas do que a média, pelo que empregos que requeiram velocidade motora não serão adequados para elas. As que correspondem ao nível 2 são muito lentas, mas conseguem trabalhar com a rapidez suficiente para corresponder aos padrões exigidos pelo emprego protegido (capacidade média de trabalho não inferior a 1/3 da capacidade normal exigida a um trabalhador não deficiente no mesmo posto de trabalho). Uma classificação de 2, não significa que a pessoa só trabalhe em emprego protegido. A referência ao emprego protegido, pretende ser apenas um indicador. Pessoas com qualquer tipo de lentificação motora podem ser capazes de aceder ao mercado competitivo, em tarefas que não requeiram velocidades motora, mas sim outras competências. As pessoas com lentificação motora generalizada e que se situam no nível 3, não satisfazem os padrões exigidos pelo emprego protegido. Se a paralisia ou fragilidade afectar a velocidade de alguns grupos musculares, mas não de outros, o avaliador deve analisar se a incapacidade parece significar, para essa pessoa, uma limitação insignificante (nível 0) ou se representa uma limitação ligeira (nível 1), moderada (nível 2) ou severa (nível 3). A tetraplegia será normalmente cotada com 2 ou 3.

Item 12: Apresentam-se as seguintes orientações para cotar este item:

Nível 1:

- a) pessoas com limitações na velocidade da marcha ou em percorrer grandes distâncias;
- b) pessoas com uma limitação visual, cognitiva ou outra, que afecta ligeiramente a sua mobilidade, mas que são capazes de se deslocar autonomamente na sua comunidade.

Nível 2:

- a) pessoas que não usam cadeira de rodas, mas que podem percorrer apenas distâncias muito curtas, em superfícies planas;
- b) pessoas que usam autonomamente a cadeira de rodas, num ambiente relativamente livre de barreiras (ex. fazem a transferência de e para a cadeira e movimentam-na sem ajuda);
- c) pessoas com uma deficiência visual, cognitiva ou outra que, por vezes, requerem apoio dos outros para se deslocarem na comunidade.

Nível 3:

- a) pessoas que usam cadeira de rodas, mas precisam de ajuda na transferência de e para a cadeira, mas que conseguem deslocar-se sem ajuda;
- b) pessoas que não conseguem deslocar-se na comunidade, a não ser que tenham ajuda dos outros.

Item 13: Este item reflecte a capacidade da pessoa para realizar trabalho físico, como levantar pesos, curvar-se, subir ou transportar. A condição cardíaca, a mobilidade e a força muscular são relevantes. As pessoas que podem ter um emprego que requer esforço físico serão cotadas no nível 0. O nível 1 inclui aquelas que teriam dificuldade com a maioria dos empregos que requerem esforço físico mas que seriam fisicamente capazes para a maioria dos empregos designados como "leves". No nível 2, as pessoas podem ocupar alguns empregos "leves", mas não todos (por exemplo, podem ser capazes de fazer os levantamentos exigidos por alguns trabalhos, mas não as deslocações ou o estar de pé exigido por outros). As opções profissionais do nível 3 limitam-se aos empregos designados como "sedentários".

Item 15: Este item refere-se ao tempo que o sujeito, actualmente, dedica a tratar de questões médicas, psicoterapêuticas, incluindo a psicoterapia, ou a tratar de problemas pessoais recorrentes, e que poderá diminuir o tempo disponível para o exercício de uma actividade profissional.

Item 16: Este item refere-se à estabilidade da condição incapacitante, ao longo do tempo. Pretende-se que reflecta tendências a longo termo e também a vulnerabilidade a flutuações importantes, características de algumas deficiências, como as resultantes de doenças degenerativas.

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL (Estudo Piloto)
(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)
Versão Portuguesa do Functional Assessment Inventory (Fernandes, C., 2008)

Item 18: A cotação pode reflectir qualquer uma das diversas características que podem influenciar a receptividade do empregador face ao sujeito. Algumas podem estar relacionadas com a deficiência (por exemplo, uma história de problemas motores pode tornar o sujeito difícil de colocar, mesmo em empregos que não impliquem esforço físico). Outras características podem ser de ordem demográfica ou social (ex. origem étnica, meia idade ou idade avançada, ou orientação sexual). Embora a discriminação nestas áreas seja ilegal, o avaliador deve indicar a medida em que se pode esperar que estas, realisticamente, afectem as probabilidades de emprego do sujeito.

Item 19: A cotação deve reflectir a resposta que se pode esperar de um empregador "típico". Obviamente, a reacção pessoal do técnico pode ser diferente das dos empregadores que não estão habituados a estar com pessoas com deficiência; no entanto, deve ser feita uma estimativa da resposta que se antecipa por parte do empregador.

Item 20: Este item refere-se às competências que o indivíduo possui após o surgimento da deficiência.

Item 25: O "sistema de suporte" refere-se, principalmente, à família e amigos próximos ou outras pessoas com quem o sujeito vive.

Item 27: O foco deste item é no tipo de competências interpessoais necessárias para obter um emprego e para, depois, manter relações satisfatórias com a chefia e os colegas. Outros tipos de relações interpessoais são relevantes apenas na medida em que afectarem a empregabilidade. No caso de indivíduos que tenham uma incapacidade ao nível da comunicação ou linguagem, essa limitação pode ser reflectida em termos da capacidade para interagir com o mundo do trabalho, ainda que não existam problemas de relação do sujeito com pessoas que lhe sejam próximas. Em sujeitos com pouca ou nenhuma história de trabalho, a cotação deverá basear-se no que pode ser observado durante a reabilitação ou avaliação.

Item 29: Devido à vontade, do autor, de descrever as limitações em termos funcionais, em vez de inferir condições subjacentes como a "motivação", as alternativas para este item, são, fundamentalmente, referências comportamentais.

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL (Estudo Piloto)
(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)
Versão Portuguesa do Functional Assessment Inventory (Fernandes, C., 2008)

_____ /T/ _____

Em seguida, solicitamos que assinale, para cada item, o número da opção que mais se adequa à análise do sujeito a que respeita o presente Inventário. Assinale apenas uma opção por item. Verifique, por favor, no final, se respondeu a todos os itens.

Muito obrigada!

1. CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM (ver instruções)

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Consegue aprender competências complexas, mas não a um ritmo normal.
- 2. Consegue dominar ideias e operações relativamente complexas, mas com ajuda e tempo adicional.
- 3. É capaz de aprender apenas tarefas simples, se lhe for dado o tempo que necessita e a possibilidade de repetição.

2. LEITURA E ESCRITA EM PORTUGUÊS

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Tem alguma dificuldade em ler ou escrever em Português, por questões de educação escolar ou por possuir uma língua materna estrangeira.
- 2. Tem dificuldades consideráveis na leitura e escrita do Português.
- 3. É incapaz de ler ou escrever Português.

3. MEMÓRIA (ver instruções)

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Défices ocasionais de memória causam alguma dificuldade.
- 2. Os défices de memória interferem significativamente com novas aprendizagens; informações ou instruções devem ser repetidas frequentemente.
- 3. É confuso/a ou desorientado/a. Lembra-se de muito pouco, de um dia para o outro.

4. PERCEÇÃO ESPACIAL E DE FORMAS (ver instruções)

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. A dificuldade de percepção interfere com as tarefas que requerem uma discriminação fina.
- 2. Por vezes perde-se ou mostra outros sinais de limitação perceptiva, na vida diária.
- 3. Distorção perceptiva acentuada evidenciada pelo comportamento (ex. perder-se, mesmo em locais familiares, ou incapacidade para identificar objectos).

5. VISÃO (ver instruções)

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Tem dificuldade em realizar trabalhos que requeiram detalhes visuais finos.
- 2. A incapacidade é suficiente para interferir com actividades importantes como conduzir ou ler.
- 3. Perda total ou quase total de visão (utiliza bengala na mobilidade exterior).

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL (Estudo Piloto)
(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)
Versão Portuguesa do Functional Assessment Inventory (Fernandes, C., 2008)

6. AUDIÇÃO (ver instruções)

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Tem alguma dificuldade em ouvir conversas ou em utilizar o telefone.
- 2. Consegue manter uma conversa frente a frente, com a ajuda da leitura labial, mas é incapaz de utilizar o telefone. É incapaz de captar alguns sons ambientais importantes (ex. campainhas ou sons agudos).
- 3. Ouve muito mal ou é surdo.

7. FALA

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. A fala é facilmente inteligível, mas a qualidade da voz ou o padrão de articulação revelam alterações.

OU

A fala pode ser inteligível com um esforço adicional (ex. ter o cuidado de falar devagar).

- 2. A fala é de difícil compreensão. É necessário repetir frequentemente.
- 3. A fala não é utilizável enquanto meio de comunicação.

8. FUNCIONAMENTO DA COMUNICAÇÃO (ver instruções)

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. A capacidade de comunicar oralmente, em Português, pode estar ligeira a moderadamente limitada, mas a fala é o seu principal meio de comunicação.
- 2. Tem dificuldades consideráveis em comunicar, através da fala. Limita-se a produzir palavras soltas ou frases curtas, que podem ser complementados de modo não verbal, através de gestos, símbolos gráficos, escrita ou outro sistema.
- 3. A comunicação verbal, através da fala, é impossível, recorrendo a um sistema alternativo para comunicar.

9. FUNCIONAMENTO DAS EXTREMIDADES SUPERIORES (Ombros e Braços)

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Perda, parcial ou total, do funcionamento da extremidade não dominante e a dominante está intacta.
- 2. Perda da função, pelo menos em alguma medida, em ambas as extremidades superiores.

OU

Perda, parcial ou total, do funcionamento da extremidade dominante, mas a não dominante está intacta.

- 3. Ausência de funcionamento útil em ambas as extremidades superiores.

10. FUNCIONAMENTO DAS MÃOS (ver instruções)

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. É incapaz de realizar a maioria das tarefas que exijam destreza fina, velocidade ou coordenação.
- 2. Gravemente incapacitado/a, mas, com ou sem, o uso de ajudas ou próteses consegue escrever e desempenhar actividades de vida diária, como alimentar-se.
- 3. Pouco ou nenhum funcionamento das mãos.

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL (Estudo Piloto)
(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)
Versão Portuguesa do Functional Assessment Inventory (Fernandes, C., 2008)

11. VELOCIDADE MOTORA (ver instruções)

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Move-se mais lentamente do que a maioria.
- 2. Move-se muito lentamente.
- 3. Extrema lentificação motora.

12. DEAMBULAÇÃO OU MOBILIDADE (ver instruções)

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Ligeira incapacidade, mas não requer ajuda de outras pessoas para se deslocar na comunidade.
- 2. Incapacidade moderada. Por vezes, requer ajuda de outras pessoas para se deslocar na comunidade.
- 3. Incapacidade severa. Habitualmente, requer ajuda de outras pessoas para se deslocar na comunidade.

13. CAPACIDADE DE ESFORÇO FÍSICO (ver instruções)

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Pode ter algumas dificuldades em ocupações que requerem um esforço físico substancial (por exemplo, ocupações que requerem o levantamento frequente de pesos de 11 Kg ou andar muito ou dobrar-se). Porém, a actividade física em quantidade moderada é aceitável.
- 2. As ocupações que requerem uma actividade física moderadamente vigorosa estão excluídas. Encontra-se limitado/a a trabalhos leves.
- 3. Limitado/a a trabalhos sedentários.

14. RESISTÊNCIA

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Consegue trabalhar o dia inteiro, desde que sejam garantidos períodos especiais de descanso.
- 2. Consegue apenas trabalhar a tempo parcial (16 a 32 horas por semana).
- 3. Incapaz de trabalhar por mais do que uma ou duas horas por dia (15 horas ou menos por semana).

15. TEMPO PARA QUESTÕES MÉDICAS/PESSOAIS (ver instruções)

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Precisa de um dia ou dois por mês, para tratar de questões médicas, terapêuticas (incluindo psicoterapia) ou de problemas pessoais recorrentes.
- 2. Precisa, em média, de um dia por semana, para tratar de questões médicas, terapêuticas (incluindo psicoterapia) ou de problemas pessoais recorrentes.
- 3. Precisa, frequentemente ou por períodos longos, de tratar de questões médicas, terapêuticas (incluindo psicoterapia) ou de problemas pessoais recorrentes.

16. ESTABILIDADE DA CONDIÇÃO (ver instruções)

- 0. Ausência de limitação significativa.
 - 1. Encontra-se estável se for controlado/a por dieta, tratamento ou exercício.
 - 2. É provável que a sua condição se agrave lenta e progressivamente;
- OU**
- A sua evolução é imprevisível e pode resultar na perda futura de funcionamento.
- 3. A condição poderá piorar significativamente num futuro próximo.

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL (Estudo Piloto)
(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)
Versão Portuguesa do Functional Assessment Inventory (Fernandes, C., 2008)

17. HISTÓRICO DE TRABALHO

0. Ausência de limitação significativa.

1. Tem pouca ou nenhuma experiência de trabalho, devido à sua juventude ou a outras razões aceitáveis pela maioria dos empregadores.

OU

Tem um bom histórico de trabalho anterior à deficiência, mas, presentemente, está afastado do trabalho há mais de um ano.

2. O histórico de trabalho inclui aspectos negativos, como faltas ou atrasos frequentes ou mudanças de trabalho frequentes, com períodos de desemprego.

3. O histórico de trabalho é fraco, possivelmente incluindo longos períodos de desemprego ou despedimentos frequentes por mau desempenho.

18. ACEITAÇÃO POR PARTE DOS EMPREGADORES (ver instruções)

0. Ausência de limitação significativa.

1. Algumas características físicas, demográficas ou relativas à sua história clínica podem interferir com a aceitação de alguns empregadores (ex. ter uma incapacidade visível ou usar uma prótese ou a origem étnica).

2. Possui características que têm um grau de aceitação, pública ou pelos empregadores, muito baixo, apesar da ausência de interferência com o desempenho (ex. meia idade, hemofilia).

3. As características actuais ou recentes, que não podem ser evitadas ou modificadas, podem tornar a pessoa inaceitável face à maioria dos potenciais empregadores (ex. história criminal recente, paralisia cerebral severa com limitações de comunicação ou deformidade facial severa).

19. APARÊNCIA PESSOAL (ver instruções)

0. Ausência de limitação significativa.

1. Algum aspecto da aparência ou higiene pessoal não é atraente para os outros, mas é tolerável com a familiaridade.

2. Tem problemas graves com a aparência ou higiene pessoal que são difíceis de aceitar pelos outros, mesmo com familiaridade.

3. Problemas muito severos com a aparência ou higiene pessoal poderão levar ao evitamento pelos outros.

20. COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS (ver instruções)

0. Ausência de limitação significativa.

1. Não tem competências profissionais específicas. Porém, possui competências gerais (isto é, educacionais ou interpessoais) que podem ser usadas numa série de empregos.

2. Tem algumas competências gerais. As competências profissionais específicas não são utilizáveis devido à deficiência ou a outros factores.

3. Não tem competências profissionais específicas e tem muito poucas competências gerais ou pessoais transferíveis para a situação laboral.

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL (Estudo Piloto)
(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)
Versão Portuguesa do Functional Assessment Inventory (Fernandes, C., 2008)

21. DESINCENTIVOS ECONÓMICOS

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. O potencial para o emprego é afectado, em alguma medida, por desincentivos económicos (ex. poderá acumular a sua reforma por invalidez com rendimento de trabalho, desde que seja num sector de actividade diferente do que se encontra reformado/a).
- 2. As opções de emprego são bastante limitadas por causa da potencial perda de benefícios (ex. poderá trabalhar em empregos com remuneração até determinado montante, a tempo parcial ou em prestação de serviços, para não perder a sua reforma por invalidez).
- 3. Com toda a probabilidade, não poderá aceitar um emprego ou escolherá não aceitá-lo por causa da resultante perda dos benefícios/pensões (ex. para não suspender o subsídio mensal vitalício ou perder outra pensão que receba).

22. ACESSO A OPORTUNIDADES DE EMPREGO

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. As oportunidades de emprego são, de algum modo, limitadas (ex. devido a problemas de transporte ou localização geográfica).
- 2. As oportunidades de emprego são, significativamente, limitadas. Existem muito poucos ambientes de trabalho, acessíveis ou apropriados, disponíveis.
- 3. Oportunidades extremamente limitadas. Pode estar limitado à sua casa ou residir numa área em que existem pouco empregos.

23. CONDIÇÕES ESPECIAIS DE TRABALHO

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. As opções de colocação estão limitadas, em certa medida, pelas exigências da deficiência (ex. pode necessitar de liberdade para se sentar, estar em pé ou deslocar-se sempre que necessário ou pode necessitar de evitar a exposição a equipamento perigoso).
- 2. Restrições ambientais múltiplas, relacionadas com a deficiência, limitam substancialmente as alternativas de colocação.
- 3. Capaz de funcionar apenas em ambientes altamente seleccionados. É essencial ter cuidados de colocação especiais.

24. HÁBITOS DE TRABALHO

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Revela défices de hábitos de trabalho (ex. pontualidade, capacidade de continuar a trabalhar com supervisão mínima, comportamento adequado em entrevista). Está disposto/a e é capaz de aprender estas competências rapidamente, se beneficiar de um breve aconselhamento.
- 2. Os défices de hábitos de trabalho podem implicar uma formação complementar para melhoria dos mesmos.
- 3. Revela severos défices de hábitos de trabalho e parece ter pouco potencial para melhorá-los.

25. SISTEMA DE SUPORTE SOCIAL (ver instruções)

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Pouco ou nenhum sistema de suporte disponível.
- 2. O sistema de suporte, por vezes, estimula valores e comportamentos contrários aos objectivos de inserção profissional.
- 3. O sistema de suporte está claramente a funcionar contra os objectivos de inserção profissional.

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL (Estudo Piloto)
(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)
Versão Portuguesa do Functional Assessment Inventory (Fernandes, C., 2008)

26. PERCEÇÃO CORRECTA DAS CAPACIDADES E LIMITAÇÕES

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Tem uma compreensão insuficiente do que são as suas capacidades profissionais em função da sua deficiência (ex. pode excluir muitas possibilidades profissionais ou negar o significado de algumas limitações).
- 2. Tem uma compreensão irrealista das suas capacidades profissionais (ex. pode excluir todas as possibilidades profissionais ou negar limitações importantes).
- 3. Recusa-se a aceitar ou distorce, significativamente, as suas limitações. Frequentemente, fornece informação falsa, enganadora ou extremamente inapropriada sobre a sua deficiência.

27. RELAÇÕES INTERPESSOAIS (ver instruções)

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. É um pouco desajeitado ou desagradável nas interacções sociais.
- 2. Faltam-lhe muitas das competências necessárias para uma interacção social eficaz.
- 3. O comportamento manifestamente agressivo, isolado, defensivo, bizarro ou inapropriado limita, frequentemente, as interacções pessoais.

28. BOM SENSO

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Por vezes, toma más decisões. Não pára para considerar as alternativas ou as consequências do seu comportamento.
- 2. Frequentemente, toma decisões precipitadas ou insensatas. Frequentemente manifesta comportamentos ou escolhas inadequadas.
- 3. Pode ser perigoso para si próprio ou para os outros, em resultado de comportamento insensato ou impulsivo.

29. CONGRUÊNCIA DO COMPORTAMENTO COM OS OBJECTIVOS DE INSERÇÃO PROFISSIONAL (ver instruções)

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Expressa vontade de trabalhar, mas nem sempre o seu comportamento é congruente com as suas afirmações (ex. mostra-se inicialmente interessado numa estratégia, mas depois resiste à sua dinamização; o seu comportamento varia de um dia para o outro ou de uma área para a outra).
- 2. Pode expressar vontade de trabalhar, mas, frequentemente, não age de acordo com tal.
- 3. O comportamento está, quase sempre, em contradição, com os objectivos de inserção profissional.

30. INICIATIVA E CAPACIDADE DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Capaz de identificar alternativas e trabalhar, de forma eficaz, na procura de soluções para os problemas, mas necessita de orientação e encorajamento frequentes para começar.
- 2. Frequentemente, necessita de ajuda na identificação de acções e soluções para o problema e necessita de ser repetidamente instigado/a para agir.
- 3. Parece incapaz de identificar as acções ou possíveis soluções para os problemas. Necessita de ser constantemente instigado/a para agir e raramente termina as acções sem ajuda.

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL (Estudo Piloto)
(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)
Versão Portuguesa do Functional Assessment Inventory (Fernandes, C., 2008)

As afirmações que se encontram em seguida, pretendem considerar os pontos fortes, em que um recurso, em particular, possa contribuir para diminuir as limitações do sujeito. Com efeito, servem como variáveis moderadoras; ou seja, em alguns casos podem aumentar a previsão de sucesso profissional. Solicita-se, ao avaliador que, para cada afirmação relativa a um ponto forte, assinale, com um círculo, o seu grau de concordância, numa escala de 1 (Discordo totalmente) a 5 (Concordo totalmente).

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
31. É inteligente.	1	2	3	4	5
32. Fala fluentemente.	1	2	3	4	5
33. Possui competências profissionais para as quais existe elevada procura.	1	2	3	4	5
34. A sua formação escolar e/ou académica qualifica-o/a para o emprego pretendido.	1	2	3	4	5
35. A família do sujeito é apoiante, em termos de inserção profissional.	1	2	3	4	5
36. Possui uma rede de apoio ampla e diversificada.	1	2	3	4	5
37. Conhece pessoas com uma vaga de emprego, disponível para si.	1	2	3	4	5
38. É responsável.	1	2	3	4	5
39. Manifesta capacidade para lidar com situações stressantes.	1	2	3	4	5
40. É autónomo/a na deslocação para o trabalho, utilizando transportes públicos ou veículo próprio.	1	2	3	4	5
41. É autónomo/a na utilização de serviços (ex. refeitório, casa de banho e outros).	1	2	3	4	5
42. Possui competências de procura de emprego (ex. saber elaborar um Curriculum Vitae, saber adequar o comportamento e a aparência a entrevistas de emprego).	1	2	3	4	5

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL (Estudos Psicométricos)
(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)
Versão Portuguesa do Functional Assessment Inventory (Fernandes, C., 2008)

Solicitamos-lhe, por favor, que leia atentamente as Instruções que se apresentam em seguida, antes de responder às questões do Inventário. Em caso de dúvida poderá sempre recorrer ao técnico disponível para tal.

INSTRUÇÕES GERAIS

A ênfase deste sistema de cotação reside na função ou desempenho. O principal objectivo, avaliar a capacidade individual para trabalhar ou desempenhar outra actividade produtiva, determinou o nível de especificidade dos itens. As afirmações escolhidas para descrever os vários níveis de incapacidade reflectem a ênfase, do Inventário, no desempenho profissional. Embora os autores tenham seleccionado os pontos descritivos que consideravam fundamentais, será inevitavelmente necessária uma análise reflexiva, por forma a fazer corresponder os indivíduos às categorias disponíveis. Num caso específico, se a cotação a atribuir não for inteiramente óbvia, com base no descritivo comportamental, os itens podem ser considerados como integrando a seguinte escala: (0) sem limitações; (1) incapacidade ligeira; (2) incapacidade moderada e (3) incapacidade severa. A cotação "ausência de limitação significativa" deve ser usada sempre que a característica ou qualidade, em avaliação, se encontre dentro da amplitude normal de variabilidade e tenha pouca probabilidade de afectar as opções ou potencial profissional do sujeito. A não ser que esteja especificado de outro modo, as cotações devem reflectir o nível corrente de funcionamento da pessoa, utilizando qualquer tipo de equipamento adaptado. Deve apenas ser registada uma opção por item.

Porque a empregabilidade não depende apenas das características individuais, o Inventário também inclui itens sociais e ambientais, na 2ª Parte do Inventário (ex. 18. Aceitação pelos empregadores; 21. Desincentivos económicos; 22. Acesso a oportunidades de emprego; 23. Condições especiais de trabalho; 25. Sistema de suporte social). Nestes itens constituem exemplos de nível zero (Ausência de limitação significativa) os seguintes: Item 18: se o sujeito não apresenta características habitualmente rejeitadas pelos empregadores; item 21: se o sujeito não vê condicionada a escolha do seu emprego por benefícios auferidos e devidos pela sua deficiência.

Em seguida, encontrará especificações mais detalhadas que o/a ajudarão a cotar alguns dos 30 itens iniciais relativos às capacidades individuais que compõem o Inventário. O Inventário é ainda composto por outros grupos de questões, relativas a características que podem constituir pontos fortes de empregabilidade (2ª Parte) e relativas a avaliações gerais sobre o sujeito/a (3ª Parte). Encontrará as respectivas instruções, mais à frente e imediatamente antes da apresentação dessas mesmas questões.

Item 1: Indivíduos que poderiam frequentar um curso universitário ou um curso de formação profissional, sem necessitarem de métodos de ensino ou adaptações especiais, serão cotados com 0. As pessoas cotadas com o nível 1 serão capazes de ter sucesso nesses programas, com introdução de adaptações, como o suporte tutorial ou redução da carga horária. Isto inclui as dificuldades de aprendizagem, bem como as pessoas com inteligência abaixo da média ou *borderline*. O nível 2 inclui as pessoas com deficiência intelectual ligeira e aquelas que necessitam de um programa de formação com uma componente prática, em vez de um que envolva, exclusivamente, o ensino académico. O nível 3 inclui pessoas que apresentam limitações de aprendizagem mais severas, incluindo a deficiência intelectual moderada ou níveis inferiores, ou outras pessoas com problemas severos de aprendizagem, independentemente do QI.

Item 3: O nível 1 refere-se a uma incapacidade de memória, suficientemente significativa para interferir, em alguma medida, no funcionamento diário, mas que não provoque problemas de concentração. Se o sujeito tem uma memória a curto prazo adequada, mas revela incapacidade na memória a longo prazo, o avaliador deve decidir se o problema parece ser profissionalmente insignificante (nível 0) ou se representa uma limitação ligeira (nível 1), moderada (nível 2) ou severa (nível 3).

Item 4: Esta escala refere-se à capacidade de integrar e compreender informação sensorial. Habitualmente, refere-se, principalmente, à utilização de dados visuais. Para um sujeito com incapacidade visual, a capacidade de utilizar outras informações sensoriais, para fins de orientação e discriminação também é relevante.

Item 5: A cotação deve reflectir o nível de funcionamento do sujeito quando utiliza qualquer tipo de correcção disponível, como óculos ou lentes de contacto. As cotações da incapacidade visual não se devem limitar às alterações no próprio olho: devem ser tomados em conta quaisquer problemas perceptivos ou do campo visual (ex. redução do campo de visão). O daltonismo, que limita as opções profissionais, deve ser cotado como 1.

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL (Estudos Psicométricos)
(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)
Versão Portuguesa do Functional Assessment Inventory (Fernandes, C., 2008)

Item 6: Este item refere-se à capacidade de ouvir o discurso oral e outros sons profissionalmente relevantes. A cotação deve reflectir o nível de funcionamento do sujeito, utilizando qualquer apoio disponível, como as ajudas técnicas para a audição.

Item 7: Este sobrepõe-se, em certa medida, ao do Funcionamento da Comunicação, mas os problemas numa área não implicam, necessariamente, problemas na outra. Por exemplo, uma pessoa com paralisia cerebral poderá ter grande dificuldade na produção de fala inteligível, mas compreende e comunica por escrito. Neste caso, deverá ser cotada 2 no item "Fala" e 0 no "Funcionamento da Comunicação" e no "Capacidade de Leitura e Escrita". Outras condições como a laringotomia ou a paralisia de parte da musculatura responsável pela fala, poderão afectar esta competência, quer em termos de alteração da qualidade da voz (ex. timbre, fonação, volume, ressonância) ou padrão de articulação.

Item 8: Um défice no funcionamento linguístico pode dever-se a uma deficiência como a afasia, ao contexto cultural do sujeito ou a uma dificuldade de aprendizagem. Um sujeito que tem alguma dificuldade em compreender a comunicação oral, devido a uma dificuldade de aprendizagem, será, normalmente, cotado com 1. Se o défice for mais grave, será mais adequado cotar 2.

Itens 10: As pessoas cotadas com 1 são capazes de desempenhar a maioria das actividades manuais, mas com menor competência e velocidade. As pessoas, no nível 2, têm limitações mais severas, quer no que concerne à força, quer ao movimento voluntário. Serão, no entanto, capazes de realizar os seus cuidados pessoais, ainda que com ajudas técnicas. Independentemente da deficiência, o nível 3 aplica-se a sujeitos cujas mãos não possam ser utilizadas no dia-a-dia, nem sequer nos cuidados pessoais.

Item 11: As pessoas cotadas com 1 são um pouco mais lentas do que a média, pelo que empregos que requeiram velocidade motora não serão adequados para elas. As que correspondem ao nível 2 são muito lentas, mas conseguem trabalhar com a rapidez suficiente para corresponder aos padrões exigidos pelo emprego protegido (capacidade média de trabalho não inferior a 1/3 da capacidade normal exigida a um trabalhador não deficiente no mesmo posto de trabalho). Uma classificação de 2 não significa que a pessoa só trabalhe em emprego protegido. A menção ao emprego protegido pretende ser apenas uma referência. Pessoas com qualquer tipo de lentificação motora podem ser capazes de aceder ao mercado competitivo, em tarefas que não requeiram velocidade motora, mas sim outras competências. As pessoas com lentificação motora generalizada e que se situam no nível 3, não satisfazem os padrões exigidos pelo emprego protegido. Se a paralisia ou fragilidade afectar a velocidade de alguns grupos musculares, mas não de outros, o avaliador deve analisar se a incapacidade parece significar, para essa pessoa, uma limitação insignificante (nível 0) ou se representa uma limitação ligeira (nível 1), moderada (nível 2) ou severa (nível 3). A tetraplegia será normalmente cotada com 2 ou 3.

Item 12: Apresentam-se as seguintes orientações para cotar este item:

Nível 1:

- c) pessoas com limitações na velocidade da marcha ou em percorrer grandes distâncias;
- d) pessoas com uma limitação visual, cognitiva ou outra, que afecta ligeiramente a sua mobilidade, mas que são capazes de se deslocar autonomamente na sua comunidade.

Nível 2:

- d) pessoas que não usam cadeira de rodas, mas que podem percorrer apenas distâncias muito curtas, em superfícies planas;
- e) pessoas que usam autonomamente a cadeira de rodas, num ambiente relativamente livre de barreiras (ex. fazem a transferência de e para a cadeira e movimentam-na sem ajuda);
- f) pessoas com uma deficiência visual, cognitiva ou outra que, por vezes, requerem apoio dos outros para se deslocarem na comunidade.

Nível 3:

- c) pessoas que usam cadeira de rodas, mas precisam de ajuda na transferência de e para a cadeira, mas que conseguem deslocar-se sem ajuda;
- d) pessoas que não conseguem deslocar-se na comunidade, a não ser que tenham ajuda dos outros.

Item 13: Este item reflecte a capacidade da pessoa para realizar trabalho físico, como levantar pesos, curvar-se, subir ou transportar. A condição cardíaca, a mobilidade e a força muscular são relevantes. As pessoas que podem ter um emprego que requer esforço físico serão cotadas no nível 0. O nível 1 inclui aquelas que teriam dificuldade com a maioria dos empregos que requerem esforço físico, mas que seriam fisicamente capazes para

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL (Estudos Psicométricos)
(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)
Versão Portuguesa do Functional Assessment Inventory (Fernandes, C., 2008)

a maioria dos empregos designados como "leves". No nível 2, as pessoas podem ocupar alguns empregos "leves", mas não todos (por exemplo, podem ser capazes de fazer os levantamentos exigidos por alguns trabalhos, mas não as deslocações ou o estar de pé exigido por outros). As opções profissionais do nível 3 limitam-se aos empregos designados como "sedentários".

Item 15: Este item refere-se ao tempo que o sujeito, actualmente, dedica a tratar de questões médicas, psicoterapêuticas, incluindo a psicoterapia, ou a tratar de problemas pessoais recorrentes, e que poderá diminuir o tempo disponível para o exercício de uma actividade profissional.

Item 16: Este item refere-se à estabilidade da condição incapacitante, ao longo do tempo. Pretende-se que reflecta tendências a longo termo e também a vulnerabilidade a flutuações importantes, características de algumas deficiências, como as resultantes de doenças degenerativas.

Item 18: A cotação pode reflectir qualquer uma das diversas características que podem influenciar a receptividade do empregador face ao sujeito. Algumas podem estar relacionadas com a deficiência (por exemplo, uma história de problemas motores pode tornar o sujeito difícil de colocar, mesmo em empregos que não impliquem esforço físico). Outras características podem ser de ordem demográfica ou social (ex. origem étnica, meia idade ou idade avançada). Embora a discriminação nestas áreas seja ilegal, o avaliador deve indicar a medida em que se pode esperar que estas, realisticamente, afectem as probabilidades de emprego do sujeito.

Item 19: A cotação deve reflectir a resposta que se pode esperar de um empregador "típico". Obviamente, a reacção pessoal do técnico pode ser diferente das dos empregadores que não estão habituados a estar com pessoas com deficiência; no entanto, deve ser feita uma estimativa da resposta que se antecipa por parte do empregador.

Item 21: Serão classificadas como tendo uma limitação nesta escala, as pessoas que terão perdas significativas de rendimento, de assistência médica ou outros benefícios caso trabalhem. Entende-se por desincentivos económicos os benefícios, devidos pela deficiência, que condicionam a escolha e acesso a um emprego. Excluem-se, desta análise os casos em que a pessoa se encontra, por exemplo, a receber subsídio de desemprego ou rendimento social de inserção. Será cotada com nível 1, a situação em que a pessoa tenha desincentivos económicos significativos, mas que ainda assim possa aceder a um leque diverso de empregos e manter os seus. Serão cotadas com nível 2 as situações em que a pessoa fica muito limitada na sua escolha de empregos, sendo apenas possíveis os que preenchem um conjunto de condições como o tipo de contrato, vencimento ou horário de trabalho. No nível 3 serão cotadas situações em que a pessoa não poderá, de todo, trabalhar ou escolherá não fazê-lo por causa da consequente perda de benefícios.

Item 25: O "sistema de suporte" refere-se, principalmente, à família e amigos próximos ou outras pessoas com quem o sujeito vive.

Item 27: O foco deste item é no tipo de competências interpessoais necessárias para obter um emprego e para, depois, manter relações satisfatórias com a chefia e os colegas. Outros tipos de relações interpessoais são relevantes apenas na medida em que afectarem a empregabilidade. No caso de indivíduos que tenham uma incapacidade ao nível da comunicação ou linguagem, essa limitação pode ser reflectida em termos da capacidade para interagir com o mundo do trabalho, ainda que não existam problemas de relação do sujeito com pessoas que lhe sejam próximas. Em sujeitos com pouca ou nenhuma história de trabalho, a cotação deverá basear-se no que pode ser observado durante a reabilitação ou avaliação.

Item 29: Devido à vontade, do autor, de descrever as limitações em termos funcionais, em vez de inferir condições subjacentes como a "motivação", as alternativas para este item, são, fundamentalmente, referências comportamentais.

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL (Estudos Psicométricos)
(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)
Versão Portuguesa do Functional Assessment Inventory (Fernandes, C., 2008)

_____/T/____

1ª Parte

Em seguida, solicitamos que assinale, para cada item, com um círculo, o número da opção que mais se adequa à análise do sujeito a que respeita o presente Inventário. Assinale apenas uma opção por item. Sempre que para um mesmo nível (de 0 a 3) encontrar duas afirmações, separadas por OU, assinale o nível de funcionamento que atribui ao desempenho do sujeito e, se possível, sublinhe qual das afirmações esteve na base da sua decisão. Verifique, por favor, no final, se respondeu a todos os itens.

Muito obrigada!

1. CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM (ver instruções)

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Consegue aprender competências complexas, mas não a um ritmo normal.
- 2. Consegue dominar ideias e operações relativamente complexas, mas com ajuda e tempo adicional.
- 3. É capaz de aprender apenas tarefas simples, se lhe for dado o tempo que necessita e a possibilidade de repetição.

2. LEITURA E ESCRITA EM PORTUGUÊS

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Tem alguma dificuldade em ler ou escrever em Português, por questões de educação escolar ou por possuir uma língua materna estrangeira.
- 2. Tem dificuldades consideráveis na leitura e escrita do Português.
- 3. É incapaz de ler ou escrever Português.

3. MEMÓRIA (ver instruções)

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Défices ocasionais de memória causam alguma dificuldade.
- 2. Os défices de memória interferem significativamente com novas aprendizagens; informações ou instruções devem ser repetidas frequentemente.
- 3. É confuso/a ou desorientado/a. Lembra-se de muito pouco, de um dia para o outro.

4. PERCEÇÃO ESPACIAL E DE FORMAS (ver instruções)

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. A dificuldade de percepção interfere com as tarefas que requerem uma discriminação fina.
- 2. Por vezes perde-se ou mostra outros sinais de limitação perceptiva, na vida diária.
- 3. Distorção perceptiva acentuada evidenciada pelo comportamento (ex. perder-se, mesmo em locais familiares, ou incapacidade para identificar objectos).

5. VISÃO (ver instruções)

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Tem dificuldade em realizar trabalhos que requeiram detalhes visuais finos.
- 2. A incapacidade é suficiente para interferir com actividades importantes como conduzir ou ler.
- 3. Perda total ou quase total de visão (utiliza bengala na mobilidade exterior).

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL (Estudos Psicométricos)
(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)
Versão Portuguesa do Functional Assessment Inventory (Fernandes, C., 2008)

6. AUDIÇÃO (ver instruções)

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Tem alguma dificuldade em ouvir conversas ou em utilizar o telefone.
- 2. Consegue manter uma conversa frente a frente, com a ajuda da leitura labial, mas é incapaz de utilizar o telefone. É incapaz de captar alguns sons ambientais importantes (ex. campainhas ou sons agudos).
- 3. Ouve muito mal ou é surdo.

7. FALA

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. A fala é facilmente inteligível, mas a qualidade da voz ou o padrão de articulação revelam alterações.
OU
A fala pode ser inteligível com um esforço adicional (ex. ter o cuidado de falar devagar).
- 2. A fala é de difícil compreensão. É necessário repetir frequentemente.
- 3. A fala não é utilizável enquanto meio de comunicação.

8. FUNCIONAMENTO DA COMUNICAÇÃO (ver instruções)

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. A capacidade de comunicar oralmente, em Português, pode estar ligeira a moderadamente limitada, mas a fala é o seu principal meio de comunicação.
- 2. Tem dificuldades consideráveis em comunicar, através da fala. Limita-se a produzir palavras soltas ou frases curtas, que podem ser complementados de modo não verbal, através de gestos, símbolos gráficos, escrita ou outro sistema.
- 3. A comunicação verbal, através da fala, é impossível, recorrendo a um sistema alternativo para comunicar.

9. FUNCIONAMENTO DAS EXTREMIDADES SUPERIORES (Ombros e Braços)

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Perda, parcial ou total, do funcionamento da extremidade não dominante e a dominante está intacta.
- 2. Perda da função, pelo menos em alguma medida, em ambas as extremidades superiores.
OU
Perda, parcial ou total, do funcionamento da extremidade dominante, mas a não dominante está intacta.
- 3. Ausência de funcionamento útil em ambas as extremidades superiores.

10. FUNCIONAMENTO DAS MÃOS (ver instruções)

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. É incapaz de realizar a maioria das tarefas que exijam destreza fina, velocidade ou coordenação.
- 2. Gravemente incapacitado/a, mas, com ou sem, o uso de ajudas ou próteses consegue escrever e desempenhar actividades de vida diária, como alimentar-se.
- 3. Pouca ou nenhuma capacidade funcional das mãos.

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL (Estudos Psicométricos)
(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)
Versão Portuguesa do Functional Assessment Inventory (Fernandes, C., 2008)

11. VELOCIDADE MOTORA (ver instruções)

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Move-se mais lentamente do que a maioria.
- 2. Move-se muito lentamente.
- 3. Extrema lentificação motora.

12. DEAMBULAÇÃO OU MOBILIDADE (ver instruções)

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Ligeira incapacidade, mas não requer ajuda de outras pessoas para se deslocar na comunidade.
- 2. Incapacidade moderada. Por vezes, requer ajuda de outras pessoas para se deslocar na comunidade.
- 3. Incapacidade severa. Habitualmente, requer ajuda de outras pessoas para se deslocar na comunidade.

13. CAPACIDADE DE ESFORÇO FÍSICO (ver instruções)

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Pode ter algumas dificuldades em ocupações que requerem um esforço físico substancial (por exemplo, ocupações que requerem o levantamento frequente de pesos de 11 Kg ou andar muito ou dobrar-se). Porém, a actividade física em quantidade moderada é aceitável.
- 2. As ocupações que requerem uma actividade física moderadamente vigorosa estão excluídas. Encontra-se limitado/a a trabalhos leves.
- 3. Limitado/a a trabalhos sedentários.

14. RESISTÊNCIA LABORAL

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Consegue trabalhar o dia inteiro, desde que sejam garantidos períodos especiais de descanso.
- 2. Consegue apenas trabalhar a tempo parcial (16 a 32 horas por semana).
- 3. Incapaz de trabalhar por mais do que uma ou duas horas por dia (15 horas ou menos por semana).

15. TEMPO PARA QUESTÕES MÉDICAS/PESSOAIS (ver instruções)

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Precisa de um dia ou dois por mês, para tratar de questões médicas, terapêuticas (incluindo psicoterapia) ou de problemas pessoais recorrentes.
- 2. Precisa, em média, de um dia por semana, para tratar de questões médicas, terapêuticas (incluindo psicoterapia) ou de problemas pessoais recorrentes.
- 3. Precisa, frequentemente ou por períodos longos, de tratar de questões médicas, terapêuticas (incluindo psicoterapia) ou de problemas pessoais recorrentes.

16. ESTABILIDADE DA CONDIÇÃO (ver instruções)

- 0. Ausência de limitação significativa.
 - 1. Encontra-se estável se for controlado/a por dieta, tratamento ou exercício.
 - 2. É provável que a sua condição se agrave lenta e progressivamente;
- OU**
- A sua evolução é imprevisível e pode resultar na perda futura de funcionamento.
- 3. A condição poderá piorar significativamente num futuro próximo.

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL (Estudos Psicométricos)
(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)
Versão Portuguesa do Functional Assessment Inventory (Fernandes, C., 2008)

17. HISTÓRICO DE TRABALHO

0. Ausência de limitação significativa.

1. Tem pouca ou nenhuma experiência de trabalho, devido à sua juventude ou a outras razões aceitáveis pela maioria dos empregadores (ex. trabalhadores com processo de reconversão profissional recente).

OU

Tem um bom histórico de trabalho anterior à deficiência, mas, presentemente, está afastado do trabalho há mais de um ano.

2. O histórico de trabalho inclui aspectos negativos, como faltas ou atrasos frequentes ou mudanças de trabalho frequentes, com períodos de desemprego.

3. O histórico de trabalho é fraco, possivelmente incluindo longos períodos de desemprego ou despedimentos frequentes por mau desempenho.

18. ACEITAÇÃO POR PARTE DOS EMPREGADORES (ver instruções)

0. Ausência de limitação significativa.

1. Algumas características físicas, demográficas ou relativas à sua história clínica podem interferir com a aceitação de alguns empregadores (ex. ter uma incapacidade visível ou usar uma prótese ou a origem étnica).

2. Possui características que têm um grau de aceitação, pública ou pelos empregadores, muito baixo, apesar da ausência de interferência com o desempenho (ex. meia idade, hemofilia).

3. As características actuais ou recentes, que não podem ser evitadas ou modificadas, podem tornar a pessoa inaceitável face à maioria dos potenciais empregadores (ex. história criminal recente, paralisia cerebral severa com limitações de comunicação ou deformidade facial severa).

19. APARÊNCIA PESSOAL (ver instruções)

0. Ausência de limitação significativa.

1. Algum aspecto da aparência ou higiene pessoal não é atraente para os outros, mas é tolerável com a familiaridade.

2. Tem problemas graves com a aparência ou higiene pessoal que são difíceis de aceitar pelos outros, mesmo com familiaridade.

3. Problemas muito severos com a aparência ou higiene pessoal poderão levar ao evitamento pelos outros.

20. COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS (ver instruções)

0. Ausência de limitação significativa.

1. Não tem competências profissionais específicas. Porém, possui competências gerais (isto é, educacionais ou interpessoais) que podem ser usadas numa série de empregos.

2. Tem algumas competências gerais. As competências profissionais específicas não são utilizáveis devido à deficiência ou a outros factores.

3. Não tem competências profissionais específicas e tem muito poucas competências gerais ou pessoais transferíveis para a situação laboral.

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL (Estudos Psicométricos)
(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)
Versão Portuguesa do Functional Assessment Inventory (Fernandes, C., 2008)

21. DESINCENTIVOS ECONÓMICOS (ver instruções)

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. O potencial para o emprego é afectado, em alguma medida, por desincentivos económicos (ex. está limitado/a em termos do sector de actividade em que poderá trabalhar).
- 2. As opções de emprego são bastante limitadas por causa da potencial perda de benefícios (ex. está limitado/a em termos do período de tempo em que poderá trabalhar e/ou vencimento que poderá auferir).
- 3. Com toda a probabilidade, não poderá aceitar um emprego ou escolherá não aceitá-lo por causa da resultante perda dos benefícios.

22. ACESSO A OPORTUNIDADES DE EMPREGO

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. As oportunidades de emprego são, de algum modo, limitadas (ex. devido a problemas de transporte ou localização geográfica).
- 2. As oportunidades de emprego são, significativamente, limitadas. Existem muito poucos ambientes de trabalho, acessíveis ou apropriados, disponíveis.
- 3. Oportunidades extremamente limitadas. Pode estar limitado à sua casa ou residir numa área em que existem pouco empregos.

23. CONDIÇÕES ESPECIAIS DE TRABALHO

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. As opções de colocação estão limitadas, em certa medida, pelas exigências da deficiência (ex. pode necessitar de liberdade para se sentar, estar em pé ou deslocar-se sempre que necessário ou pode necessitar de evitar a exposição a equipamento perigoso).
- 2. Restrições ambientais múltiplas, relacionadas com a deficiência, limitam substancialmente as alternativas de colocação.
- 3. Capaz de funcionar apenas em ambientes altamente seleccionados. É essencial ter cuidados de colocação especiais.

24. HÁBITOS DE TRABALHO

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Revela défices de hábitos de trabalho (ex. pontualidade, capacidade de continuar a trabalhar com supervisão mínima, comportamento adequado em entrevista). Está disposto/a e é capaz de aprender estas competências rapidamente, se beneficiar de um breve aconselhamento.
- 2. Os défices de hábitos de trabalho podem implicar uma formação complementar para melhoria dos mesmos.
- 3. Revela severos défices de hábitos de trabalho e parece ter pouco potencial para melhorá-los.

25. SISTEMA DE SUPORTE SOCIAL (ver instruções)

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Pouco ou nenhum sistema de suporte disponível.
- 2. O sistema de suporte, por vezes, estimula valores e comportamentos contrários aos objectivos de inserção profissional.
- 3. O sistema de suporte está claramente a funcionar contra os objectivos de inserção profissional.

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL (Estudos Psicométricos)
(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)
Versão Portuguesa do Functional Assessment Inventory (Fernandes, C., 2008)

26. PERCEÇÃO CORRECTA DAS CAPACIDADES E LIMITAÇÕES

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Tem uma compreensão insuficiente do que são as suas capacidades profissionais em função da sua deficiência (ex. pode excluir muitas possibilidades profissionais ou negar o significado de algumas limitações).
- 2. Tem uma compreensão irrealista das suas capacidades profissionais (ex. pode excluir todas as possibilidades profissionais ou negar limitações importantes).
- 3. Recusa-se a aceitar ou distorce, significativamente, as suas limitações. Frequentemente, fornece informação falsa, enganadora ou extremamente inapropriada sobre a sua deficiência.

27. RELAÇÕES INTERPESSOAIS (ver instruções)

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. É um pouco desajeitado ou desagradável nas interacções sociais.
- 2. Faltam-lhe muitas das competências necessárias para uma interacção social eficaz.
- 3. O comportamento manifestamente agressivo, isolado, defensivo, bizarro ou inapropriado limita, frequentemente, as interacções pessoais.

28. BOM SENSO

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Por vezes, toma más decisões. Não pára para considerar as alternativas ou as consequências do seu comportamento.
- 2. Frequentemente, toma decisões precipitadas ou insensatas. Frequentemente manifesta comportamentos ou escolhas inadequadas.
- 3. Pode ser perigoso para si próprio ou para os outros, em resultado de comportamento insensato ou impulsivo.

29. CONGRUÊNCIA DO COMPORTAMENTO COM OS OBJECTIVOS DE INSERÇÃO PROFISSIONAL (ver instruções)

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Expressa vontade de trabalhar, mas nem sempre o seu comportamento é congruente com as suas afirmações (ex. mostra-se inicialmente interessado numa estratégia, mas depois resiste à sua dinamização; o seu comportamento varia de um dia para o outro ou de uma área para a outra).
- 2. Pode expressar vontade de trabalhar, mas, frequentemente, não age de acordo com tal.
- 3. O comportamento está, quase sempre, em contradição, com os objectivos de inserção profissional.

30. INICIATIVA E CAPACIDADE DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Capaz de identificar alternativas e trabalhar, de forma eficaz, na procura de soluções para os problemas, mas necessita de orientação e encorajamento frequentes para começar.
- 2. Frequentemente, necessita de ajuda na identificação de acções e soluções para o problema e necessita de ser repetidamente instigado/a para agir.
- 3. Parece incapaz de identificar as acções ou possíveis soluções para os problemas. Necessita de ser constantemente instigado/a para agir e raramente termina as acções sem ajuda.

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL (Estudos Psicométricos)
(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)
Versão Portuguesa do Functional Assessment Inventory (Fernandes, C., 2008)

2ª Parte

As afirmações que se encontram em seguida, pretendem considerar os pontos fortes, em que um recurso, em particular, possa contribuir para diminuir as limitações do sujeito. Com efeito, servem como variáveis moderadoras; ou seja, em alguns casos podem aumentar a previsão de sucesso profissional. Solicita-se, ao avaliador que, para cada afirmação relativa a um ponto forte, assinale, com um círculo, o seu grau de concordância, numa escala de 1 (Discordo totalmente) a 5 (Concordo totalmente).

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
43. É inteligente.	1	2	3	4	5
44. Fala fluentemente.	1	2	3	4	5
45. Possui competências profissionais para as quais existe elevada procura.	1	2	3	4	5
46. A sua formação escolar e/ou académica qualifica-o/a para o emprego pretendido.	1	2	3	4	5
47. A família do sujeito é apoiante, em termos de inserção profissional.	1	2	3	4	5
48. Possui uma rede de apoio ampla e diversificada.	1	2	3	4	5
49. Conhece pessoas com uma vaga de emprego, disponível para si.	1	2	3	4	5
50. É responsável.	1	2	3	4	5
51. Manifesta capacidade para lidar com situações stressantes.	1	2	3	4	5
52. É autónomo/a na deslocação para o trabalho, utilizando transportes públicos ou veículo próprio.	1	2	3	4	5
53. É autónomo/a na utilização de serviços (ex. refeitório, casa de banho e outros).	1	2	3	4	5
54. Possui competências de procura de emprego (ex. saber elaborar um Curriculum Vitae, saber adequar o comportamento e a aparência a entrevistas de emprego).	1	2	3	4	5

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL (Estudos Psicométricos)
(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)
Versão Portuguesa do Functional Assessment Inventory (Fernandes, C., 2008)

3ª Parte

Em seguida, para as questões nº 43 a 45, pedimos-lhe que faça algumas classificações gerais sobre a pessoa em causa. Para cada uma delas, assinale, igualmente com um círculo, a opção que melhor se aplica.

43. Na globalidade, quão grave considera ser a deficiência?

1	2	3	4	5	6	7
Muito Ligeira						Muito Severa

44. Quais é que pensa serem as hipóteses de obtenção de um emprego?

1	2	3	4
Fracas (0-25%)	Razoáveis (26-50%)	Boas (51-75%)	Excelentes (76-100%)

45. Quais é que pensa serem as hipóteses de manutenção de um emprego?

1	2	3	4
Fracas (0-25%)	Razoáveis (26-50%)	Boas (51-75%)	Excelentes (76-100%)

Obrigada pela sua cooperação!

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL (Estudo das Variáveis Predictoras) (Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)

Versão Portuguesa do Functional Assessment Inventory (Fernandes, C., 2008)

Solicitamos-lhe, por favor, que leia atentamente as Instruções que se apresentam em seguida, antes de responder às questões do Inventário. Em caso de dúvida poderá sempre recorrer ao técnico disponível para tal.

INSTRUÇÕES GERAIS

A ênfase deste sistema de cotação reside na função ou desempenho. O principal objectivo, avaliar a capacidade individual para trabalhar ou desempenhar outra actividade produtiva, determinou o nível de especificidade dos itens. As afirmações escolhidas para descrever os vários níveis de incapacidade reflectem a ênfase, do Inventário, no desempenho profissional. Embora os autores tenham seleccionado os pontos descritivos que consideravam fundamentais, será inevitavelmente necessária uma análise reflexiva, por forma a fazer corresponder os indivíduos às categorias disponíveis. Num caso específico, se a cotação a atribuir não for inteiramente óbvia, com base no descritivo comportamental, os itens podem ser considerados como integrando a seguinte escala: (0) sem limitações; (1) incapacidade ligeira; (2) incapacidade moderada e (3) incapacidade severa. A cotação "ausência de limitação significativa" deve ser usada sempre que a característica ou qualidade, em avaliação, se encontre dentro da amplitude normal de variabilidade e tenha pouca probabilidade de afectar as opções ou potencial profissional do sujeito. A não ser que esteja especificado de outro modo, as cotações devem reflectir o nível corrente de funcionamento da pessoa, utilizando qualquer tipo de equipamento adaptado. Deve apenas ser registada uma opção por item.

Porque a empregabilidade não depende apenas das características individuais, o Inventário também inclui itens sociais e ambientais, na 2ª Parte do Inventário (ex. 18. Aceitação pelos empregadores; 21. Desincentivos económicos; 22. Acesso a oportunidades de emprego; 23. Condições especiais de trabalho; 25. Sistema de suporte social). Nestes itens constituem exemplos de nível zero (Ausência de limitação significativa) os seguintes: Item 18: se o sujeito não apresenta características habitualmente rejeitadas pelos empregadores; item 21: se o sujeito não vê condicionada a escolha do seu emprego por benefícios auferidos e devidos pela sua deficiência.

Em seguida, encontrará especificações mais detalhadas que o/a ajudarão a cotar alguns dos 30 itens iniciais relativos às capacidades individuais que compõem o Inventário. O Inventário é ainda composto por outros grupos de questões, relativas a características que podem constituir pontos fortes de empregabilidade (2ª Parte) e relativas a avaliações gerais sobre o sujeito/a (3ª Parte). Encontrará as respectivas instruções, mais à frente e imediatamente antes da apresentação dessas mesmas questões.

Item 1: Indivíduos que poderiam frequentar um curso universitário ou um curso de formação profissional, sem necessitarem de métodos de ensino ou adaptações especiais, serão cotados com 0. As pessoas cotadas com o nível 1 serão capazes de ter sucesso nesses programas, com introdução de adaptações, como o suporte tutorial ou redução da carga horária. Isto inclui as dificuldades de aprendizagem, bem como as pessoas com inteligência abaixo da média ou *borderline*. O nível 2 inclui as pessoas com deficiência intelectual ligeira e aquelas que necessitam de um programa de formação com uma componente prática, em vez de um que envolva, exclusivamente, o ensino académico. O nível 3 inclui pessoas que apresentam limitações de aprendizagem mais severas, incluindo a deficiência intelectual moderada ou níveis inferiores, ou outras pessoas com problemas severos de aprendizagem, independentemente do QI.

Item 3: O nível 1 refere-se a uma incapacidade de memória, suficientemente significativa para interferir, em alguma medida, no funcionamento diário, mas que não provoque problemas de concentração. Se o sujeito tem uma memória a curto prazo adequada, mas revela incapacidade na memória a longo prazo, o avaliador deve decidir se o problema parece ser profissionalmente insignificante (nível 0) ou se representa uma limitação ligeira (nível 1), moderada (nível 2) ou severa (nível 3).

Item 4: Esta escala refere-se à capacidade de integrar e compreender informação sensorial. Habitualmente, refere-se, principalmente, à utilização de dados visuais. Para um sujeito com incapacidade visual, a capacidade de utilizar outras informações sensoriais, para fins de orientação e discriminação também é relevante.

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL (Estudo das Variáveis Predictoras)

(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)

Versão Portuguesa do Functional Assessment Inventory (Fernandes, C., 2008)

Item 5: A cotação deve reflectir o nível de funcionamento do sujeito quando utiliza qualquer tipo de correcção disponível, como óculos ou lentes de contacto. As cotações da incapacidade visual não se devem limitar às alterações no próprio olho: devem ser tomados em conta quaisquer problemas perceptivos ou do campo visual (ex. redução do campo de visão). O daltonismo, que limita as opções profissionais, deve ser cotado como 1.

Item 6: Este item refere-se à capacidade de ouvir o discurso oral e outros sons profissionalmente relevantes. A cotação deve reflectir o nível de funcionamento do sujeito, utilizando qualquer apoio disponível, como as ajudas técnicas para a audição.

Item 7: Este sobrepõe-se, em certa medida, ao do Funcionamento da Comunicação, mas os problemas numa área não implicam, necessariamente, problemas na outra. Por exemplo, uma pessoa com paralisia cerebral poderá ter grande dificuldade na produção de fala inteligível, mas compreende e comunica por escrito. Neste caso, deverá ser cotada 2 no item "Fala" e 0 no "Funcionamento da Comunicação" e no "Capacidade de Leitura e Escrita". Outras condições como a laringotomia ou a paralisia de parte da musculatura responsável pela fala, poderão afectar esta competência, quer em termos de alteração da qualidade da voz (ex. timbre, fonação, volume, ressonância) ou padrão de articulação.

Item 8: Um défice na comunicação pode dever-se a uma deficiência como a afasia, ao contexto cultural do sujeito ou a uma dificuldade de aprendizagem. Um sujeito que tem alguma dificuldade em compreender a comunicação oral, devido a uma dificuldade de aprendizagem, será, normalmente, cotado com 1. Se o défice for mais grave, será mais adequado cotar 2.

Itens 10: As pessoas cotadas com 1 são capazes de desempenhar a maioria das actividades manuais, mas com menor competência e velocidade. As pessoas, no nível 2, têm limitações mais severas, quer no que concerne à força, quer ao movimento voluntário. Serão, no entanto, capazes de realizar os seus cuidados pessoais, ainda que com ajudas técnicas. Independentemente da deficiência, o nível 3 aplica-se a sujeitos cujas mãos não possam ser utilizadas no dia-a-dia, nem sequer nos cuidados pessoais.

Item 11: As pessoas cotadas com 1 são um pouco mais lentas do que a média, pelo que empregos que requeiram velocidade motora não serão adequados para elas. As que correspondem ao nível 2 são muito lentas, mas conseguem trabalhar com a rapidez suficiente para corresponder aos padrões exigidos pelo emprego protegido (capacidade média de trabalho não inferior a 1/3 da capacidade normal exigida a um trabalhador não deficiente no mesmo posto de trabalho). Uma classificação de 2 não significa que a pessoa só trabalhe em emprego protegido. A menção ao emprego protegido pretende ser apenas uma referência. Pessoas com qualquer tipo de lentificação motora podem ser capazes de aceder ao mercado competitivo, em tarefas que não requeiram velocidade motora, mas sim outras competências. As pessoas com lentificação motora generalizada e que se situam no nível 3, não satisfazem os padrões exigidos pelo emprego protegido. Se a paralisia ou fragilidade afectar a velocidade de alguns grupos musculares, mas não de outros, o avaliador deve analisar se a incapacidade parece significar, para essa pessoa, uma limitação insignificante (nível 0) ou se representa uma limitação ligeira (nível 1), moderada (nível 2) ou severa (nível 3). A tetraplegia será normalmente cotada com 2 ou 3.

Item 12: Apresentam-se as seguintes orientações para cotar este item:

Nível 1:

- a) pessoas com limitações na velocidade da marcha ou em percorrer grandes distâncias;
- b) pessoas com uma limitação visual, cognitiva ou outra, que afecta ligeiramente a sua mobilidade, mas que são capazes de se deslocar autonomamente na sua comunidade.

Nível 2:

- a) pessoas que não usam cadeira de rodas, mas que podem percorrer apenas distâncias muito curtas, em superfícies planas;
- b) pessoas que usam autonomamente a cadeira de rodas, num ambiente relativamente livre de barreiras (ex. fazem a transferência de e para a cadeira e movimentam-na sem ajuda);
- c) pessoas com uma deficiência visual, cognitiva ou outra que, por vezes, requerem apoio dos outros para se deslocarem na comunidade.

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL (Estudo das Variáveis Predictoras) (Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)

Versão Portuguesa do Functional Assessment Inventory (Fernandes, C., 2008)

Nível 3:

- a) pessoas que usam cadeira de rodas, mas precisam de ajuda na transferência de e para a cadeira, mas que conseguem deslocar-se sem ajuda;
- b) pessoas que não conseguem deslocar-se na comunidade, a não ser que tenham ajuda dos outros.

Item 13: Este item reflecte a capacidade da pessoa para realizar trabalho físico, como levantar pesos, curvar-se, subir ou transportar. A condição cardíaca, a mobilidade e a força muscular são relevantes. As pessoas que podem ter um emprego que requer esforço físico serão cotadas no nível 0. O nível 1 inclui aquelas que teriam dificuldade com a maioria dos empregos que requerem esforço físico, mas que seriam fisicamente capazes para a maioria dos empregos designados como "leves". No nível 2, as pessoas podem ocupar alguns empregos "leves", mas não todos (por exemplo, podem ser capazes de fazer os levantamentos exigidos por alguns trabalhos, mas não as deslocações ou o estar de pé exigido por outros). As opções profissionais do nível 3 limitam-se aos empregos designados como "sedentários".

Item 15: Este item refere-se ao tempo que o sujeito, actualmente, dedica a tratar de questões médicas, psicoterapêuticas, incluindo a psicoterapia, ou a tratar de problemas pessoais recorrentes, e que poderá diminuir o tempo disponível para o exercício de uma actividade profissional.

Item 16: Este item refere-se à estabilidade da condição incapacitante, ao longo do tempo. Pretende-se que reflecta tendências a longo termo e também a vulnerabilidade a flutuações importantes, características de algumas deficiências, como as resultantes de doenças degenerativas.

Item 18: A cotação pode reflectir qualquer uma das diversas características que podem influenciar a receptividade do empregador face ao sujeito. Algumas podem estar relacionadas com a deficiência (por exemplo, uma história de problemas motores pode tornar o sujeito difícil de colocar, mesmo em empregos que não impliquem esforço físico). Outras características podem ser de ordem demográfica ou social (ex. origem étnica, meia idade ou idade avançada). Embora a discriminação nestas áreas seja ilegal, o avaliador deve indicar a medida em que se pode esperar que estas, realisticamente, afectem as probabilidades de emprego do sujeito.

Item 19: A cotação deve reflectir a resposta que se pode esperar de um empregador "típico". Obviamente, a reacção pessoal do técnico pode ser diferente das dos empregadores que não estão habituados a estar com pessoas com deficiência; no entanto, deve ser feita uma estimativa da resposta que se antecipa por parte do empregador.

Item 21: Serão classificadas como tendo uma limitação nesta escala, as pessoas que terão perdas significativas de rendimento, de assistência médica ou outros benefícios caso trabalhem. Entende-se por desincentivos económicos os benefícios, devidos pela deficiência, que condicionam a escolha e acesso a um emprego. Excluem-se, desta análise os casos em que a pessoa se encontra, por exemplo, a receber subsídio de desemprego ou rendimento social de inserção. Será cotada com nível 1, a situação em que a pessoa tenha desincentivos económicos significativos, mas que ainda assim possa aceder a um leque diverso de empregos e manter os seus. Serão cotadas com nível 2 as situações em que a pessoa fica muito limitada na sua escolha de empregos, sendo apenas possíveis os que preenchem um conjunto de condições como o tipo de contrato, vencimento ou horário de trabalho. No nível 3 serão cotadas situações em que a pessoa não poderá, de todo, trabalhar ou escolherá não fazê-lo por causa da consequente perda de benefícios.

Item 25: O "sistema de suporte" refere-se, principalmente, à família e amigos próximos ou outras pessoas com quem o sujeito vive.

Item 27: O foco deste item é no tipo de competências interpessoais necessárias para obter um emprego e para, depois, manter relações satisfatórias com a chefia e os colegas. Outros tipos de relações interpessoais são relevantes apenas na medida em que afectarem a empregabilidade. No caso de indivíduos que tenham uma incapacidade ao nível da comunicação ou linguagem, essa limitação pode ser reflectida em termos da capacidade para interagir com o mundo do trabalho, ainda que não existam problemas de relação do sujeito com pessoas que lhe sejam próximas. Em sujeitos com pouca ou nenhuma história de trabalho, a cotação deverá basear-se no que pode ser observado durante a reabilitação ou avaliação.

Item 29: Devido à vontade, do autor, de descrever as limitações em termos funcionais, em vez de inferir condições subjacentes como a "motivação", as alternativas para este item, são, fundamentalmente, referências comportamentais.

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL
(Estudo das variáveis preditoras)
(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)
Versão Portuguesa do Functional Assessment Inventory (Fernandes, C., 2008)

_____/T/____

1ª Parte

Em seguida, solicitamos que assinale, para cada item, com um círculo, o número da opção que mais se adequa à análise do sujeito a que respeita o presente Inventário. Assinale apenas uma opção por item. Sempre que para um mesmo nível (de 0 a 3) encontrar duas afirmações, separadas por OU, assinale o nível de funcionamento que atribui ao desempenho do sujeito e, se possível, sublinhe qual das afirmações esteve na base da sua decisão. Verifique, por favor, no final, se respondeu a todos os itens.

Muito obrigada!

1. CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM (ver instruções)

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Consegue aprender competências complexas, mas não a um ritmo normal.
- 2. Consegue dominar ideias e operações relativamente complexas, mas com ajuda e tempo adicional.
- 3. É capaz de aprender apenas tarefas simples, se lhe for dado o tempo que necessita e a possibilidade de repetição.

2. LEITURA E ESCRITA EM PORTUGUÊS

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Tem alguma dificuldade em ler ou escrever em Português, por questões de educação escolar ou por possuir uma língua materna estrangeira.
- 2. Tem dificuldades consideráveis na leitura e escrita do Português.
- 3. É incapaz de ler ou escrever Português.

3. MEMÓRIA (ver instruções)

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Défices ocasionais de memória causam alguma dificuldade.
- 2. Os défices de memória interferem significativamente com novas aprendizagens; informações ou instruções devem ser repetidas frequentemente.
- 3. É confuso/a ou desorientado/a. Lembra-se de muito pouco, de um dia para o outro.

4. PERCEÇÃO ESPACIAL E DE FORMAS (ver instruções)

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. A dificuldade de percepção interfere com as tarefas que requerem uma discriminação fina.
- 2. Por vezes perde-se ou mostra outros sinais de limitação perceptiva, na vida diária.
- 3. Distorção perceptiva acentuada evidenciada pelo comportamento (ex. perder-se, mesmo em locais familiares, ou incapacidade para identificar objectos).

5. VISÃO (ver instruções)

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Tem dificuldade em ler letra pequena ou realizar trabalhos que requeiram detalhes visuais finos.
- 2. A incapacidade é suficiente para interferir com actividades importantes como conduzir ou ler.
- 3. Perda total ou quase total de visão (ex. utiliza bengala na mobilidade exterior).

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL
(Estudo das variáveis preditoras)
(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)
Versão Portuguesa do Functional Assessment Inventory (Fernandes, C., 2008)

6. AUDIÇÃO (ver instruções)

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Tem dificuldade em ouvir sons baixos.
- 2. Tem dificuldade em ouvir conversas ou em utilizar o telefone.
- 3. Ouve muito mal ou é surdo.

7. FALA

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. A fala é facilmente inteligível, mas a qualidade da voz ou o padrão de articulação revelam alterações.

OU

A fala pode ser inteligível com um esforço adicional (ex. ter o cuidado de falar devagar).

- 2. A fala é de difícil compreensão. É necessário repetir frequentemente.
- 3. A fala não é utilizável enquanto meio de comunicação.

8. FUNCIONAMENTO DA COMUNICAÇÃO (ver instruções)

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. A capacidade de comunicar oralmente, em Português, pode estar ligeira a moderadamente limitada, mas a fala é o seu principal meio de comunicação.
- 2. Tem dificuldades consideráveis em comunicar, através da fala. Limita-se a produzir palavras soltas ou frases curtas, que podem ser complementadas de modo não verbal, através de gestos, símbolos gráficos, escrita ou outro sistema.
- 3. A comunicação verbal, através da fala, é impossível, e recorre a um sistema alternativo para comunicar.

9. FUNCIONAMENTO DAS EXTREMIDADES SUPERIORES (Ombros e Braços)

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Perda, parcial ou total, do funcionamento da extremidade não dominante e a dominante está intacta.
- 2. Perda da função, pelo menos em alguma medida, em ambas as extremidades superiores.

OU

Perda, parcial ou total, do funcionamento da extremidade dominante, mas a não dominante está intacta.

- 3. Ausência de funcionamento útil em ambas as extremidades superiores.

10. FUNCIONAMENTO DAS MÃOS ou COTOS (ver instruções)

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. É incapaz de realizar a maioria das tarefas que exijam destreza fina, velocidade ou coordenação.
- 2. Gravemente incapacitado/a, mas, com ou sem, o uso de ajudas ou próteses consegue escrever e desempenhar actividades de vida diária, como alimentar-se.
- 3. Pouca ou nenhuma capacidade funcional das mãos ou cotos.

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL
(Estudo das variáveis preditoras)
(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)

Versão Portuguesa do Functional Assessment Inventory (Fernandes, C., 2008)

11. VELOCIDADE MOTORA (ver instruções)

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Move-se mais lentamente do que a maioria.
- 2. Move-se muito lentamente.
- 3. Extrema lentificação motora.

12. DEAMBULAÇÃO OU MOBILIDADE (ver instruções)

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Ligeira incapacidade, mas não requer ajuda de outras pessoas para se deslocar na comunidade.
- 2. Incapacidade moderada. Por vezes, requer ajuda de outras pessoas para se deslocar na comunidade.
- 3. Incapacidade severa. Habitualmente, requer ajuda de outras pessoas para se deslocar na comunidade.

13. CAPACIDADE DE ESFORÇO FÍSICO (ver instruções)

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Pode ter algumas dificuldades em ocupações que requerem um esforço físico substancial (por exemplo, ocupações que requerem o levantamento frequente de pesos de 11 Kg ou andar muito ou dobrar-se). Porém, a actividade física em quantidade moderada é aceitável.
- 2. As ocupações que requerem uma actividade física moderadamente vigorosa estão excluídas. Encontra-se limitado/a a trabalhos leves.
- 3. Limitado/a a trabalhos sedentários.

14. RESISTÊNCIA LABORAL

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Consegue trabalhar o dia inteiro, desde que sejam garantidos períodos especiais de descanso.
- 2. Consegue apenas trabalhar a tempo parcial (16 a 32 horas por semana).
- 3. Incapaz de trabalhar por mais do que uma ou duas horas por dia (15 horas ou menos por semana).

15. TEMPO PARA QUESTÕES MÉDICAS/PESSOAIS (ver instruções)

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Precisa de um dia ou dois por mês, para tratar de questões médicas, terapêuticas (incluindo psicoterapia) ou de problemas pessoais recorrentes.
- 2. Precisa, em média, de um dia por semana, para tratar de questões médicas, terapêuticas (incluindo psicoterapia) ou de problemas pessoais recorrentes.
- 3. Precisa, frequentemente ou por períodos longos, de tratar de questões médicas, terapêuticas (incluindo psicoterapia) ou de problemas pessoais recorrentes.

16. ESTABILIDADE DA CONDIÇÃO (ver instruções)

- 0. Ausência de limitação significativa.
 - 1. Encontra-se estável se for controlado/a por dieta, tratamento ou exercício.
 - 2. É provável que a sua condição se agrave lenta e progressivamente;
- OU**
- A sua evolução é imprevisível e pode resultar na perda futura de funcionamento.
- 3. A condição poderá piorar significativamente num futuro próximo.

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL
(Estudo das variáveis preditoras)
(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)
Versão Portuguesa do Functional Assessment Inventory (Fernandes, C., 2008)

17. HISTÓRICO DE TRABALHO

0. Ausência de limitação significativa.

1. Tem pouca ou nenhuma experiência de trabalho, devido à sua juventude ou a outras razões aceitáveis pela maioria dos empregadores (ex. trabalhadores com processo de reconversão profissional recente).

OU

Tem um bom histórico de trabalho anterior à deficiência, mas, presentemente, está afastado do trabalho há mais de um ano.

2. O histórico de trabalho inclui aspectos negativos, como faltas ou atrasos frequentes ou mudanças de trabalho frequentes, com períodos de desemprego.

3. O histórico de trabalho é fraco, possivelmente incluindo longos períodos de desemprego ou despedimentos frequentes por mau desempenho.

18. ACEITAÇÃO POR PARTE DOS EMPREGADORES (ver instruções)

0. Ausência de limitação significativa.

1. Algumas características físicas, demográficas ou relativas à sua história clínica podem interferir com a aceitação de alguns empregadores (ex. ter uma incapacidade visível ou usar uma prótese ou a origem étnica).

2. Possui características que têm um grau de aceitação, pública ou pelos empregadores, muito baixo, apesar da ausência de interferência com o desempenho (ex. meia idade, hemofilia).

3. As características actuais ou recentes, que não podem ser evitadas ou modificadas, podem tornar a pessoa inaceitável face à maioria dos potenciais empregadores (ex. história criminal recente, paralisia cerebral severa com limitações de comunicação ou deformidade facial severa).

19. APARÊNCIA PESSOAL (ver instruções)

0. Ausência de limitação significativa.

1. Algum aspecto da aparência ou higiene pessoal não é atraente para os outros, mas é tolerável com a familiaridade.

2. Tem problemas graves com a aparência ou higiene pessoal que são difíceis de aceitar pelos outros, mesmo com familiaridade.

3. Problemas muito severos com a aparência ou higiene pessoal poderão levar ao evitamento pelos outros.

20. COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS

0. Ausência de limitação significativa.

1. Não tem competências profissionais específicas. Porém, possui competências gerais (isto é, educacionais ou interpessoais) que podem ser usadas numa série de empregos.

2. Tem algumas competências gerais. As competências profissionais específicas não são utilizáveis devido à deficiência ou a outros factores.

3. Não tem competências profissionais específicas e tem muito poucas competências gerais ou pessoais transferíveis para a situação laboral.

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL
(Estudo das variáveis preditoras)
(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)

Versão Portuguesa do Functional Assessment Inventory (Fernandes, C., 2008)

21. DESINCENTIVOS ECONÓMICOS (ver instruções)

- 0.** Ausência de limitação significativa.
- 1.** O potencial para o emprego é afectado, em alguma medida, por desincentivos económicos (ex. está limitado/a em termos do sector de actividade em que poderá trabalhar).
- 2.** As opções de emprego são bastante limitadas por causa da potencial perda de benefícios (ex. está limitado/a em termos do período de tempo em que poderá trabalhar e/ou vencimento que poderá auferir).
- 3.** Com toda a probabilidade, não poderá aceitar um emprego ou escolherá não aceitá-lo por causa da resultante perda dos benefícios.

22. ACESSO A OPORTUNIDADES DE EMPREGO

- 0.** Ausência de limitação significativa.
- 1.** As oportunidades de emprego são, de algum modo, limitadas (ex. devido a problemas de transporte ou localização geográfica).
- 2.** As oportunidades de emprego são, significativamente, limitadas. Existem muito poucos ambientes de trabalho, acessíveis ou apropriados, disponíveis.
- 3.** Oportunidades extremamente limitadas. Pode estar limitado à sua casa ou residir numa área em que existem poucos empregos.

23. CONDIÇÕES ESPECIAIS DE TRABALHO

- 0.** Ausência de limitação significativa.
- 1.** As opções de colocação estão limitadas, em certa medida, pelas exigências da deficiência (ex. pode necessitar de liberdade para se sentar, estar em pé ou deslocar-se sempre que necessário ou pode necessitar de evitar a exposição a equipamento perigoso).
- 2.** Restrições ambientais múltiplas, relacionadas com a deficiência, limitam substancialmente as alternativas de colocação.
- 3.** Capaz de funcionar apenas em ambientes altamente seleccionados. É essencial ter cuidados de colocação especiais.

24. HÁBITOS DE TRABALHO

- 0.** Ausência de limitação significativa.
- 1.** Revela défices de hábitos de trabalho (ex. pontualidade, capacidade de continuar a trabalhar com supervisão mínima, comportamento adequado em entrevista). Está disposto/a e é capaz de aprender estas competências rapidamente, se beneficiar de um breve aconselhamento.
- 2.** Os défices de hábitos de trabalho podem implicar uma formação complementar para melhoria dos mesmos.
- 3.** Revela severos défices de hábitos de trabalho e parece ter pouco potencial para melhorá-los.

25. SISTEMA DE SUPORTE SOCIAL (ver instruções)

- 0.** Ausência de limitação significativa.
- 1.** Pouco ou nenhum sistema de suporte disponível.
- 2.** O sistema de suporte, por vezes, estimula valores e comportamentos contrários aos objectivos de inserção profissional.
- 3.** O sistema de suporte está claramente a funcionar contra os objectivos de inserção profissional.

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL
(Estudo das variáveis preditoras)
(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)
Versão Portuguesa do Functional Assessment Inventory (Fernandes, C., 2008)

26. PERCEÇÃO CORRECTA DAS CAPACIDADES E LIMITAÇÕES

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Tem uma compreensão insuficiente do que são as suas capacidades profissionais em função da sua deficiência (ex. pode excluir muitas possibilidades profissionais ou negar o significado de algumas limitações).
- 2. Tem uma compreensão irrealista das suas capacidades profissionais (ex. pode excluir todas as possibilidades profissionais ou negar limitações importantes).
- 3. Recusa-se a aceitar ou distorce, significativamente, as suas limitações. Frequentemente, fornece informação falsa, enganadora ou extremamente inapropriada sobre a sua deficiência.

27. RELAÇÕES INTERPESSOAIS (ver instruções)

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. É um pouco desajeitado ou desagradável nas interações sociais.
- 2. Faltam-lhe muitas das competências necessárias para uma interação social eficaz.
- 3. O comportamento manifestamente agressivo, isolado, defensivo, bizarro ou inapropriado limita, frequentemente, as interações pessoais.

28. BOM SENSO

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Por vezes, toma más decisões. Não pára para considerar as alternativas ou as consequências do seu comportamento.
- 2. Frequentemente, toma decisões precipitadas ou insensatas. Frequentemente manifesta comportamentos ou escolhas inadequadas.
- 3. Pode ser perigoso para si próprio ou para os outros, em resultado de comportamento insensato ou impulsivo.

29. CONGRUÊNCIA DO COMPORTAMENTO COM OS OBJECTIVOS DE INSERÇÃO PROFISSIONAL (ver instruções)

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Expressa vontade de trabalhar, mas nem sempre o seu comportamento é congruente com as suas afirmações (ex. mostra-se inicialmente interessado numa estratégia, mas depois resiste à sua dinamização; o seu comportamento varia de um dia para o outro ou de uma área para a outra).
- 2. Pode expressar vontade de trabalhar, mas, frequentemente, não age de acordo com tal.
- 3. O comportamento está, quase sempre, em contradição, com os objectivos de inserção profissional.

30. INICIATIVA E CAPACIDADE DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

- 0. Ausência de limitação significativa.
- 1. Capaz de identificar alternativas e trabalhar, de forma eficaz, na procura de soluções para os problemas, mas necessita de orientação e encorajamento frequentes para começar.
- 2. Frequentemente, necessita de ajuda na identificação de acções e soluções para o problema e necessita de ser repetidamente instigado/a para agir.
- 3. Parece incapaz de identificar as acções ou possíveis soluções para os problemas. Necessita de ser constantemente instigado/a para agir e raramente termina as acções sem ajuda.

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL
(Estudo das variáveis preditoras)
 (Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)
Versão Portuguesa do Functional Assessment Inventory (Fernandes, C., 2008)

2ª Parte

As afirmações que se encontram em seguida, pretendem considerar os pontos fortes, em que um recurso, em particular, possa contribuir para diminuir as limitações do sujeito. Com efeito, servem como variáveis moderadoras; ou seja, em alguns casos podem aumentar a previsão de sucesso profissional. Solicita-se, ao avaliador que, para cada afirmação relativa a um ponto forte, assinale, com um círculo, o seu grau de concordância, numa escala de 1 (Discordo totalmente) a 5 (Concordo totalmente).

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
31. É inteligente.	1	2	3	4	5
32. Fala fluentemente.	1	2	3	4	5
33. Possui competências profissionais para as quais existe elevada procura.	1	2	3	4	5
34. A sua formação escolar e/ou académica qualifica-o/a para o emprego pretendido.	1	2	3	4	5
35. A família do sujeito é apoiante, em termos de inserção profissional.	1	2	3	4	5
36. Possui uma rede de apoio ampla e diversificada.	1	2	3	4	5
37. Conhece pessoas com uma vaga de emprego, disponível para si.	1	2	3	4	5
38. É responsável.	1	2	3	4	5
39. Manifesta capacidade para lidar com situações stressantes.	1	2	3	4	5
40. É autónomo/a na deslocação, utilizando transportes públicos ou veículo próprio.	1	2	3	4	5
41. É autónomo/a na utilização de serviços (ex. refeitório, casa de banho e outros).	1	2	3	4	5
42. Possui competências de procura de emprego (ex. saber elaborar um <i>Curriculum Vitae</i> , saber adequar o comportamento e a aparência a entrevistas de emprego).	1	2	3	4	5

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL
(Estudo das variáveis preditoras)
(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)
Versão Portuguesa do Functional Assessment Inventory (Fernandes, C., 2008)

3ª Parte

Em seguida, para as questões nº 43 a 45, pedimos-lhe que faça algumas classificações gerais sobre a pessoa em causa. Para cada uma delas, assinale, igualmente com um círculo, a opção que melhor se aplica.

43. Na globalidade, quão grave considera ser a deficiência?

1	2	3	4	5	6
Muito Ligeira					Muito Severa

44. Quais é que pensa serem as hipóteses de obtenção de um emprego?

1	2	3	4
Fracas (0-25%)	Razoáveis (26-50%)	Boas (51-75%)	Excelentes (76-100%)

45. Quais é que pensa serem as hipóteses de manutenção de um emprego?

1	2	3	4
Fracas (0-25%)	Razoáveis (26-50%)	Boas (51-75%)	Excelentes (76-100%)

Obrigada pela sua cooperação!

Anexo C

Questionário de Competências Pessoais: Versões utilizadas no estudo piloto, estudos psicométricos dos instrumentos de avaliação e estudo das variáveis preditoras do comportamento de procura de emprego

QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES PESSOAIS (Estudo Piloto) (Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)

Versão Portuguesa do Personal Capacities Questionnaire (Fernandes, C., 2008)

_____ /S/ _____

Descobrir quais são os seus pontos fortes e pontos fracos é uma parte muito importante do projecto de reabilitação e inserção profissional. Este questionário tem por objectivo ajudar a identificar esses pontos fortes e fracos.

Para as 30 primeiras questões, ser-lhe-á pedido que se auto-avalie numa escala de 0, 1, 2 ou 3. Junto aos números 0, 1, 2, 3 de cada item existem curtas afirmações, que descrevem como é ou como actua, em função das limitações que experimenta. Para cada questão, seleccione a afirmação que melhor o/a descreve. Seleccione apenas uma resposta por item. Assinale então, no questionário, com um círculo, o número que corresponde a essa opção. Por exemplo, na questão nº. 10, se não tem nenhuma dificuldade na utilização das mãos, assinalará a sua resposta, no questionário, da seguinte forma:

10. UTILIZAÇÃO DAS MÃOS

0. Ambas as minhas mãos funcionam normalmente.

Ainda a título de exemplo, se sente que os seus hábitos de trabalho não são bons, mas que poderá melhorá-los se beneficiar de formação, assinalará a sua resposta, no questionário, da seguinte forma:

24. HÁBITOS DE TRABALHO

2. Os meus hábitos de trabalho não são bons, pelo que necessito de formação complementar para os melhorar.

Algumas das questões referem-se a acções que se realizam no emprego. Se nunca trabalhou ou está desempregado, tente imaginar como seria se estivesse num emprego ou tente recordar-se de como era na escola ou num programa anterior de formação.

O presente questionário contém, ainda, outros dois grupos de questões. As instruções relativas ao modo como deverá responder são apresentadas imediatamente antes de cada um desses grupos de questões.

1. CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM

- 0. Aprendo tão rápido como as outras pessoas.
- 1. Consigo aprender coisas difíceis, mas preciso de mais tempo.
- 2. Consigo aprender, mas preciso de ajuda e de tempo extra.
- 3. Custa-me muito a aprender. Preciso de mais tempo e de ajuda para aprender a maioria das coisas novas.

2. LEITURA E ESCRITA EM PORTUGUÊS

- 0. Não tenho dificuldades em ler ou escrever em Português.
- 1. Tenho alguma dificuldade em ler ou escrever em Português (por qualquer razão, como por exemplo, falta de uma boa educação escolar ou porque a primeira língua que aprendi não foi o Português).
- 2. Tenho muita dificuldade em ler ou escrever em Português.
- 3. Não consigo ler ou escrever em Português.

QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES PESSOAIS (Estudo Piloto) **(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)**

Versão Portuguesa do Personal Capacities Questionnaire (Fernandes, C., 2008)

3. MEMÓRIA

0. Tenho boa memória.
1. Esquecer-me de coisas costuma ser um problema para mim.
2. Os problemas de memória dificultam-me, muitas vezes, a aprendizagem de coisas novas. Normalmente, preciso que me repitam instruções e informações.
3. Tenho muito má memória, e sinto-me confuso/a muitas vezes. É-me difícil lembrar-me de coisas de um dia para o outro.

4. PERCEÇÃO

0. Quando olho para as coisas, nunca me parecem confusas ou pouco nítidas.
1. Não tenho sucesso em trabalhos que exijam olhar atentamente para pormenores.
2. É-me muito difícil ler mapas, fazer puzzles, ou outras coisas que exijam perceber como é que as coisas se ajustam.
3. O mundo parece-me confuso ou distorcido. Perco-me frequentemente, mesmo em locais que conheço.

5. VISÃO (com óculos ou lentes de contacto se os/as usar)

0. Não tenho dificuldade em ver.
1. Tenho dificuldade em ver letra pequena.
2. Não consigo fazer algumas actividades importantes (por exemplo, ler ou conduzir) porque não vejo suficientemente bem.
3. Tenho pouca ou nenhuma visão.

6. AUDIÇÃO (com aparelho auditivo se usar)

0. Não tenho dificuldade em ouvir.
1. Por vezes, tenho dificuldade em ouvir conversas ou em usar o telefone.
2. Oíço tão mal que não consigo usar o telefone.
3. Não consigo ouvir suficientemente bem uma conversa por forma a compreendê-la.

7. FALA

0. Não tenho dificuldade em falar.
1. Na maioria das vezes, as pessoas conseguem entender a minha fala, mas a qualidade da minha voz e a forma como articulo as palavras revelam alterações.
2. A minha fala é difícil de ser entendida pelas outras pessoas. Frequentemente, tenho de me repetir.
3. A maior parte das pessoas não consegue entender a minha fala.

8. COMUNICAÇÃO ORAL

0. Compreendo e falo Português sem nenhuma dificuldade.
1. Tenho alguma dificuldade em comunicar, oralmente, em Português, com outras pessoas, mas a fala é o meu principal meio de comunicação.
2. É-me difícil comunicar, através da fala, em Português, com a maioria das pessoas. Não consigo dizer mais do que algumas palavras e recorro a gestos, símbolos gráficos, escrita ou outros sistemas para complementar a comunicação.
3. Não consigo comunicar, em Português falado, com outras pessoas, recorrendo a um sistema alternativo.

QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES PESSOAIS (Estudo Piloto) **(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)**

Versão Portuguesa do Personal Capacities Questionnaire (Fernandes, C., 2008)

9. UTILIZAÇÃO DOS BRAÇOS

- 0. Ambos os meus braços funcionam normalmente.
- 1. O meu braço dominante (o direito se for dextro/a e o esquerdo se for canhoto/a) funciona bem, mas o outro não.
- 2. Ambos os braços estão um pouco limitados no seu funcionamento.

OU

O meu braço dominante não funciona bem, mas o outro sim.

- 3. Faço pouco ou nenhum uso de ambos os meus braços.

10. UTILIZAÇÃO DAS MÃOS

- 0. Ambas as minhas mãos funcionam normalmente.
- 1. As minhas mãos são um pouco desajeitadas ou lentas.
- 2. O uso das minhas mãos é bastante limitado, mas (com ou sem ajudas ou próteses) consigo escrever, alimentar-me e fazer a maior parte das tarefas habituais de cuidados pessoais.
- 3. As minhas mãos funcionam tão mal que não consigo fazer os meus cuidados pessoais.

11. VELOCIDADE MOTORA

- 0. Movo-me tão rapidamente como as outras pessoas.
- 1. Movo-me um pouco mais lentamente do que a maioria das pessoas.
- 2. Movo-me muito lentamente.
- 3. Movo-me de modo extremamente lento.

12. CAPACIDADE PARA SE DESLOCAR

- 0. Sou capaz de andar e deslocar-me numa cidade sem dificuldade.
- 1. Eu ando, mas tenho alguma dificuldade em deslocar-me (Por exemplo, devido a limitações físicas ou outros problemas que afectam a capacidade de me deslocar em zonas desconhecidas da cidade).
- 2. A mobilidade é um desafio significativo para mim (Embora utilize a cadeira de rodas independentemente ou ande, necessito, algumas vezes, de ajuda de outra pessoa, para me deslocar de um local para o outro).
- 3. Preciso da ajuda de outras pessoas para me deslocar (Por exemplo, utilizo a cadeira de rodas e necessito de ajuda para me sentar e levantar ou tenho uma incapacidade que requer a ajuda de outras pessoas para me deslocar para fora de casa).

13. CAPACIDADE PARA FAZER TRABALHOS PESADOS

- 0. Consigo fazer tanto trabalho pesado como a maioria das pessoas da minha idade e sexo.
- 1. Sou capaz de ter uma actividade física média, mas tenho de evitar trabalhos pesados, como o levantamento frequente de volumes com peso superior a 11 Kg, dobrar-me ou andar muito, etc.
- 2. Tenho de evitar, até mesmo, uma quantidade média de trabalho pesado (tal como as tarefas domésticas). Suporto apenas um trabalho leve (levantar 4 a 10 kgs, andar ou ficar um pouco de pé).
- 3. Preciso de um emprego que me permita estar sentado a maior parte do tempo e que envolva pouco ou nenhum levantamento de pesos.

QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES PESSOAIS (Estudo Piloto) **(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)**

Versão Portuguesa do Personal Capacities Questionnaire (Fernandes, C., 2008)

14. RESISTÊNCIA

0. Consigo ter um emprego normal, a tempo inteiro.
1. Consigo ter um emprego normal, a tempo inteiro, desde que existam períodos de descanso especiais.
2. Só consigo ter um emprego a tempo parcial (cerca de 16-32 horas por semana).
3. Só consigo trabalhar uma ou duas horas por dia (15 horas por semana ou menos).

15. TEMPO PARA QUESTÕES MÉDICAS/PESSOAIS

0. Preciso de menos de um dia por mês, para tratar de questões médicas, terapêuticas (incluindo psicoterapia) ou pessoais recorrentes.
1. Preciso de um dia ou dois por mês, para tratar de questões médicas, terapêuticas (incluindo psicoterapia) ou pessoais recorrentes.
2. Preciso de um dia por semana, para tratar de questões médicas, terapêuticas ou pessoais recorrentes.
3. Preciso, frequentemente ou por longos períodos, de tratar de questões médicas, terapêuticas (incluindo psicoterapia) ou pessoais recorrentes.

16. ESTABILIDADE DA CONDIÇÃO

0. A minha deficiência é estável (por outras palavras, não se agravará).
1. A minha deficiência pode agravar-se, a não ser que eu a controle com dieta, tratamento ou exercício.
2. A minha deficiência está lentamente a agravar-se.

OU

É difícil prever como é que a minha deficiência vai evoluir. Poderá ficar na mesma ou pode tornar-se mais grave.

3. É provável que a minha deficiência se agrave muito mais, no futuro.

17. HISTÓRICO DE TRABALHO

0. Tenho um histórico de trabalho bom e constante.
1. Tinha um bom histórico de trabalho até me tornar uma pessoa com deficiência. No entanto, desde então, não trabalho há mais de um ano.

OU

Não tive muitas oportunidades de trabalhar no passado (por uma boa razão, como ser demasiado novo) ou não tenho experiência de trabalho.

2. O meu histórico de trabalho é apenas mediano. Inclui alguns aspectos negativos, como frequentes mudanças de emprego ou períodos de desemprego.
3. O meu histórico de trabalho é fraco. Estive muitas vezes sem trabalho ou o meu desempenho foi pobre.

18. ACEITAÇÃO POR PARTE DOS EMPREGADORES

0. A maioria dos empregadores dar-me-ia uma oportunidade se me candidatasse a um emprego.
1. É provável que alguns empregadores tenham preconceitos em relação a mim, devido à minha deficiência, mas podem vir a contratar-me.
2. Muitos empregadores mostrar-se-ão relutantes em contratar-me, devido à minha deficiência.
3. A maioria dos empregadores nem sequer consideraria contratar-me.

QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES PESSOAIS (Estudo Piloto) **(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)**

Versão Portuguesa do Personal Capacities Questionnaire (Fernandes, C., 2008)

19. APARÊNCIA PESSOAL

0. Sou, pelo menos, tão atraente e tenho tão boa apresentação como a maioria das pessoas.
1. Tenho alguns problemas com o meu aspecto ou apresentação, mas, normalmente, as pessoas habituam-se a isso e aceitam-me sem grande dificuldade.
2. É difícil, às pessoas, aceitarem-me, por causa do meu aspecto ou apresentação.
3. A maioria das pessoas evita-me.

20. COMPETÊNCIAS

0. Tenho algumas competências especiais para trabalhar que seriam úteis num trabalho.
1. Não tenho quaisquer competências especiais para trabalhar, mas tenho alguma habilitação escolar e posso aprender a maioria dos trabalhos.
2. Tinha algumas competências especiais para trabalhar, mas não as posso utilizar, agora que tenho uma deficiência.
3. Tenho muito pouco para oferecer, em termos de competências especiais para trabalhar ou pessoais, a um empregador.

21. FINANÇAS

0. A minha situação financeira melhoraria se eu obtivesse qualquer tipo de emprego, pois não recebo qualquer benefício social em função da minha deficiência.
1. A minha situação financeira melhoraria apenas se eu conseguisse um emprego a tempo inteiro, num sector diferente de actividade daquele em que me reformei, por forma a acumular o vencimento com a reforma.
2. A minha situação financeira melhoraria apenas se eu obtivesse um emprego a tempo parcial ou uma tarefa de prestação de serviços, com um rendimento acumulável com a minha reforma/pensão.
3. Não posso mesmo trabalhar, pois perderei os meus benefícios sociais em função da deficiência (ex. suspensão do subsídio mensal vitalício ou outra pensão que receba incompatível com rendimentos de trabalho).

22. ACESSO A OPORTUNIDADES DE EMPREGO

0. Existem diversos empregos, que são adequados para mim, a uma distância razoável da minha casa, a que consigo chegar.
1. As oportunidades de emprego estão-me, de alguma forma, limitadas. Existem poucos empregos a que possa aceder, devido à localização da minha residência ou a problemas com o transporte.
2. As oportunidades de emprego são muito limitadas. Existem muito poucos empregos que sejam adequados para mim e a que eu possa aceder.
3. Tenho de trabalhar em casa.

OU

Não existem empregos que sejam adequados para mim, na comunidade onde vivo.

QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES PESSOAIS (Estudo Piloto) (Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)

Versão Portuguesa do Personal Capacities Questionnaire (Fernandes, C., 2008)

23. CONDIÇÕES ESPECIAIS DE TRABALHO

0. Não necessito de quaisquer condições ou adaptações especiais, da parte do empregador.
1. Os locais onde posso trabalhar estão limitados, de alguma forma, pela minha deficiência. (Por exemplo, posso necessitar de um posto de trabalho fisicamente acessível ou um emprego que me permita, ocasionalmente, levantar-me e deslocar-me).
2. Necessito de múltiplas alterações nas condições de trabalho ou adaptações nos postos de trabalho que, provavelmente, serão difíceis de conseguir.
3. A minha deficiência condiciona o tipo de emprego que posso aceitar, dado que as alterações dos ambientes não são possíveis. (Por exemplo, não consigo tolerar a maioria dos ambientes por causa de alergias graves, ou tenho de evitar qualquer tipo de stress devido a problemas emocionais.)

24. HÁBITOS DE TRABALHO

0. Tenho bons hábitos de trabalho (Por exemplo, chego a horas, sou assíduo/a, e mantenho-me concentrado/a).
1. Não tenho tido muita oportunidade de desenvolver hábitos de trabalho, mas tenho vontade e capacidade para os desenvolver, se for aconselhado.
2. Os meus hábitos de trabalho não são bons, pelo que necessito de formação complementar para os melhorar.
3. Os meus hábitos de trabalho são muito fracos e não tenho muita esperança de que possam ser mudados.

25. INCENTIVO DA FAMÍLIA OU AMIGOS

0. Tenho familiares ou amigos íntimos que querem ajudar-me na área profissional.
1. Ninguém está, quer a incentivar-me, quer a desincentivar-me, na área profissional.
2. Penso que a minha família ou amigos ficariam mais felizes se eu ficasse em casa, em vez de trabalhar.
3. A minha família ou amigos preferem mesmo que eu não trabalhe.

26. CONSCIÊNCIA DAS CAPACIDADES E LIMITAÇÕES

0. Tenho clara consciência do que é que um empregador consideraria como as minhas forças e as minhas fraquezas.
1. Não tenho a certeza do que posso ou não fazer num trabalho.
2. Muitas vezes, penso em trabalhos, que depois verifico que não consigo fazer (ex. falando com técnicos, conselheiros ou mesmo empregadores).

OU

Parece que a maioria dos empregos estão excluídos, devido à minha deficiência.

3. Penso que não há nada em que eu possa trabalhar.

OU

Penso que posso trabalhar em tudo.

27. RELAÇÕES INTERPESSOAIS

0. Sempre me dei bem com as pessoas.
1. Nem sempre é fácil para mim, dar-me bem com as pessoas, mas consigo fazê-lo.
2. Tenho tido problemas em dar-me com as pessoas.
3. Já perdi emprego(s) por não me dar com as pessoas.

QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES PESSOAIS (Estudo Piloto) **(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)**

Versão Portuguesa do Personal Capacities Questionnaire (Fernandes, C., 2008)

28. BOM SENSO

- 0.** Actuo sempre sensatamente.
- 1.** Por vezes, tomo a decisão errada porque me precipito, sem pensar nas opções.
- 2.** Frequentemente envolvo-me em problemas, por causa de decisões insensatas.
- 3.** Já causei, a mim próprio/a ou a outros, danos acidentais, ou por fazer algo disparatado ou por me esquecer de fazer algo que deveria ter feito.

29. DISPONIBILIDADE PARA TRABALHAR

- 0.** Quero muito trabalhar e faço tudo o que me dizem que é necessário fazer para tal.
- 1.** Quero trabalhar e por isso, na maioria das vezes, faço o que me dizem que é necessário fazer para tal.
- 2.** Gosto de trabalhar, mas, só às vezes, faço o que me dizem que é necessário fazer para tal.
- 3.** Estou disposto a trabalhar, mas, quase nunca, faço o que me dizem que é necessário fazer para tal.

30. INICIATIVA E CAPACIDADE DE RESOLUÇÃO DOS PROBLEMAS

- 0.** Sou bom/a a analisar o que precisa ser feito numa determinada situação e a avançar para o fazer.
- 1.** Geralmente, consigo encontrar uma solução para os problemas, mas frequentemente, necessito de ajuda ou incentivo de alguém para agir.
- 2.** Necessito, frequentemente, de ajuda de outra pessoa, tanto para encontrar as soluções para os problemas, como para agir.
- 3.** Preciso, sempre, de ajuda de outra pessoa para resolver problemas ou para terminar tarefas importantes.

QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES PESSOAIS (Estudo Piloto)

(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)

Versão Portuguesa do Personal Capacities Questionnaire (Fernandes, C., 2008)

As questões que se seguem (nº 31 a 42) correspondem a uma lista de pontos fortes, relacionados com a área do emprego. Cada uma das afirmações deverá ser avaliada numa escala de 1 a 5 pontos. Considerando a sua situação, assinale com um círculo, para cada afirmação, o seu grau de concordância com a mesma.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
31. Sou inteligente.	1	2	3	4	5
32. Falo fluentemente.	1	2	3	4	5
33. Tenho uma competência profissional que está a ser muito solicitada pelos empregadores.	1	2	3	4	5
34. Tenho uma boa formação escolar.	1	2	3	4	5
35. A minha família é compreensiva e é apoiante em relação à minha inserção profissional.	1	2	3	4	5
36. Tenho muitas pessoas, de diferentes contextos, que me apoiam.	1	2	3	4	5
37. Um empregador, meu conhecido, já tem uma vaga disponível para mim.	1	2	3	4	5
38. Sou responsável no desempenho das minhas acções.	1	2	3	4	5
39. Sou capaz de lidar, com sucesso, com situações stressantes.	1	2	3	4	5
40. Sou autónomo/a ao nível da deslocação em transportes (público ou próprio).	1	2	3	4	5
41. Sou autónomo/a na utilização de serviços (casa de banho, refeitório e outros).	1	2	3	4	5
42. Sei o que fazer para procurar emprego	1	2	3	4	5

Em seguida, para as questões nº 43 a 45, pedimos-lhe que faça algumas classificações gerais sobre si próprio/a. Para cada uma delas, assinale, igualmente com um círculo, a opção que melhor se aplica a si.

43. Na globalidade, quão grave considera ser a sua deficiência?

1	2	3	4	5	6	7
Muito Ligeira						Muito Severa

44. Quais é que pensa serem as suas hipóteses de obter um emprego?

1	2	3	4
Fracas (0-25%)	Razoáveis (26-50%)	Boas (51-75%)	Excelentes (76-100%)

45. Quais é que pensa serem as suas hipóteses de manter um emprego?

1	2	3	4
Fracas (0-25%)	Razoáveis (26-50%)	Boas (51-75%)	Excelentes (76-100%)

Obrigada pela sua cooperação!

QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES PESSOAIS (Estudos Psicométricos) (Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)

Versão Portuguesa do Personal Capacities Questionnaire (Fernandes, C., 2008)

_____ /S/ _____

Descobrir quais são os seus pontos fortes e pontos fracos é uma parte muito importante do projecto de reabilitação e inserção profissional. Este questionário tem por objectivo ajudar a identificar esses pontos fortes e fracos.

Para as 30 primeiras questões (1ª Parte), ser-lhe-á pedido que se auto-avalie numa escala de 0, 1, 2 ou 3. Junto aos números 0, 1, 2, 3 de cada item existem curtas afirmações, que descrevem como é ou como actua, em função das limitações que experimenta. Para cada questão, seleccione a afirmação que melhor o/a descreve. Seleccione apenas uma resposta por item. Assinale então, no questionário, com um círculo, o número que corresponde a essa opção. Por exemplo, na questão nº. 10, se não tem nenhuma dificuldade na utilização das mãos, assinalará a sua resposta, no questionário, da seguinte forma:

11. UTILIZAÇÃO DAS MÃOS

1. Ambas as minhas mãos funcionam normalmente.

Ainda a título de exemplo, se sente que os seus hábitos de trabalho não são bons, mas que poderá melhorá-los se beneficiar de formação, assinalará a sua resposta, no questionário, da seguinte forma:

25. HÁBITOS DE TRABALHO

2. Os meus hábitos de trabalho não são bons, pelo que necessito de formação complementar para os melhorar.

Algumas das questões referem-se a acções que se realizam no emprego. Se nunca trabalhou ou está desempregado, tente imaginar como seria se estivesse num emprego ou tente recordar-se de como era na escola ou num programa anterior de formação.

O presente questionário contém, ainda, outros dois grupos de questões (2ª e 3ª Partes). As instruções relativas ao modo como deverá responder são apresentadas imediatamente antes de cada um desses grupos de questões.

1ª Parte

1. CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM

0. Aprendo tão rápido como as outras pessoas.
1. Consigo aprender coisas difíceis, mas preciso de mais tempo.
2. Consigo aprender, mas preciso de ajuda e de tempo extra.
3. Custa-me muito a aprender. Preciso de mais tempo e de ajuda para aprender a maioria das coisas novas.

2. LEITURA E ESCRITA EM PORTUGUÊS

0. Não tenho dificuldades em ler ou escrever em Português.
1. Tenho alguma dificuldade em ler ou escrever em Português (por qualquer razão, como por exemplo, falta de uma boa educação escolar ou porque a primeira língua que aprendi não foi o Português).
2. Tenho muita dificuldade em ler ou escrever em Português.
3. Não consigo ler ou escrever em Português.

QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES PESSOAIS (Estudos Psicométricos) **(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)**

Versão Portuguesa do Personal Capacities Questionnaire (Fernandes, C., 2008)

3. MEMÓRIA

0. Tenho boa memória.
1. Esquecer-me de coisas costuma ser um problema para mim.
2. Os problemas de memória dificultam-me, muitas vezes, a aprendizagem de coisas novas. Normalmente, preciso que me repitam instruções e informações.
3. Tenho muito má memória, e sinto-me confuso/a muitas vezes. É-me difícil lembrar-me de coisas de um dia para o outro.

4. PERCEÇÃO

0. Quando olho para as coisas, nunca me parecem confusas ou pouco nítidas.
1. Não tenho sucesso em trabalhos que exijam olhar atentamente para pormenores.
2. É-me muito difícil ler mapas, fazer puzzles, ou outras coisas que exijam perceber como é que as coisas se ajustam.
3. O mundo parece-me confuso ou distorcido. Perco-me frequentemente, mesmo em locais que conheço.

5. VISÃO (com óculos ou lentes de contacto se os/as usar)

0. Não tenho dificuldade em ver.
1. Tenho dificuldade em ver letra pequena.
2. Não consigo fazer algumas actividades importantes (por exemplo, ler ou conduzir) porque não vejo suficientemente bem.
3. Tenho pouca ou nenhuma visão.

6. AUDIÇÃO (com aparelho auditivo se usar)

0. Não tenho dificuldade em ouvir.
1. Por vezes, tenho dificuldade em ouvir conversas ou em usar o telefone.
2. Oíço tão mal que não consigo usar o telefone.
3. Não consigo ouvir suficientemente bem uma conversa por forma a compreendê-la.

7. FALA

0. Não tenho dificuldade em falar.
1. Na maioria das vezes, as pessoas conseguem entender a minha fala, mas a qualidade da minha voz e a forma como articulo as palavras revelam alterações.
2. A minha fala é difícil de ser entendida pelas outras pessoas. Frequentemente, tenho de me repetir.
3. A maior parte das pessoas não consegue entender a minha fala.

8. COMUNICAÇÃO ORAL

0. Compreendo e falo Português sem nenhuma dificuldade.
1. Tenho alguma dificuldade em comunicar, oralmente, em Português, com outras pessoas, mas a fala é o meu principal meio de comunicação.
2. É-me difícil comunicar, através da fala, em Português, com a maioria das pessoas. Não consigo dizer mais do que algumas palavras e recorro a gestos, símbolos gráficos, escrita ou outros sistemas para complementar a comunicação.
3. Não consigo comunicar, em Português falado, com outras pessoas, recorrendo a um sistema alternativo.

QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES PESSOAIS (Estudos Psicométricos) **(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)**

Versão Portuguesa do Personal Capacities Questionnaire (Fernandes, C., 2008)

9. UTILIZAÇÃO DOS BRAÇOS

- 0. Ambos os meus braços funcionam normalmente.
- 1. O meu braço dominante (o direito se for dextro/a e o esquerdo se for canhoto/a) funciona bem, mas o outro não.
- 2. Ambos os braços estão um pouco limitados no seu funcionamento.

OU

O meu braço dominante não funciona bem, mas o outro sim.

- 3. Faço pouco ou nenhum uso de ambos os meus braços.

10. UTILIZAÇÃO DAS MÃOS

- 0. Ambas as minhas mãos funcionam normalmente.
- 1. As minhas mãos são um pouco desajeitadas ou lentas.
- 2. O uso das minhas mãos é bastante limitado, mas (com ou sem ajudas ou próteses) consigo escrever, alimentar-me e fazer a maior parte das tarefas habituais de cuidados pessoais.
- 3. As minhas mãos funcionam tão mal que não consigo fazer os meus cuidados pessoais.

11. VELOCIDADE MOTORA

- 0. Movo-me tão rapidamente como as outras pessoas.
- 1. Movo-me um pouco mais lentamente do que a maioria das pessoas.
- 2. Movo-me muito lentamente.
- 3. Movo-me de modo extremamente lento.

12. CAPACIDADE PARA SE DESLOCAR

- 0. Sou capaz de andar e deslocar-me numa cidade sem dificuldade.
- 1. Eu ando, mas tenho alguma dificuldade em deslocar-me (Por exemplo, devido a limitações físicas ou outros problemas que afectam a capacidade de me deslocar em zonas desconhecidas da cidade).
- 2. A mobilidade é um desafio significativo para mim (Embora utilize a cadeira de rodas independentemente ou ande, necessito, algumas vezes, de ajuda de outra pessoa, para me deslocar de um local para o outro).
- 3. Preciso da ajuda de outras pessoas para me deslocar (Por exemplo, utilizo a cadeira de rodas e necessito de ajuda para me sentar e levantar ou tenho uma incapacidade que requer a ajuda de outras pessoas para me deslocar para fora de casa).

13. CAPACIDADE PARA FAZER TRABALHOS PESADOS

- 0. Consigo fazer tanto trabalho pesado como a maioria das pessoas da minha idade e sexo.
- 1. Sou capaz de ter uma actividade física média, mas tenho de evitar trabalhos pesados, como o levantamento frequente de volumes com peso superior a 11 Kg, dobrar-me ou andar muito, etc.
- 2. Tenho de evitar, até mesmo, uma quantidade média de trabalho pesado (tal como as tarefas domésticas). Suporto apenas um trabalho leve (levantar 4 a 10 kg, andar ou ficar um pouco de pé).
- 3. Preciso de um emprego que me permita estar sentado a maior parte do tempo e que envolva pouco ou nenhum levantamento de pesos.

QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES PESSOAIS (Estudos Psicométricos) **(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)**

Versão Portuguesa do Personal Capacities Questionnaire (Fernandes, C., 2008)

14. RESISTÊNCIA

0. Consigo ter um emprego normal, a tempo inteiro.
1. Consigo ter um emprego normal, a tempo inteiro, desde que existam períodos de descanso especiais.
2. Só consigo ter um emprego a tempo parcial (cerca de 16-32 horas por semana).
3. Só consigo trabalhar uma ou duas horas por dia (15 horas por semana ou menos).

15. TEMPO PARA QUESTÕES MÉDICAS/PESSOAIS

0. Preciso de menos de um dia por mês, para tratar de questões médicas, terapêuticas (incluindo psicoterapia) ou pessoais recorrentes.
1. Preciso de um dia ou dois por mês, para tratar de questões médicas, terapêuticas (incluindo psicoterapia) ou pessoais recorrentes.
2. Preciso de um dia por semana, para tratar de questões médicas, terapêuticas ou pessoais recorrentes.
3. Preciso, frequentemente ou por longos períodos, de tratar de questões médicas, terapêuticas (incluindo psicoterapia) ou pessoais recorrentes.

16. ESTABILIDADE DA CONDIÇÃO

0. A minha deficiência é estável (por outras palavras, prevê-se que não se agravará).
1. A minha deficiência pode agravar-se, a não ser que eu a controle com dieta, tratamento ou exercício.
2. A minha deficiência está lentamente a agravar-se.

OU

É difícil prever como é que a minha deficiência vai evoluir. Poderá ficar na mesma ou pode tornar-se mais grave.

3. É provável que a minha deficiência se agrave muito mais, no futuro.

17. HISTÓRICO DE TRABALHO

0. Tenho um histórico de trabalho bom e constante.
1. Tinha um bom histórico de trabalho até me tornar uma pessoa com deficiência. No entanto, desde então, não trabalho há mais de um ano.

OU

Não tive muitas oportunidades de trabalhar no passado (por uma boa razão, como ser demasiado novo) ou não tenho experiência de trabalho.

2. O meu histórico de trabalho é apenas mediano. Inclui alguns aspectos negativos, como frequentes mudanças de emprego ou períodos de desemprego.
3. O meu histórico de trabalho é fraco. Estive muitas vezes sem trabalho ou o meu desempenho foi pobre.

18. ACEITAÇÃO POR PARTE DOS EMPREGADORES

0. A maioria dos empregadores dar-me-ia uma oportunidade se me candidatasse a um emprego.
1. É provável que alguns empregadores tenham preconceitos em relação a mim, devido à minha deficiência, mas podem vir a contratar-me.
2. Muitos empregadores mostrar-se-ão relutantes em contratar-me, devido à minha deficiência.
3. A maioria dos empregadores nem sequer consideraria contratar-me.

QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES PESSOAIS (Estudos Psicométricos) **(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)**

Versão Portuguesa do Personal Capacities Questionnaire (Fernandes, C., 2008)

19. APARÊNCIA PESSOAL

0. Sou, pelo menos, tão atraente e tenho tão boa apresentação como a maioria das pessoas.
1. Tenho alguns problemas com o meu aspecto ou apresentação, mas, normalmente, as pessoas habituam-se a isso e aceitam-me sem grande dificuldade.
2. É difícil, às pessoas, aceitarem-me, por causa do meu aspecto ou apresentação.
3. A maioria das pessoas evita-me.

20. COMPETÊNCIAS

0. Tenho algumas competências especiais para trabalhar que seriam úteis num trabalho.
1. Não tenho quaisquer competências especiais para trabalhar, mas tenho alguma habilitação escolar e posso aprender a maioria dos trabalhos.
2. Tinha algumas competências especiais para trabalhar, mas não as posso utilizar, agora que tenho uma deficiência.
3. Tenho muito pouco para oferecer, em termos de competências especiais para trabalhar ou pessoais, a um empregador.

21. FINANÇAS

4. A minha situação financeira melhoraria com qualquer tipo de emprego, pois não recebo qualquer benefício social em função da minha deficiência.
5. A minha situação financeira melhoraria apenas com um emprego a tempo inteiro, num sector diferente de actividade daquele em que me reformei, por forma a acumular o vencimento com a reforma.
6. A minha situação financeira melhoraria apenas com um emprego a tempo parcial ou uma tarefa de prestação de serviços, com um rendimento acumulável com a minha reforma/pensão.
7. Não posso mesmo trabalhar, pois perderei os meus benefícios sociais em função da deficiência (ex. suspensão do subsídio mensal vitalício ou outra pensão que receba incompatível com rendimentos de trabalho).

22. ACESSO A OPORTUNIDADES DE EMPREGO

4. Existem diversos empregos, que são adequados para mim, a uma distância razoável da minha casa, a que consigo chegar.
5. As oportunidades de emprego estão-me, de alguma forma, limitadas. Existem poucos empregos a que possa aceder, devido à localização da minha residência ou a problemas com o transporte.
6. As oportunidades de emprego são muito limitadas. Existem muito poucos empregos que sejam adequados para mim e a que eu possa aceder.
7. Tenho de trabalhar em casa.

OU

Não existem empregos que sejam adequados para mim, na comunidade onde vivo.

QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES PESSOAIS (Estudos Psicométricos) **(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)**

Versão Portuguesa do Personal Capacities Questionnaire (Fernandes, C., 2008)

23. CONDIÇÕES ESPECIAIS DE TRABALHO

4. Não necessito de quaisquer condições ou adaptações especiais, da parte do empregador.
5. Os locais onde posso trabalhar estão limitados, de alguma forma, pela minha deficiência. (Por exemplo, posso necessitar de um posto de trabalho fisicamente acessível ou um emprego que me permita, ocasionalmente, levantar-me e deslocar-me).
6. Necessito de múltiplas alterações nas condições de trabalho ou adaptações nos postos de trabalho que, provavelmente, serão difíceis de conseguir.
7. A minha deficiência condiciona o tipo de emprego que posso aceitar, dado que as alterações dos ambientes não são possíveis. (Por exemplo, não consigo tolerar a maioria dos ambientes por causa de alergias graves, ou tenho de evitar qualquer tipo de stress devido a problemas emocionais.)

24. HÁBITOS DE TRABALHO

4. Tenho bons hábitos de trabalho (Por exemplo, chego a horas, sou assíduo/a, e mantenho-me concentrado/a).
5. Não tenho tido muita oportunidade de desenvolver hábitos de trabalho, mas tenho vontade e capacidade para os desenvolver, se for aconselhado.
6. Os meus hábitos de trabalho não são bons, pelo que necessito de formação complementar para os melhorar.
7. Os meus hábitos de trabalho são muito fracos e não tenho muita esperança de que possam ser mudados.

25. INCENTIVO DA FAMÍLIA OU AMIGOS

4. Tenho familiares ou amigos íntimos que querem ajudar-me na área profissional.
5. Ninguém está, quer a incentivar-me, quer a desincentivar-me, na área profissional.
6. Penso que a minha família ou amigos ficariam mais felizes se eu ficasse em casa, em vez de trabalhar.
7. A minha família ou amigos preferem mesmo que eu não trabalhe.

26. CONSCIÊNCIA DAS CAPACIDADES E LIMITAÇÕES

0. Tenho clara consciência do que é que um empregador consideraria como as minhas forças e as minhas fraquezas.
1. Não tenho a certeza do que posso ou não fazer num trabalho.
2. Muitas vezes, penso em trabalhos, que depois verifico que não consigo fazer (ex. falando com técnicos, conselheiros ou mesmo empregadores).

OU

Parece que a maioria dos empregos estão excluídos, devido à minha deficiência.

3. Penso que não há nada em que eu possa trabalhar.

OU

Penso que posso trabalhar em tudo.

27. RELAÇÕES INTERPESSOAIS

4. Sempre me dei bem com as pessoas.
5. Nem sempre é fácil para mim, dar-me bem com as pessoas, mas consigo fazê-lo.
6. Tenho tido problemas em dar-me com as pessoas.
7. Já perdi emprego(s) por não me dar com as pessoas.

QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES PESSOAIS (Estudos Psicométricos) **(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)**

Versão Portuguesa do Personal Capacities Questionnaire (Fernandes, C., 2008)

28. BOM SENSO

0. Actuo sempre sensatamente.
1. Por vezes, tomo a decisão errada porque me precipito, sem pensar nas opções.
2. Frequentemente envolvo-me em problemas, por causa de decisões insensatas.
3. Já causei, a mim próprio/a ou a outros, danos acidentais, ou por fazer algo disparatado ou por me esquecer de fazer algo que deveria ter feito.

29. DISPONIBILIDADE PARA TRABALHAR

0. Quero muito trabalhar e faço tudo o que me dizem que é necessário fazer para tal.
1. Quero trabalhar e por isso, na maioria das vezes, faço o que me dizem que é necessário fazer para tal.
2. Gosto de trabalhar, mas, só às vezes, faço o que me dizem que é necessário fazer para tal.
3. Estou disposto a trabalhar, mas, quase nunca, faço o que me dizem que é necessário fazer para tal.

30. INICIATIVA E CAPACIDADE DE RESOLUÇÃO DOS PROBLEMAS

0. Sou bom/a a analisar o que precisa ser feito numa determinada situação e a avançar para o fazer.
1. Geralmente, consigo encontrar uma solução para os problemas, mas frequentemente, necessito de ajuda ou incentivo de alguém para agir.
2. Necessito, frequentemente, de ajuda de outra pessoa, tanto para encontrar as soluções para os problemas, como para agir.
3. Preciso, sempre, de ajuda de outra pessoa para resolver problemas ou para terminar tarefas importantes.

QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES PESSOAIS

(Estudo das Variáveis Preditoras)
(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)

Versão Portuguesa do Personal Capacities Questionnaire (Fernandes, C., 2008)

_____/S/____

Descobrir quais são os seus pontos fortes e pontos fracos é uma parte muito importante do projecto de reabilitação e inserção profissional. Este questionário tem por objectivo ajudar a identificar esses pontos fortes e fracos.

Para as 30 primeiras questões (1ª Parte), ser-lhe-á pedido que se auto-avalie numa escala de 0, 1, 2 ou 3. Junto aos números 0, 1, 2, 3 de cada questão existem curtas afirmações, que descrevem como é ou como actua, em função das limitações que experimenta. Para cada questão, seleccione a afirmação que melhor o/a descreve. Seleccione apenas uma resposta por questão. Assinale então, no questionário, com um círculo, o número que corresponde a essa opção. Por exemplo, na questão nº. 10, se não tem nenhuma dificuldade na utilização das mãos, assinalará a sua resposta, no questionário, da seguinte forma:

12. UTILIZAÇÃO DAS MÃOS

2. Ambas as minhas mãos funcionam normalmente.

Ainda a título de exemplo, se sente que os seus hábitos de trabalho não são bons, mas que poderá melhorá-los se beneficiar de formação, assinalará a sua resposta, no questionário, da seguinte forma:

26. HÁBITOS DE TRABALHO

2. Os meus hábitos de trabalho não serão os melhores, pelo que necessito de formação complementar para os melhorar.

Sempre que para um mesmo nível (de 0 a 3) encontrar duas afirmações, separadas por OU, assinale o nível de funcionamento que atribui ao seu desempenho e, se possível, sublinhe qual das afirmações esteve na base da sua decisão.

Algumas das questões referem-se a acções que se realizam no emprego. Se nunca trabalhou ou está desempregado, tente imaginar como seria se estivesse num emprego ou tente recordar-se de como era na escola ou num programa anterior de formação.

O presente questionário contém, ainda, outros dois grupos de questões (2ª e 3ª Partes). As instruções relativas ao modo como deverá responder são apresentadas imediatamente antes de cada um desses grupos de questões.

1ª Parte

1. CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM

0. Aprendo tão rápido como as outras pessoas.
1. Consigo aprender coisas difíceis, mas preciso de mais tempo.
2. Consigo aprender, mas preciso de ajuda e de tempo extra.
3. Custa-me muito a aprender. Preciso de mais tempo e de ajuda para aprender a maioria das coisas novas.

2. LEITURA E ESCRITA EM PORTUGUÊS

0. Não tenho dificuldades em ler ou escrever em Português.
1. Tenho alguma dificuldade em ler ou escrever em Português (por qualquer razão, como por exemplo, falta de uma boa educação escolar ou porque a primeira língua que aprendi não foi o Português).
2. Tenho muita dificuldade em ler ou escrever em Português.
3. Não consigo ler ou escrever em Português.

QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES PESSOAIS

(Estudo das Variáveis Preditoras)
(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)

Versão Portuguesa do Personal Capacities Questionnaire (Fernandes, C., 2008)

3. MEMÓRIA

0. Tenho boa memória.
1. Esquecer-me de coisas costuma ser um problema para mim.
2. Os problemas de memória dificultam-me, muitas vezes, a aprendizagem de coisas novas. Normalmente, preciso que me repitam instruções e informações.
3. Tenho muito má memória, e sinto-me confuso/a muitas vezes. É-me difícil lembrar-me de coisas de um dia para o outro.

4. PERCEÇÃO

0. Quando olho para as coisas, nunca me parecem confusas ou pouco nítidas.
1. Não tenho sucesso em trabalhos que exijam olhar atentamente para pormenores.
2. É-me muito difícil ler mapas, fazer puzzles, ou outras coisas que exijam perceber como é que as coisas se ajustam.
3. O mundo parece-me confuso ou distorcido. Perco-me frequentemente, mesmo em locais que conheço.

5. VISÃO

0. Não tenho dificuldade em ver.
1. Tenho dificuldade em ver letra pequena.
2. Não consigo fazer algumas actividades importantes (por exemplo, ler ou conduzir) porque não vejo suficientemente bem.
3. Tenho pouca ou nenhuma visão.

6. AUDIÇÃO

0. Não tenho dificuldade em ouvir.
1. Por vezes, tenho dificuldade em ouvir sons baixos.
2. Tenho dificuldade em ouvir conversas ou em usar o telefone.
3. Oíço mal ou sou surdo/a.

7. FALA

0. Não tenho dificuldade em falar.
1. Na maioria das vezes, as pessoas conseguem entender a minha fala, mas a qualidade da minha voz e a forma como articulo as palavras revelam alterações.
2. A minha fala é difícil de ser entendida pelas outras pessoas. Frequentemente, tenho de me repetir.
3. A maior parte das pessoas não consegue entender a minha fala.

8. COMUNICAÇÃO ORAL

0. Compreendo e falo Português sem nenhuma dificuldade.
1. Tenho alguma dificuldade em comunicar, oralmente, em Português, com outras pessoas, mas a fala é o meu principal meio de comunicação.
2. É-me difícil comunicar, através da fala, em Português, com a maioria das pessoas. Não consigo dizer mais do que algumas palavras e recorro a gestos, símbolos gráficos, escrita ou outros sistemas para complementar a comunicação.
3. Não consigo comunicar, em Português falado, com outras pessoas, e recorro a um sistema alternativo.

QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES PESSOAIS

(Estudo das Variáveis Preditoras)
(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)

Versão Portuguesa do Personal Capacities Questionnaire (Fernandes, C., 2008)

9. UTILIZAÇÃO DOS BRAÇOS

0. Ambos os meus braços funcionam normalmente.
1. O meu braço dominante (o direito se for dextro/a e o esquerdo se for canhoto/a) funciona bem, mas o outro não.
2. Ambos os braços estão um pouco limitados no seu funcionamento.

OU

O meu braço dominante não funciona bem, mas o outro sim.

3. Faço pouco ou nenhum uso de ambos os meus braços.

10. UTILIZAÇÃO DAS MÃOS OU COTOS

0. Ambas as minhas mãos ou cotos funcionam normalmente.
1. As minhas mãos ou cotos são um pouco desajeitadas/os ou lentas/os.

OU

A minha mão ou coto dominante (direito se for dextro/a e esquerdo se for canhoto/a) funciona bem, mas a/o outra/o não.

2. O uso das minhas mãos ou cotos é bastante limitado, mas (com ou sem ajudas ou próteses) consigo escrever, alimentar-me e fazer a maior parte das tarefas habituais de cuidados pessoais.

OU

A minha mão ou coto dominante não funciona bem, mas a/o outra/o sim.

3. As minhas mãos ou cotos funcionam tão mal que não consigo fazer, por exemplo, os meus cuidados pessoais.

11. VELOCIDADE MOTORA

0. Movo-me tão rapidamente como as outras pessoas.
1. Movo-me um pouco mais lentamente do que a maioria das pessoas.
2. Movo-me muito lentamente.
3. Movo-me de modo extremamente lento.

12. CAPACIDADE PARA SE DESLOCAR

0. Sou capaz de andar e deslocar-me numa cidade sem dificuldade.
1. Eu ando, mas tenho alguma dificuldade em deslocar-me (Por exemplo, devido a limitações físicas ou outros problemas que afectam a capacidade de me deslocar em zonas desconhecidas da cidade).
2. A mobilidade é um desafio significativo para mim (Por exemplo, embora utilize a cadeira de rodas independentemente ou ande, necessito, algumas vezes, de ajuda de outra pessoa, para me deslocar de um local para o outro ou para subir escadas).
3. Preciso da ajuda de outras pessoas para me deslocar (Por exemplo, utilizo a cadeira de rodas e necessito de ajuda para me sentar e levantar ou tenho uma incapacidade que requer a ajuda de outras pessoas para me deslocar para fora de casa).

QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES PESSOAIS

(Estudo das Variáveis Preditoras)
(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)

Versão Portuguesa do Personal Capacities Questionnaire (Fernandes, C., 2008)

13. CAPACIDADE PARA FAZER TRABALHOS PESADOS

0. Consigo fazer tanto trabalho pesado como a maioria das pessoas da minha idade e sexo.
1. Sou capaz de ter uma actividade física média, mas tenho de evitar trabalhos pesados, como o levantamento frequente de volumes com peso superior a 11 Kg, dobrar-me ou andar muito, etc.
2. Tenho de evitar, até mesmo, uma quantidade média de trabalho pesado (tal como as tarefas domésticas). Suporto apenas um trabalho leve (levantar 4 a 10 kg, andar ou ficar um pouco de pé).
3. Preciso de um emprego que me permita estar sentado a maior parte do tempo e que envolva pouco ou nenhum levantamento de pesos.

14. RESISTÊNCIA

0. Consigo ter um emprego normal, a tempo inteiro.
1. Consigo ter um emprego normal, a tempo inteiro, desde que existam períodos de descanso especiais.
2. Só consigo ter um emprego a tempo parcial (cerca de 16-32 horas por semana).
3. Só consigo trabalhar uma ou duas horas por dia (15 horas por semana ou menos).

15. TEMPO PARA QUESTÕES MÉDICAS/PESSOAIS

0. Preciso de menos de um dia por mês, para tratar de questões médicas, terapêuticas (incluindo psicoterapia) ou pessoais recorrentes.
1. Preciso de um dia ou dois por mês, para tratar de questões médicas, terapêuticas (incluindo psicoterapia) ou pessoais recorrentes.
2. Preciso de um dia por semana, para tratar de questões médicas, terapêuticas ou pessoais recorrentes.
3. Preciso, frequentemente ou por longos períodos, de tratar de questões médicas, terapêuticas (incluindo psicoterapia) ou pessoais recorrentes.

16. ESTABILIDADE DA CONDIÇÃO

0. A minha deficiência é estável (por outras palavras, prevê-se que não se agravará).
1. A minha deficiência pode agravar-se, a não ser que eu a controle com dieta, tratamento ou exercício.
2. A minha deficiência está lentamente a agravar-se.

OU

É difícil prever como é que a minha deficiência vai evoluir. Poderá ficar na mesma ou pode tornar-se mais grave.

3. É provável que a minha deficiência se agrave muito mais, no futuro.

17. HISTÓRICO DE TRABALHO

0. Tenho um histórico de trabalho bom e constante.
1. Tinha um bom histórico de trabalho até me tornar uma pessoa com deficiência. No entanto, desde então, não trabalho há mais de um ano.

OU

Não tive muitas oportunidades de trabalhar no passado (por uma boa razão, como ser demasiado novo) ou não tenho experiência de trabalho.

2. O meu histórico de trabalho é apenas mediano. Inclui alguns aspectos negativos, como frequentes mudanças de emprego ou períodos de desemprego.
3. O meu histórico de trabalho é fraco. Estive muitas vezes sem trabalho ou o meu desempenho foi pobre.

QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES PESSOAIS

(Estudo das Variáveis Preditoras)
(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)

Versão Portuguesa do Personal Capacities Questionnaire (Fernandes, C., 2008)

18. ACEITAÇÃO POR PARTE DOS EMPREGADORES

0. A maioria dos empregadores dar-me-ia uma oportunidade se me candidatasse a um emprego.
1. É provável que alguns empregadores tenham preconceitos em relação a mim, devido à minha deficiência, mas podem vir a contratar-me.
2. Muitos empregadores mostrar-se-ão relutantes em contratar-me, devido à minha deficiência.
3. A maioria dos empregadores nem sequer consideraria contratar-me.

19. APARÊNCIA PESSOAL

0. Sou, pelo menos, tão atraente e tenho tão boa apresentação como a maioria das pessoas.
1. Tenho alguns problemas com o meu aspecto ou apresentação, mas, normalmente, as pessoas habituam-se a isso e aceitam-me sem grande dificuldade.
2. É difícil, às pessoas, aceitarem-me, por causa do meu aspecto ou apresentação.
3. A maioria das pessoas evita-me.

20. COMPETÊNCIAS PARA TRABALHAR

0. Tenho algumas competências especiais para trabalhar que seriam úteis num trabalho.
1. Não tenho quaisquer competências especiais para trabalhar, mas tenho alguma habilitação escolar e posso aprender a maioria dos trabalhos.
2. Tinha algumas competências especiais para trabalhar, mas não as posso utilizar, agora que tenho uma deficiência.
3. Tenho muito pouco para oferecer, em termos de competências especiais para trabalhar ou pessoais, a um empregador.

21. FINANÇAS

8. A minha situação financeira melhoraria com qualquer tipo de emprego, pois não recebo qualquer benefício social em função da minha deficiência.
9. A minha situação financeira melhoraria apenas com um emprego a tempo inteiro, num sector diferente de actividade daquele em que me reformei, por forma a acumular o vencimento com a reforma.
10. A minha situação financeira melhoraria apenas com um emprego a tempo parcial ou uma tarefa de prestação de serviços, com um rendimento acumulável com a minha reforma/pensão.
11. Não posso mesmo trabalhar, pois perderei os meus benefícios sociais em função da deficiência (ex. suspensão do subsídio mensal vitalício ou outra pensão que receba incompatível com rendimentos de trabalho).

22. ACESSO A OPORTUNIDADES DE EMPREGO

8. Existem diversos empregos, que são adequados para mim, a uma distância razoável da minha casa, a que consigo chegar.
9. As oportunidades de emprego estão-me, de alguma forma, limitadas. Existem poucos empregos a que possa aceder, devido à localização da minha residência ou a problemas com o transporte.
10. As oportunidades de emprego são muito limitadas. Existem muito poucos empregos que sejam adequados para mim e a que eu possa aceder.
11. Tenho de trabalhar em casa.

OU

Não existem empregos que sejam adequados para mim, na comunidade onde vivo.

QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES PESSOAIS

(Estudo das Variáveis Preditoras)
(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)

Versão Portuguesa do Personal Capacities Questionnaire (Fernandes, C., 2008)

23. CONDIÇÕES ESPECIAIS DE TRABALHO

8. Não necessito de quaisquer condições ou adaptações especiais, da parte do empregador.
9. Os locais onde posso trabalhar estão limitados, de alguma forma, pela minha deficiência. (Por exemplo, posso necessitar de um posto de trabalho fisicamente acessível, ou de um emprego que me permita, ocasionalmente, levantar-me e deslocar-me ou de adaptações para usar o computador).
10. Necessito de múltiplas alterações nas condições de trabalho ou adaptações nos postos de trabalho que, provavelmente, serão difíceis de conseguir.
11. A minha deficiência condiciona o tipo de emprego que posso aceitar, dado que as alterações dos ambientes não são possíveis. (Por exemplo, não consigo tolerar a maioria dos ambientes por causa de alergias graves, ou tenho de evitar qualquer tipo de stress devido a problemas emocionais.)

24. HÁBITOS DE TRABALHO

8. Tenho bons hábitos de trabalho (Por exemplo, chego a horas, sou assíduo/a, e mantenho-me concentrado/a).
9. Não tenho tido muita oportunidade de desenvolver hábitos de trabalho, mas tenho vontade e capacidade para os desenvolver, se for aconselhado.
10. Os meus hábitos de trabalho não serão os melhores, pelo que necessito de formação complementar para os melhorar.
11. Os meus hábitos de trabalho são muito fracos e não tenho potencial para alterá-los.

25. INCENTIVO DA FAMÍLIA OU AMIGOS

8. Tenho familiares ou amigos íntimos que querem ajudar-me na área profissional.
9. Ninguém está, quer a incentivar-me, quer a desincentivar-me, na área profissional.
10. Penso que a minha família ou amigos ficariam mais felizes se eu ficasse em casa, em vez de trabalhar.
11. A minha família ou amigos preferem mesmo que eu não trabalhe.

26. CONSCIÊNCIA DAS CAPACIDADES E LIMITAÇÕES

0. Tenho clara consciência do que é que um empregador consideraria como as minhas forças e as minhas fraquezas.
1. Não tenho a certeza do que posso ou não fazer num trabalho.
2. Muitas vezes, penso em trabalhos, que depois verifico que não consigo fazer (ex. falando com técnicos, conselheiros ou mesmo empregadores).

OU

Parece que a maioria dos empregos estão excluídos, devido à minha deficiência.

4. Penso que não há nada em que eu possa trabalhar.

OU

Penso que posso trabalhar em tudo.

QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES PESSOAIS

(Estudo das Variáveis Preditoras)
(Crewe, N.M. & Athelstan, G.T., 1984)

Versão Portuguesa do Personal Capacities Questionnaire (Fernandes, C., 2008)

27. RELAÇÕES INTERPESSOAIS

0. Sempre me dei bem com as pessoas.
1. Sou um pouco desajeitado/a no relacionamento com os outros.
2. Tenho tido dificuldade em dar-me com as pessoas.
3. Já tenho tido conflitos com outras pessoas ou prefiro estar sozinho/a.

28. BOM SENSO

0. Actuo sempre sensatamente.
1. Por vezes, tomo a decisão errada porque me precipito, sem pensar nas opções.
2. Frequentemente envolvo-me em problemas, por causa de decisões insensatas.
3. Já causei, a mim próprio/a ou a outros, danos acidentais, ou por fazer algo disparatado ou por me esquecer de fazer algo que deveria ter feito.

29. DISPONIBILIDADE PARA TRABALHAR

0. Quero muito trabalhar e faço tudo o que me dizem que é necessário fazer para tal.
1. Quero trabalhar e por isso, na maioria das vezes, faço o que me dizem que é necessário fazer para tal.
2. Gosto de trabalhar, mas, só às vezes, faço o que me dizem que é necessário fazer para tal.
3. Estou disposto a trabalhar, mas, quase nunca, faço o que me dizem que é necessário fazer para tal.

30. INICIATIVA E CAPACIDADE DE RESOLUÇÃO DOS PROBLEMAS

0. Sou bom/a a analisar o que precisa ser feito numa determinada situação e a avançar para o fazer.
1. Geralmente, consigo encontrar uma solução para os problemas, mas frequentemente, necessito de ajuda ou incentivo de alguém para agir.
2. Necessito, frequentemente, de ajuda de outra pessoa, tanto para encontrar as soluções para os problemas, como para agir.
3. Preciso, sempre, de ajuda de outra pessoa para resolver problemas ou para terminar tarefas importantes.

Anexo D

Autorização para tradução do Inventário de Avaliação Funcional e do Questionário de Competências Pessoais



Celia F <celia.c.fernandes@gmail.com>

Information about FAI

Nancy Crewe <ncrewe@msu.edu>
To: Celia F <celia.c.fernandes@gmail.com>

Fri, Feb 15, 2008 at 9:59 PM

Dear Ms. Fernandes,

Thank you for your interest in the Functional Assessment Inventory. I have retired, and I do not have these materials at home. The next time I am on campus I will look to see if I have a copy of the FAI in storage there, and if so I will be glad to send you a copy. I know, however, that I do not have a copy of the manual to send. I would suggest that you go to the National Rehabilitation Information Center of the National Institute on Disability and Rehabilitation Research and see if they have it in their database. Their web address is www.naric.com/. Other contact information is:

Information Specialists
8201 Corporate Drive, Suite 600
Landover, MD 20785
USA

Phone: 800-348-2742 (Voice - Toll-free)
301-459-5900 (Voice)
301-459-4263 (FAX)

Best wishes with your research.

Nancy Crewe

(Content not hidden)

--

Nancy M. Crewe, Ph.D.
Professor Emerita
Michigan State University
CEPSE
443 Erickson Hall
East Lansing, MI 48824



Celia F <celia.c.fernandes@gmail.com>

Information about FAI

Nancy Crewe <ncrewe@msu.edu>

Tue, Feb 19, 2008 at 6:51 PM

To: Celia F <celia.c.fernandes@gmail.com>

Thank you for your kind message. Yes, you have my permission to translate the FAI and to use it in your research. Best wishes,

Nancy Crewe

[Quoted text hidden]

Anexo E

Autorização para tradução da Escala de Adaptação à Deficiência-Revista



Celia F <celia.c.fernandes@gmail.com>

ADS - revised - Permission and Information

Darlene Ann Grace Groomes <groomesd@msu.edu>
To: Celia F <celia.c.fernandes@gmail.com>

Wed, Feb 27, 2008 at 4:19 PM

Hi Celia:


Thank you for your interest in the Revised AD Scale. The name of the instrument has changed to The Adaptation to Disability Scale-Revised. I am attaching the scale for your use. I only request that

if you use the scale, please give me a copy of the item scores so we can add this to our data base (only the raw data in SPSS format). Confirmatory validation requires a large data set and we need your ADS-R items and demographic info (no other data is needed) to complete our analyses. Yes, you can translate the scale but then do an independent back translation (from Portuguese back to English) to check on the equivalence of the translation. I recall Don always asking people to do this so that the integrity of the scale is upheld.

You are researching in an interesting area and I look forward to hearing more on your findings. If you have questions, please email.

From: Celia F [mailto:celia.c.fernandes@gmail.com]
Sent: Wednesday, February 27, 2008 9:57 AM
To: groomesd@msu.edu
Subject: ADS - revised - Permission and Information

[Quoted text hidden]

 **ADScale-Revised_InstrumentScoringPsychometrics_22Reversed.doc**
102K

Anexo F

**Retroversão 1 e 2 da Escala de Adaptação à Deficiência-Revista e respectivo parecer da
autora**

Read every statement and mark with a circle the number which shows how you agree or disagree with them.

Disagree at all/ Disagree/Agree/ Agree at all
1 2 3 4

1. Every area of my life is affected ,
owing to my disability.

2. I can't do the same things that the
people without any disability do,
owing to my disability.

3. I'm going to be successful with
or without any disability.

4. I have got so little to offer to
the other people, owing to my disability.

5. A good looking and the physical
capacity are the most important things
in the world.

6. A disabled person is sometimes
limited, but there are many things
that he / she can do.

7. I can't be able to be as good as
another person without my disability,
in spite of my effort and result of it.

8. I feel myself very sad, because I can't
do the same things that the people
without any disability do.

9. To be a normal physical person,
it is the most important thing in the
world.

10. The persons without disability
have got a more meaning life than
myself,
owing to my disability.

11. In every moment of my life I feel
myself sad, owing to my disability.

12. I' m always busy, in spite
of my disability.

13. I am a less important person than any other without disability and so is everything I do, too.

14. A physical disability affects the mental capacity of a person.

15. As my own disability effects everything I try to do, it is always in my mind.

16. There are many things that a person with my disability can do.

17. My disability effects myself more than any other of my characteristics.

18. There are things much more important in my life than the physical capacity and appearances.

19. Almost every area in the human society is forbidden to me.

20. My own disability doesn't allow me to do everything I want and to become the type of person I want to be.

21. I feel myself a suitable person in spite of my restrictions/ limitations owing to my disability.

22. My disability effects the most important aspects of my life.

23. A disability like my own it is the worst thing that can happen to a person.

24. It is necessary a upright/complete and healthy body to have got and a healthy mind.

25. I sometimes forget my disability at all.

26. I think I would be a better person if I didn't have my disability.

27. When I think about my disability, I feel myself so sad and disturbed, I can't do anything.

1 2 3 4

28. The disabled persons are able
to be successful through many ways.

29. I feel well myself with my capacities
and my disability doesn't disturb me
so much.

30. My disability disturb me so much,
so I can't appreciate anything anyway.

31. The physical and upright/complete
appearance show the authentic /true person.

32. I know what I can't do owing to my
disability and I feel I can live a full life.

ADAPTATION TO DISABILITY SCALE – REVISED

(GROOMES, D. A. G., 2004)

(TRADUÇÃO PORTUGUESA)

Read each statement and mark, with a circle, the number that shows your degree of agreement or disagreement about each one of them.

	I disagree totally	I disagree	I agree	I agree totally
1 – Due to my disability, all the areas of my life are highly affected.	1	2	3	4
2 – Due to my disability, I am unable of doing things as someone else without disability can do.	1	2	3	4
3 – With or without disability, I am going to be successful.	1	2	3	4
4 – Due to my disability, I don't have much to offer to other people.	1	2	3	4
5 – Looking well and a healthy body are the most important things on life.	1	2	3	4
6 – Someone with a disability is limited in some aspects, but there are many things that he/she can do.	1	2	3	4
7 – It doesn't matter how much I try or how much I achieve, I'll never be so good as anyone else without a disability like mine.	1	2	3	4
8 – I feel sad when I see everything that people without disability achieve and that I am not able to do.	1	2	3	4
9 – The most important thing in the world is being physically capable.	1	2	3	4
10 – Due to my disability, other persons' lives have got more meaning than mine.	1	2	3	4
11 – Due to my disability, I feel very sad most of the time.	1	2	3	4

ADAPTATION TO DISABILITY SCALE – FEVISED
(GROOMES, D. A. G., 2004)

Read each statement and mark, with a circle, the number that shows your degree of agreement or disagreement about each one of them.

	I disagree totally	I disagree	I agree	I agree totally
12 – In spite of having a disability, my life is fulfilled.	1	2	3	4
13 – The kind of person I am and my achievements in life are less important than those of people without disability.	1	2	3	4
14 – A physical disability affects a person's mental capacity.	1	2	3	4
15 – As my disability interferes with almost everything I try to do, it is always present in my mind.	1	2	3	4
16 – There are lots of things that a person with disability is able to do.	1	2	3	4
17 – My disability, itself, affected me more than any other of my characteristics .	1	2	3	4
18 – There are much more important things in my life than physical capacity and appearance.	1	2	3	4
19 – Almost all areas of my life are interdict to me.	1	2	3	4
20 – My disability prevents me from doing almost everything I really want to do and of becoming the type of person I want to be.	1	2	3	4
21 – I feel myself a suitable person in spite of my limitations due to my disability.	1	2	3	4

ADAPTATION TO DISAGILITY SCALE – REVISED
(GROOMS, D. A. G., 2004)

Read each statement and mark, with a circle, the number that shows your degree of agreement or disagreement about each one of them.

	I disagree totally	I disagree	I agree	I agree totally
22 – My disability influences the aspects of my life that are the most important for me.	1	2	3	4
23 – A disability like mine is the worst that can happen to anyone.	1	2	3	4
24 – It is necessary a healthy body and in good shape to have a sane mind.	1	2	3	4
25 – Sometimes I forget completely that I have a disability.	1	2	3	4
26 – I think I should be a much better person if I had not got a disability.	1	2	3	4
27 – When I think about my disability I get so sad and disturbed that I can not do anything.	1	2	3	4
28 – People with disabilities are able of doing well in many ways.	1	2	3	4
29 – I feel satisfied with my skills and my disability does not bother me too much.	1	2	3	4
30 – My disability bothers me, almost in everything, so that I can not really appreciate anything.	1	2	3	4
31 – Physical integrity and appearance make the person what he/she really is.	1	2	3	4
32 – I know what I can not do because of my disability and I feel I can live a full life.	1	2	3	4



Celia F <celia.c.fernandes@gmail.com>

Back Translation of ADS-R (Portuguese version)

Darlene Groomes <gracegroomes@gmail.com>
To: Celia F <celia.c.fernandes@gmail.com>

Mon, Dec 1, 2008 at 4:34 PM

Hello Celia: I see that my response did not leave the outbox, so I am resending below. My apologies for the delay to you (you may receive two copies?):

Hi Celia; Thank you for your email and I wish you the best as you proceed with your research. Your sample size of 300 should be very good.

Regarding my feedback on the two translated ADS-R versions. I think these are fine, and the Portuguese version seems strong (aligned with the English version). I was a bit confused by the choice of words in the first version (retroverison001), but think it reads well now in the Portuguese version. There have been no new updates on the ADS-R to date, but I do receive a number of requests internationally. I appreciate your work and look forward to your raw data. Best of luck and have an enjoyable holiday season.

[Quoted text hidden]

Anexo G

Questionários sociodemográficos aplicados a técnicos e pessoas com deficiência e incapacidade no estudo piloto, estudos psicométricos dos instrumentos de avaliação e estudo das variáveis preditoras do comportamento de procura de emprego

DADOS DE CARACTERIZAÇÃO (Técnico, Estudo piloto)

_____/T____

Em seguida, encontrará o pedido de dados de caracterização sobre o sujeito que acompanha(ou) em processo de reabilitação, bem como sobre si próprio(a) e o seu percurso profissional no domínio da reabilitação.

Assegurando o tratamento confidencial da informação recolhida, solicitamos que proceda ao seu preenchimento. Neste sentido, pedimos que assinale com um X a situação que melhor se aplica ou anote a resposta à questão colocada, no espaço indicado para tal.

A. CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO

1. Idade: _____

2. Sexo:
 Masculino Feminino

3. Caracterização da deficiência (considerar a alteração nas estruturas do corpo)

3.1. Natureza

Congénita Adquirida
Há quanto tempo? _____

3.2. Estrutura Corporal Alterada (assinale todas as que se aplicarem)

- Olho
- Estruturas relacionadas com a voz e a fala (*nariz, boca, faringe, laringe*)
- Aparelho cardiovascular
- Sistema imunológico
- Aparelho respiratório
- Aparelho digestivo, sistemas metabólico e endócrino
- Estruturas relacionadas com o movimento (*cabeça, pescoço, ombro, membro superior, mão, membro inferior, tronco, ossos, músculos e ligamentos*)

3.3. Severidade

- Ligeira
- Moderada
- Grave
- Severa

4. Instituição em que se encontra em processo de reabilitação?

5. Situação face ao emprego

- Nunca trabalhou
- Desempregado há menos de um ano
- Desempregado há mais de um ano
- Empregado
- Instalado por conta própria

6. Há quanto tempo conhece a pessoa acompanhada em processo de reabilitação?

B. CARACTERIZAÇÃO do AVALIADOR

1. Idade

2. Sexo

Masculino Feminino

3. Estado Civil

- Solteiro/a
- Casado/a
- Divorciado/a
- Viúvo/a
- União de Facto

4. Habilitações Literárias (grau e área)

5. Actividade Profissional Actual

6. Tempo de Experiência na Função

Obrigada pela sua cooperação!

DADOS DE CARACTERIZAÇÃO

(Técnico, Estudos psicométricos dos instrumentos de avaliação)

_____/T____

Em seguida, encontrará o pedido de dados de caracterização sobre o sujeito que acompanha(ou) em processo de reabilitação, bem como sobre si próprio(a) e o seu percurso profissional no domínio da reabilitação.

Assegurando o tratamento confidencial da informação recolhida, solicitamos que proceda ao seu preenchimento. Neste sentido, pedimos que assinale com um X a situação que melhor se aplica ou anote a resposta à questão colocada, no espaço indicado para tal.

A. CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO

1. Idade: _____

2. Sexo:
 Masculino Feminino

3. Caracterização da deficiência

3.1. Qual a problemática apresentada pelo sujeito? _____

3.2. Natureza

Congénita Adquirida
Há quanto tempo? _____

3.3. Estrutura Corporal Alterada (assinale todas as que se aplicarem)

- Estrutura do sistema nervoso (ex. cérebro, medula espinhal, meninges, sistemas nervoso simpático e parassimpático)
- Olho
- Estruturas relacionadas com a voz e a fala (ex. nariz, boca, faringe, laringe)
- Aparelho cardiovascular (ex. coração, artérias, veias)
- Sistema imunológico (ex. vasos linfáticos, timo, baço, medula óssea)
- Aparelho respiratório (ex. traqueia, pulmões, caixa torácica, diafragma)
- Aparelho digestivo, sistemas metabólico e endócrino (ex. esófago, estômago, intestinos, pâncreas, fígado, vesícula, glândulas endócrinas)
- Aparelho genitourinário (ex. rim, ureteres, bexiga, uretra)
- Estruturas relacionadas com o movimento (ex. cabeça, pescoço, ombro, membro superior, mão, membro inferior, tronco, ossos, músculos e ligamentos)
- Pele e estruturas relacionadas

3. Instituição em que se encontra afecto o sujeito?

4. Situação face ao emprego

- Nunca trabalhou
- Desempregado há menos de um ano
- Desempregado há mais de um ano
- Empregado
- Instalado por conta própria

5. Há quanto tempo conhece a pessoa?

B. CARACTERIZAÇÃO do AVALIADOR

1. Idade

2. Sexo

Masculino Feminino

3. Estado Civil

- Solteiro/a
- Casado/a
- Divorciado/a
- Viúvo/a
- União de Facto

4. Habilitações Literárias (grau e área)

5. Profissão

6. Tempo de Experiência na Função

Obrigada pela sua cooperação!

DADOS DE CARACTERIZAÇÃO
(Técnico, Estudo das variáveis preditoras)

_____/T/ ____

Em seguida, encontrará o pedido de dados de caracterização sobre o sujeito que acompanha (ou) em processo de reabilitação, bem como sobre si próprio(a) e o seu percurso profissional no domínio da reabilitação.

Assegurando o tratamento confidencial da informação recolhida, solicitamos que proceda ao seu preenchimento. Neste sentido, pedimos que assinale com um X a situação que melhor se aplica ou anote a resposta à questão colocada, no espaço indicado para tal.

A. CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO

1. **Idade:** _____

2. **Sexo:**

Masculino Feminino

3. **Caracterização da deficiência**

3.1. **Qual a problemática apresentada pelo sujeito?** _____

3.2. **Há quanto tempo foi adquirida?** _____

3.3. **Existem outras estruturas alteradas, para além da deficiência motora?**

Não Sim. Qual/Quais? _____

4. **Na sua opinião, quão visível considera ser a deficiência do sujeito?**

Nada visível

1

2

3

4

5

Muito visível

6

6. **Instituição que apoia o sujeito:**

7. **Situação face ao emprego**

Nunca trabalhou

Desempregado há menos de um ano

Desempregado há mais de um ano

8. **Há quanto tempo conhece o sujeito?**

B. CARACTERIZAÇÃO do AVALIADOR

1. Idade

2. Sexo

Masculino Feminino

3. Estado Civil

- Solteiro/a
- Casado/a
- Divorciado/a
- Viúvo/a
- União de Facto

4. Habilitações Literárias (grau e área)

5. Profissão

6. Tempo de Experiência na Função

Obrigada pela sua cooperação!

Questionário Sociodemográfico
(Sujeito, Estudo piloto)

____/S/____

Em seguida, apresentamos-lhes algumas questões de caracterização individual e profissional. Solicitamos-lhe que assinale com um X a situação que melhor se aplica a si, ou anote a resposta à questão colocada, no espaço indicado para tal.

1. Idade _____

2. Sexo

Masculino Feminino

3. Habilitações Literárias

- Não sabe ler, nem escrever
- 1º Ciclo do Ensino Básico
- 2º Ciclo do Ensino Básico
- 3º Ciclo do Ensino Básico
- Ensino Secundário
- Bacharelato/Licenciatura
- Mestrado/Doutoramento
- Outra. Por favor, especifique qual _____

4. Estado Civil

- Solteiro/a
- Casado/a
- Divorciado/a
- Viúvo/a
- União de Facto

5. Situação Face ao Emprego

5.1. Actual Situação Profissional

- Nunca trabalhou
- Desempregado há menos de um ano
- Desempregado há mais de um ano
- Empregado
- Instalado por conta própria

5.2. Se está desempregado, qual foi a sua última profissão?

5.3. Se está empregado ou instalado por conta própria, qual é a sua actual profissão?

6. Caracterização da deficiência

6.1. Natureza

Congénita

Adquirida

Há quanto tempo? _____

6.2. Estrutura Corporal Alterada (assinale todas as que se aplicarem)

Olho

Estruturas relacionadas com a voz e a fala (*nariz, boca, faringe, laringe*)

Aparelho cardiovascular

Sistema imunológico

Aparelho respiratório

Aparelho digestivo, sistemas metabólico e endócrino

Estruturas relacionadas com o movimento (*cabeça, pescoço, ombro, membro superior, mão, membro inferior, tronco, ossos, músculos e ligamentos*)

6.3. Severidade

Ligeira

Moderada

Grave

Severa

7. Refira, por favor, o nome da Instituição ou Serviço de Reabilitação a que se encontra afecto/a:

Obrigada pela sua colaboração!

Questionário Sociodemográfico
(Sujeito, Estudos psicométricos dos instrumentos de avaliação)

____/S/____

Em seguida, apresentamos-lhes algumas questões de caracterização individual e profissional. Solicitamos-lhe que assinale com um X a situação que melhor se aplica a si, ou anote a resposta à questão colocada, no espaço indicado para tal.

1. Idade _____

2. Sexo

- Masculino Feminino

3. Habilitações Literárias

- Não sabe ler, nem escrever
 1º Ciclo do Ensino Básico
 2º Ciclo do Ensino Básico
 3º Ciclo do Ensino Básico
 Ensino Secundário
 Bacharelato/Licenciatura
 Mestrado/Doutoramento
 Outra. Por favor, especifique qual _____

4. Estado Civil

- Solteiro/a
 Casado/a
 Divorciado/a
 Viúvo/a
 União de Facto

5. Situação Face ao Emprego

5.1. Actual Situação Profissional

- Nunca trabalhou
 Desempregado há menos de um ano
 Desempregado há mais de um ano
 Empregado
 Instalado por conta própria

5.2. Se está desempregado, qual foi a sua última profissão?

5.3. Se está empregado ou instalado por conta própria, qual é a sua actual profissão?

6. Caracterização da deficiência

6.1. Qual a sua problemática? _____

6.2. Natureza

Congénita

Adquirida

Há quanto tempo? _____

6.3. Estrutura Corporal Alterada (assinale todas as que se aplicarem)

Estrutura do sistema nervoso (ex. cérebro, medula espinhal, meninges, sistemas nervoso simpático e parassimpático)

Olho

Estruturas relacionadas com a voz e a fala (ex. nariz, boca, faringe, laringe)

Aparelho cardiovascular (ex. coração, artérias, veias)

Sistema imunológico (ex. vasos linfáticos, timo, baço, medula óssea)

Aparelho respiratório (ex. traqueia, pulmões, caixa torácica, diafragma)

Aparelho digestivo, sistemas metabólico e endócrino (ex. esófago, estômago, intestinos, pâncreas, fígado, vesícula, glândulas endócrinas)

Aparelho genitourinário (ex. rim, ureteres, bexiga, uretra)

Estruturas relacionadas com o movimento (ex. cabeça, pescoço, ombro, membro superior, mão, membro inferior, tronco, ossos, músculos e ligamentos)

Pele e estruturas relacionadas

7. Refira, por favor, o nome da Instituição em que se encontra a ser seguido ou acompanhado, por questões relativas à sua incapacidade:

Obrigada pela sua colaboração!

Questionário Sociodemográfico (Sujeito, Estudo das variáveis preditoras)

_____/S/____

Em seguida, apresentamos-lhes algumas questões de caracterização individual e profissional. Solicitamos-lhe que assinale com um X a situação que melhor se aplica a si ou anote a resposta à questão colocada, no espaço indicado para tal.

1. **Idade** _____

2. **Sexo**

Masculino Feminino

3. **Estado Civil**

- Solteiro/a
- Casado/a
- Divorciado/a
- Viúvo/a
- União de Facto

4. **Habilitações Literárias**

- 1º Ciclo do Ensino Básico
- 2º Ciclo do Ensino Básico
- 3º Ciclo do Ensino Básico
- Ensino Secundário
- Bacharelato/Licenciatura
- Mestrado/Doutoramento
- Outra. Por favor, especifique qual _____

5. **Indique qual a deficiência motora que possui:** _____

6. **Possui outra deficiência para além da deficiência motora?**

Não Sim. De que tipo? _____

7. **Há quanto tempo adquiriu a sua deficiência?**

- Entre 6 meses a 1 ano
- Entre 1 a 2 anos
- Entre 3 a 5 anos
- Entre 6 a 9 anos
- Há mais de 10 anos

8. **Há quanto tempo concluiu o seu processo de reabilitação ou teve alta clínica?**

- Entre 6 meses a 1 ano
- Entre 1 a 2 anos
- Entre 3 a 5 anos
- Entre 6 a 9 anos
- Há mais de 10 anos

9. **Na sua opinião, quão visível é para si a sua deficiência?**

Nada visível

1

2

3

4

5

Muito visível

6

10. Na sua opinião, quão visível é para as outras pessoas a sua deficiência?

Nada visível
1 2 3 4 5 Muito visível
6

11. Recebe alguma pensão ou subsídio?

- Não
- Sim. Está disponível para abdicar dessa pensão/subsídio caso comece a trabalhar?
 - Não
 - Sim
 - Não a/o perco se começar a trabalhar.

12. Situação Face ao Emprego

12.1. Actual Situação Profissional

- Nunca trabalhou (*Passe, por favor, para a questão 13.3.*)
- Desempregado/a há menos de um ano
- Desempregado/a há mais de um ano

12.2. Quanto tempo de experiência profissional tem?

- Entre 6 meses a 1 ano
- Entre 1 a 2 anos
- Entre 3 a 5 anos
- Entre 6 a 9 anos
- Mais de 10 anos

12.3. Qual foi a sua última profissão?

13. Após aquisição da deficiência

13.1. Permaneceu no posto de trabalho que exercia?

- Sim
- Não (*Passe, por favor, para a questão 13.3.*)
- Não me encontrava a trabalhar (*Passe, por favor, para a questão 13.3.*)

13.2. Beneficiou de Apoio Técnico ao regressar a esse posto de trabalho?

- Não
- Sim. De que tipo? (*Por favor, assinale todos os que se aplicam*)
 - Reversão da função
 - Modificação de tarefas
 - Alteração de horário de trabalho
 - Adaptação de posto de trabalho
 - Eliminação de barreiras arquitectónicas
 - Outro: (*Por favor, especifique qual*) _____

13.3. Beneficiou de Apoio Financeiro face às limitações adquiridas?

- Não
- Sim. Com que finalidade? (*Por favor, assinale todas as que se aplicam*)
 - Aquisição de ajudas técnicas/produtos de apoio
 - Aquisição de veículo adaptado/adaptação de veículo
 - Outro. (*Por favor, especifique qual*) _____

13.4. Após aquisição da deficiência, beneficiou de Formação Profissional?

Não

Sim. Em que área e instituição? _____

14. Procura de Emprego

14.1. No último mês, com que frequência desenvolveu as seguintes acções para procura de emprego?

	Nunca	1 vez/ mês	2 a 3 vezes/mês	1 vez/ semana	2 a 3 vezes/ semana
Consulta de anúncios em jornal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resposta a anúncio de jornal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consulta de ofertas na Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resposta a ofertas na Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Candidatura a concursos públicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Candidatura espontânea presencial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Candidatura espontânea por correio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pedido de emprego a pessoas influentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pedido de emprego a familiares e amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Registo em <i>sites</i> de procura de emprego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elaboração/Revisão de <i>Curriculum Vitae</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra. Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14.2. No último mês, com que frequência contactou as seguintes entidades para procura de emprego?

	Nunca	1 vez/ mês	2 a 3 vezes/mês	1 vez/ semana	2 a 3 vezes/ semana
Centro de Emprego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GIP (Gabinete de Inserção Profissional)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organização para pessoas com deficiência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clubes de Emprego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feira de emprego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agência de trabalho temporário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra. Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14.3. No último ano, com que frequência desenvolveu as seguintes acções?

	Nunca	1 vez/ mês	2 a 3 vezes/mês	1 vez/ semana	2 a 3 vezes/ semana
Frequência de formação escolar/académica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequência de cursos de formação profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequência de cursos de reconversão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Envolvimento em programas ocupacionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra. Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. É associado de alguma organização de pessoas com deficiência?

Não

Sim. (*Por favor, especifique qual*) _____

Obrigada pela sua cooperação!

Anexo H

**Distribuição dos sujeitos por pertença a organização e localização no país
(estudos psicométricos dos instrumentos de avaliação)**

Anexo H

Distribuição dos sujeitos por pertença a organização e localização no país

INSTITUIÇÃO	REGIÃO	POPULAÇÃO ATENDIDA ^a	Nº PARTICIPANTES			DESENVOLVIMENTO
			IAF	QCP	EAD-R	
A.D.M. Estrela - Associação de Desenvolvimento e Melhoramentos	Guarda	Intelectual, Psicológica, Linguagem, Visual, Orgânica, Musculoesquelética				Encerramento ou não contactável
A2000 – Associação de Apoio ao Desenvolvimento	Vila Real	Intelectual, Psicológica, Linguagem, Auditiva, Visual, Orgânica, Musculoesquelética e Estética				Encerramento ou não contactável
APPACDM - Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão com Deficiência Mental – Évora	Évora	Intelectual, Psicológica, Linguagem, Auditiva, Visual, Musculoesquelética				Encerramento ou não contactável
APPC - Associação Portuguesa Paralisia Cerebral - Núcleo Regional Faro	Faro	Intelectual e Musculoesquelética				Encerramento ou não contactável
ARCIAL - Associação para a Recuperação de Crianças Inadaptadas	Coimbra	Intelectual, Psicológica, Auditiva, Musculoesquelética				Encerramento ou não contactável

INSTITUIÇÃO	REGIÃO	POPULAÇÃO ATENDIDA ^a	Nº PARTICIPANTES			DESENVOLVIMENTO
			IAF	QCP	EAD-R	
ARDAD - Associação da Região Douro para Apoio a Deficientes	Peso da Régua	Intelectual, Psicológica, Linguagem, Auditiva, Visual, Musculoesquelética e Estética				Encerramento ou não contactável
ARTENAVE- Atelier – Associação de Solidariedade	Moimenta da Beira	Intelectual, Psicológica, Linguagem, Auditiva, Visual, Musculoesquelética e Funções Gerais				Encerramento ou não contactável
Associação Cristã da Mocidade Beira Interior	Covilhã	Intelectual, Musculoesquelética e Funções Gerais				Encerramento ou não contactável
Associação de Doentes com Fibromialgia	Porto	Musculoesquelética				Encerramento ou não contactável
Associação Portas para a Vida	Lamego	Intelectual, Psicológica, Linguagem, Auditiva, Orgânica, Musculoesquelética e Funções Gerais				Encerramento ou não contactável
EXISTIR – Associação Intervenção na Reabilitação de Populações Deficientes Desfavorecidas	Loulé	Intelectual, Psicológica, Linguagem, Auditiva, Visual, Orgânica, Musculoesquelética, Estética e Funções Gerais				Encerramento ou não contactável

INSTITUIÇÃO	REGIÃO	POPULAÇÃO ATENDIDA ^a	Nº PARTICIPANTES			DESENVOLVIMENTO
			IAF	QCP	EAD-R	
GIRA - Grupo de Intervenção e Reabilitação Activa	Lisboa	Psicológica				Encerramento ou não contactável
INOVAR – Cooperativa de Criação de Emprego, CRL.	Lisboa	Psicológica				Encerramento ou não contactável
LAHUC – Liga dos Amigos Hospitais da Universidade de Coimbra	Coimbra	Psicológica				Encerramento ou não contactável
Santa Casa da Misericórdia de Baião	Baião	Intelectual, Psicológica, Linguagem, Auditiva, Visual, Orgânica, Musculoesquelética e Funções Gerais				Encerramento ou não contactável
VÁRIOS – Cooperativa de Solidariedade Social, CRL	Tondela	Intelectual, Psicológica, Auditiva, Musculoesquelética e Funções Gerais				Encerramento ou não contactável
ADFP - Associação para Desenvolvimento e Formação Profissional	Miranda do Corvo	Intelectual, Psicológica, Linguagem, Auditiva, Visual, Orgânica, Musculoesquelética, Estética e Funções Gerais				Enviado pedido, sem retorno
ADR - Associação dos Doentes Renais do Norte	Porto	Orgânica				Enviado pedido, sem retorno

INSTITUIÇÃO	REGIÃO	POPULAÇÃO ATENDIDA ^a	Nº PARTICIPANTES			DESENVOLVIMENTO
			IAF	QCP	EAD-R	
ANDAR - Associação Nacional dos Doentes com Artrite Reumatóide	Lisboa	Musculoesquelética				Enviado pedido, sem retorno
ANDDEMOT- Associação Nacional de Desporto para Deficientes Motores	Carnaxide	Musculoesquelética				Enviado pedido, sem retorno
ANEM - Associação Nacional de Esclerose Múltipla	Gondomar	Musculoesquelética				Enviado pedido, sem retorno
APD - Associação Portuguesa de Deficientes - Delegação da Covilhã	Covilhã	Intelectual, Psicológica, Linguagem, Auditiva, Visual, Orgânica, Musculoesquelética, Estética e Funções Gerais				Enviado pedido, sem retorno
APD -Associação Portuguesa de Deficientes - Delegação de Lisboa	Lisboa	Intelectual, Psicológica, Linguagem, Auditiva, Visual, Orgânica, Musculoesquelética, Estética e Funções Gerais				Enviado pedido, sem retorno
APIR - Associação Portuguesa de Insuficientes Renais - Lisboa	Lisboa	Orgânica				Enviado pedido, sem retorno
APPACDM - Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão com Deficiência Mental Santarém	Santarém	Intelectual, Psicológica, Auditiva, Orgânica, Musculoesquelética e Funções Gerais				Enviado pedido, sem retorno

INSTITUIÇÃO	REGIÃO	POPULAÇÃO ATENDIDA ^a	Nº PARTICIPANTES			DESENVOLVIMENTO
			IAF	QCP	EAD-R	
APPACDM - Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão com Deficiência Mental Soure	Soure	Intelectual, Psicológica e Musculoesquelética				Enviado pedido, sem retorno
APPC - Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral - Viseu	Viseu	Intelectual, Psicológica, Auditiva, Visual, Musculoesquelética e Funções Gerais				Enviado pedido, sem retorno
APPC - Associação Portuguesa Paralisia Cerebral - Núcleo Regional Sul	Lisboa	Intelectual, Orgânica, Musculoesquelética e Funções Gerais				Enviado pedido, sem retorno
ASMAL - Associação de Saúde Mental do Algarve	Faro	Psicológica				Enviado pedido, sem retorno
Associação de Retinopatia de Portugal	Nacional	Visual				Enviado pedido, sem retorno
Associação LUPUS – Associação de Doentes com Lupus de Portugal	Nacional	Orgânica e Musculoesquelética				Enviado pedido, sem retorno

INSTITUIÇÃO	REGIÃO	POPULAÇÃO ATENDIDA ^a	Nº PARTICIPANTES			DESENVOLVIMENTO
			IAF	QCP	EAD-R	
Associação Portuguesa de Doentes Neuro-Musculares	Porto	Musculoesquelética				Enviado pedido, sem retorno
Associação Portuguesa de Neurofibromatose	Sintra	Musculoesquelética				Enviado pedido, sem retorno
Associação Portuguesa de Ostromizados	Lisboa	Orgânica				Enviado pedido, sem retorno
Associação Portuguesa de Síndrome de Asperger	Sintra	Psicológica				Enviado pedido, sem retorno
CASCI - Centro de Acção Social de Ílhavo	Aveiro	Intelectual, Psicológica, Auditiva, Visual, Orgânica, Musculoesquelética e Estética				Enviado pedido, sem retorno
Centro de Paralisia Cerebral de Beja	Beja	Intelectual, Psicológica, Auditiva, Visual, Musculoesquelética, Estética e Funções Gerais				Enviado pedido, sem retorno
Centro de Reabilitação Profissional de Macedo de Cavaleiros	Macedo de Cavaleiros	Intelectual, Psicológica, Linguagem, Auditiva e Musculoesquelética				Enviado pedido, sem retorno

INSTITUIÇÃO	REGIÃO	POPULAÇÃO ATENDIDA ^a	Nº PARTICIPANTES			DESENVOLVIMENTO
			IAF	QCP	EAD-R	
CNAD – Cooperativa Nacional de Apoio a Deficientes	Nacional	Intelectual, Psicológica, Linguagem, Auditiva, Visual, Orgânica, Musculoesquelética, Estética e Funções Gerais				Enviado pedido, sem retorno
CRACEP – Cooperativa de Reeducação Apoio Criança Excepcional Portimão	Portimão	Intelectual, Psicológica, Auditiva e Musculoesquelética				Enviado pedido, sem retorno
CRIF – Centro de Recuperação Infantil de Fátima	Fátima	Intelectual, Psicológica, Linguagem, Auditiva, Visual e Musculoesquelética				Enviado pedido, sem retorno
Federação Portuguesa de Desporto para Deficientes	Odivelas	Intelectual, Psicológica, Linguagem, Auditiva, Visual, Orgânica, Musculoesquelética, Estética e Funções Gerais				Enviado pedido, sem retorno
GAC - Grupo de Acção Comunitária	Lisboa	Psicológica				Enviado pedido, sem retorno
Hospital Júlio de Matos	Lisboa	Psicológica				Enviado pedido, sem retorno
Hospital Miguel Bombarda	Lisboa	Psicológica				Enviado pedido, sem retorno

INSTITUIÇÃO	REGIÃO	POPULAÇÃO ATENDIDA ^a	Nº PARTICIPANTES			DESENVOLVIMENTO
			IAF	QCP	EAD-R	
Hospital Sobral Cid	Coimbra	Psicológica				Enviado pedido, sem retorno
Instituto São João de Deus	Lisboa	Psicológica				Enviado pedido, sem retorno
Santa Casa da Misericórdia de Albufeira	Albufeira	Intelectual, Psicológica, Auditiva, Musculoesquelética e Funções Gerais				Enviado pedido, sem retorno
Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde	Vila Verde	Intelectual, Psicológica, Linguagem, Auditiva, Visual, Orgânica, Musculoesquelética, Estética e Funções Gerais				Enviado pedido, sem retorno
Universidade Técnica de Lisboa – Serviços de Acção Social	Nacional	Psicológica, Linguagem, Auditiva, Visual, Orgânica, Musculoesquelética, Estética e Funções Gerais				Enviado pedido, sem retorno
APPC - Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral - Coimbra	Coimbra	Intelectual, Psicológica, Auditiva, Visual, Orgânica, Musculoesquelética e Funções Gerais				Recusa

INSTITUIÇÃO	REGIÃO	POPULAÇÃO ATENDIDA ^a	Nº PARTICIPANTES			DESENVOLVIMENTO
			IAF	QCP	EAD-R	
Fundação Irene Rolo	Tavira	Intelectual, Auditiva, Visual, Orgânica e Musculoesquelética				Inadequação da população
ADEB - Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares	Lisboa	Psicológica	17	17	16	Participaram
AEDA - Associação para o Emprego de Deficientes do Alentejo	Beja	Intelectual, Psicológica, Auditiva, Visual e Musculoesquelética	0	3	3	Participaram
AEIPS - Associação para o Estudo e Integração Psicossocial	Lisboa	Psicológica	6	6	4	Participaram
ANDST - Associação Nacional dos Deficientes Sinistrados do Trabalho	Lisboa	Musculoesquelética, Visual, Auditiva e Orgânica	9	24	23	Participaram
ANEA - Associação Nacional de Espondilite Anquilosante	Cascais	Musculoesquelética	8	8	8	Participaram
APIR - Associação Portuguesa de Insuficientes Renais - Coimbra	Coimbra	Orgânica	0	7	7	Participaram

INSTITUIÇÃO	REGIÃO	POPULAÇÃO ATENDIDA ^a	Nº PARTICIPANTES			DESENVOLVIMENTO
			IAF	QCP	EAD-R	
ARCIL - Associação Recuperação Cidadãos Inadaptados da Lousã	Lousã	Intelectual, Psicológica, Linguagem, Auditiva, Visual, Orgânica, Musculoesquelética, Estética e Funções Gerais	21	21	21	Participaram
ASBIHP - Associação <i>Spina Bifida</i> e Hidrocefalia de Portugal	Lisboa	Musculoesquelética, Intelectual	0	1	1	Participaram
ADFA - Associação dos Deficientes das Forças Armadas	Nacional	Musculoesquelética; Linguagem e Orgânica	21	26	26	Participaram
APEDV - Associação Promotora do Emprego de Deficientes Visuais	Lisboa	Visual	0	3	3	Participaram
Associação Salvador	Nacional	Musculoesquelética	0	13	12	Participaram
CASLAS - Centro Assistência Social Lucinda Anilo Santos – Casa Santo Amaro	Lagos	Intelectual, Auditiva, Visual e Musculoesquelética	6	6	6	Participaram
Centro de Reabilitação Profissional da CERCIMOR	Montemor-o-Novo	Intelectual, Psicológica, Linguagem, Auditiva, Visual, Orgânica, Musculoesquelética e Estética	5	4	4	Participaram

INSTITUIÇÃO	REGIÃO	POPULAÇÃO ATENDIDA ^a	Nº PARTICIPANTES			DESENVOLVIMENTO
			IAF	QCP	EAD-R	
Centro de Reabilitação Profissional de Alcoitão	Sintra	Intelectual, Psicológica, Linguagem, Auditiva, Visual, Orgânica, Musculoesquelética e Estética	14	14	13	Participaram
Centro Nossa Sr ^a dos Anjos	Nacional	Visual	12	12	12	Participaram
CERCIGUI - Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados Guimarães	Guimarães	Intelectual, Psicológica, Linguagem, Orgânica, Musculoesquelética, Estética e Funções Gerais	16	16	16	Participaram
DeficiProduT, Artesanato, Produção e Comércio por Deficientes	Macedas	Intelectual, Psicológica, Linguagem, Auditiva, Visual, Orgânica, Musculoesquelética, Estética e Funções Gerais	0	5	5	Participaram
Faculdade de Letras da Universidade do Porto	Nacional	Psicológica, Linguagem, Auditiva, Visual, Orgânica, Musculoesquelética, Estética e Funções Gerais	4	4	4	Participaram
Fundação LIGA	Nacional	Intelectual, Linguagem, Orgânica, Musculoesquelética e Funções Gerais	8	14	14	Participaram

INSTITUIÇÃO	REGIÃO	POPULAÇÃO ATENDIDA ^a	Nº PARTICIPANTES			DESENVOLVIMENTO
			IAF	QCP	EAD-R	
GAED - Gabinete de Apoio ao Estudante com Deficiência da Universidade do Minho	Nacional	Psicológica, Linguagem, Auditiva, Visual, Orgânica, Musculoesquelética, Estética e Funções Gerais	2	2	2	Participaram
Lar da Boa Vontade	Cascais	Musculoesquelética	3	3	3	Participaram
Lar de Sintra	Sintra	Musculoesquelética	1	1	1	Participaram
Universidade de Aveiro	Nacional	Psicológica, Linguagem, Auditiva, Visual, Orgânica, Musculoesquelética, Estética e Funções Gerais	0	1	1	Participaram
Centro Social e Paroquial de S. Romão de Carnaxide	Oeiras	Visual, Musculoesquelética e Orgânica	8	8	8	Participaram
OED - Operação de Emprego para Pessoas com Deficiência	Lisboa	Intelectual, Psicológica, Linguagem, Auditiva, Visual, Orgânica, Musculoesquelética, Estética e Funções Gerais	55	54	54	Participaram

INSTITUIÇÃO	REGIÃO	POPULAÇÃO ATENDIDA ^a	Nº PARTICIPANTES			DESENVOLVIMENTO
			IAF	QCP	EAD-R	
Não Associados	Alcobaça, Alverca, Amadora, Arganil, Braga, Guimarães, Lisboa, Loriga, Marinha Grande, Odivelas, Oeiras, Peniche, Sintra	Visual, Linguagem, Orgânica e Musculoesquelética		45	46	Participaram
TOTAL			221	323	318	

^a A caracterização da tipologia de deficiência atendida pelas organizações não segue o modelo de classificação da CIF, adoptado no presente trabalho, em virtude de a informação disponível sobre as mesmas não se encontrar organizada de acordo com este critério.

Anexo I

**Profissão dos desempregados, empregados e reformados da amostra de sujeitos da
Escala de Adaptação à Deficiência-Revista
(estudos psicométricos dos instrumentos de avaliação)**

Anexo I

Profissão dos desempregados, empregados e reformados da amostra de sujeitos da EAD-R

Profissão	Situação Face ao Emprego (nº sujeitos)				
	NDDL ^a	DLD ^b	Empregado	IPCP ^c	Reformado
Dirigentes e quadros superiores de organizações especializadas			1		
Directores de produção, exploração e similares			1	1	
Outros directores de empresas		1	1	1	
Directores e gerentes de pequenas empresas	1			1	
Arquitectos, engenheiros e especialistas similares		2			
Médicos e profissões similares – à excepção de enfermeiros			1		
Docentes do ensino básico (2º e 3º ciclos) e secundário			4		1
Docentes do ensino superior, básico e secundário (não classificados noutra parte)		1	1		
Especialistas de profissões administrativas e comerciais	1	1	1		
Advogados, magistrados e outros juristas			1	1	
Arquivistas, bibliotecários, documentalistas e profissões similares		2	2		
Especialistas das ciências sociais e humanas			3		
Técnicos da administração pública (não classificados noutra parte)					1
Técnicos de investigação física e química, do fabrico industrial		1	2		
Programadores, operadores de informática e trabalhadores similares			1	1	
Operadores de equipamentos ópticos e electrónicos			1		
Técnicos das ciências da vida e da saúde			1		

Profissão	Situação Face ao Emprego (nº sujeitos)				
	NDLD ^a	DLD ^b	Empregado	IPCP ^c	Reformado
Profissionais técnicos de medicina – à excepção dos enfermeiros			4	1	
Profissionais de ensino não classificados noutra parte	1	1	1		
Profissionais de nível intermédio de finanças e serviços comerciais		1			
Agentes comerciais e correctores			2	2	1
Profissionais de nível intermédio de gestão e administração		1			
Profissionais da criação artística, do espectáculo e do desporto		2		1	
Secretários e operadores de equipamento de tratamento de informação	6	7	19		1
Empregados dos serviços de contabilidade e dos serviços financeiros		2	2	1	
Empregados de aprovisionamento, de planeamento e dos transportes	2	2			
Empregados de biblioteca, carteiros e trabalhadores similares			2		
Caixas, bilheteiros e similares	4	1	1		
Empregados de recepção, de informação e telefonistas	1	7	12		
Ecónomos e pessoal do serviço de restauração	3	5	2		
Vigilantes, assistentes médicos e trabalhadores similares		1	4		
Outro pessoal dos serviços directos e particulares	1	2	2	1	
Pessoal dos serviços de protecção e segurança		1			
Vendedores e demonstradores		2		1	
Agricultores e trabalhadores qualificados de culturas agrícolas			2		
Agricultores e trabalhadores da policultura, criação e tratamento de animais				1	
Trabalhadores da construção e obras públicas	1	9	1		1

Profissão	Situação Face ao Emprego (nº sujeitos)				
	NDDL ^a	DLD ^b	Empregado	IPCP ^c	Reformado
Trabalhadores da construção civil e similares - acabamentos	1	1	2		
Pintores, limpadores de fachadas e trabalhadores similares		1			
Moldadores, soldadores, bate-chapas, caldeiros e montadores de metal					2
Forjadores, serralheiros mecânicos e trabalhadores similares		2			
Mecânicos e ajustadores de máquinas		3		1	
Mecânicos e ajustadores de equipamentos eléctricos e electrónicos					1
Oleiros, vidreiros e trabalhadores similares			1		
Artesãos de madeira, tecido, couro e materiais similares		1			
Compositores tipográficos e trabalhadores similares			2		1
Trabalhadores da preparação e confecção de alimentos e bebidas e similares		1	1		1
Trabalhadores dos têxteis e confecções e trabalhadores similares		1	1		1
Trabalhadores de peles, couro e calçado			4		
Operadores de instalações de fabricação de vidro, cerâmica e similares		1	1		
Operadores de instalações de tratamentos químicos			1		
Operadores de máquinas para fabricar produtos de borracha e plástico		1			
Condutores de veículos a motor		2	1		
Pessoal da limpeza, lavadeiras, engomadores de roupa e trabalhadores similares		3	5		
Estafetas, bagageiros, porteiros, guardas e trabalhadores similares	1	7	5		
Trabalhadores não qualificados da indústria transformadora	1				
Trabalhadores não qualificados dos transportes		1	1		1

Profissão	Situação Face ao Emprego (nº sujeitos)				
	NDLD^a	DLD^b	Empregado	IPCP^c	Reformado
Outras (não classificáveis)		3	2		2
Informação omissa	1	3	9	1	
Total	25	83	111	15	29

^a NDLD: Desempregado há menos de 1 ano. ^b DLD: Desempregado há mais de 1 ano. ^c IPCP: Instalação por Conta Própria.

Anexo J

**Profissão dos desempregados, empregados e reformados da amostra de sujeitos do QCP
(estudos psicométricos dos instrumentos de avaliação)**

Anexo J

Profissão dos desempregados, empregados e reformados da amostra de sujeitos do QCP

Profissão	Situação Face ao Emprego (nº sujeitos)				
	NDDL ^a	DLD ^b	Empregado	IPCP ^c	Reformado
Dirigentes e quadros superiores de organizações especializadas			1		
Directores de produção, exploração e similares			1	1	
Outros directores de empresas		1	1	1	
Directores e gerentes de pequenas empresas	1			1	
Arquitectos, engenheiros e especialistas similares		2			
Médicos e profissões similares – à excepção de enfermeiros			1		
Docentes do ensino básico (2º e 3º ciclos) e secundário			3		1
Docentes do ensino superior, básico e secundário (não classificados noutra parte)		1	1		
Especialistas de profissões administrativas e comerciais	1	1	1		
Advogados, magistrados e outros juristas			1	1	
Arquivistas, bibliotecários, documentalistas e profissões similares		2	1		
Especialistas das ciências sociais e humanas			3		
Escritores, artistas e executantes				1	
Técnicos da administração pública (não classificados noutra parte)					1
Técnicos de investigação física e química, do fabrico industrial		1	2		
Programadores, operadores de informática e trabalhadores similares	1		1	1	
Operadores de Equipamentos ópticos e electrónicos			1		

	NDDL^a	DLD^b	Empregado	IPCP^c	Reformado
Técnicos das ciências da vida e da saúde			1		
Profissionais técnicos de medicina – à excepção dos enfermeiros			4	1	
Profissionais de ensino não classificados noutra parte	1	1	1		
Profissionais de nível intermédio de finanças e serviços comerciais		1			
Agentes comerciais e correctores			2	1	1
Profissionais de nível intermédio de gestão e administração		1			
Profissionais da criação artística, do espectáculo e do desporto		2		1	
Secretários e operadores de equipamento de tratamento de informação	6	7	19		1
Empregados dos serviços de contabilidade e dos serviços financeiros		2	2	1	
Empregados de aprovisionamento, de planeamento e dos transportes	2	2			
Empregados de biblioteca, carteiros e trabalhadores similares			2		
Caixas, bilheteiros e similares	4		1		
Empregados de recepção, de informação e telefonistas	1	7	12		
Ecónomos e pessoal do serviço de restauração	3	5	2		
Vigilantes, assistentes médicos e trabalhadores similares		1	4		
Outro pessoal dos serviços directos e particulares		2	2	1	
Pessoal dos serviços de protecção e segurança		1			
Vendedores e demonstradores		2		1	
Agricultores e trabalhadores qualificados de culturas agrícolas			2		
Agricultores e trabalhadores da policultura, criação e tratamento de animais				1	
Trabalhadores da construção e obras públicas	1	9	1		1

	NDDL^a	DLD^b	Empregado	IPCP^c	Reformado
Trabalhadores da construção civil e similares - acabamentos	1	1	2		
Pintores, limpadores de fachadas e trabalhadores similares		1			
Moldadores, soldadores, bate-chapas, caldeireiros e montadores de metal		1			1
Forjadores, serralheiros mecânicos e trabalhadores similares		2			
Mecânicos e ajustadores de máquinas		3			
Mecânicos e ajustadores de equipamentos eléctricos e electrónicos				1	1
Oleiros, vidreiros e trabalhadores similares			1		
Artesãos de madeira, tecido, couro e materiais similares		1			
Compositores tipográficos e trabalhadores similares			2		1
Trabalhadores da preparação e confecção de alimentos e bebidas e similares		1	1		1
Trabalhadores dos têxteis e confecções e trabalhadores similares		1	1		1
Trabalhadores de peles, couro e calçado			4		
Operadores de instalações de fabricação de vidro, cerâmica e similares		1	1		
Operadores de instalações de tratamentos químicos			1		
Operadores de máquinas para fabricar produtos de borracha e plástico		1			
Condutores de veículos a motor		2	1		
Pessoal da limpeza, lavadeiras, engomadores de roupa e trabalhadores similares		3	5		
Estafetas, bagageiros, porteiros, guardas e trabalhadores similares	1	7	5		
Trabalhadores não qualificados da indústria transformadora	1				
Trabalhadores não qualificados dos transportes			1		
Forças armadas		1			

	NDLD^a	DLD^b	Empregado	IPCP^c	Reformado
Outras (não classificáveis)	1	3	1		1
Informação omissa	1	2	9	1	12
Total	26	82	108	15	23

^a NDLD: Desempregado há menos de 1 ano. ^b DLD: Desempregado há mais de 1 ano. ^c IPCP: Instalação por Conta Própria.

Anexo L

**Cartas de apresentação aos sujeitos e técnicos nas etapas estudo piloto, estudos
psicométricos dos instrumentos de avaliação e estudo das variáveis preditoras do
comportamento de procura de emprego**

Caro/a participante,

(Estudo piloto e estudos psicométricos dos instrumentos de avaliação)

Encontro-me presentemente a desenvolver Doutoramento, na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, no âmbito de uma temática a que tenho dedicado grande parte da minha vida profissional – o emprego e a empregabilidade das pessoas com deficiência.

Com esta investigação, pretendemos estudar alguns dos factores, intrínsecos à pessoa, que poderão afectar a sua inserção profissional, nomeadamente a forma como esta se posiciona e lida com as incapacidades e a percepção ou expectativas que tem acerca das suas competências para a actividade profissional.

A experiência leva-nos a considerar que esta realidade nunca poderá ser completamente compreendida, se não escutarmos os principais actores deste processo, nomeadamente, as pessoas com deficiência que se encontram no mercado de trabalho ou que a ele pretendem regressar ou aceder. Neste sentido, a sua colaboração é fundamental.

Num primeiro momento, solicitamos que nos forneça alguns dados de caracterização individual e profissional, cujo uso exclusivo será o presente estudo e que, como poderá verificar, são anónimos. Em seguida, pedimos-lhe que responda a dois questionários, seguindo as instruções explicitadas em cada um. Como pretendemos conhecer os seus pontos de vista, é importante que responda com sinceridade e de acordo com o seu caso. Verifique, por favor, se respondeu a todas as questões. Em caso de dúvidas, não hesite em colocá-las ao técnico presente.

Da nossa parte, além do manifesto agradecimento à sua participação, queremos ainda, deixar claro que todos os dados serão de tratamento confidencial e confinado à presente investigação.

Célia Fernandes

16 de Outubro de 2008

Caro/a participante,
(Estudo de Variáveis Preditoras)

Encontro-me presentemente a desenvolver Doutoramento, na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, no âmbito de uma temática a que tenho dedicado grande parte da minha vida profissional – o emprego e a empregabilidade das pessoas com deficiência.

Com esta investigação, pretendemos estudar alguns dos factores, intrínsecos à pessoa, que poderão afectar a sua inserção profissional, nomeadamente a forma como esta se posiciona e lida com as incapacidades e a percepção ou expectativas que tem acerca das suas competências para a actividade profissional.

A experiência leva-nos a considerar que esta realidade nunca poderá ser completamente compreendida, se não escutarmos os principais actores deste processo, nomeadamente, as pessoas com deficiência que pretendem regressar ou aceder ao mercado de trabalho. Neste sentido, a sua colaboração é fundamental.

Num primeiro momento, solicitamos que nos forneça alguns dados de caracterização individual e profissional, cujo uso exclusivo será o presente estudo e que, como poderá verificar, são anónimos. Em seguida, pedimos-lhe que responda a três breves questionários, seguindo as instruções explicitadas em cada um. Como pretendemos conhecer os seus pontos de vista, é importante que responda com sinceridade e de acordo com o seu caso. Verifique, por favor, se respondeu a todas as questões. Em caso de dúvidas, não hesite em colocá-las ao técnico de referência na instituição em que se encontra.

Da nossa parte, além do manifesto agradecimento à sua participação, queremos ainda, deixar claro que todos os dados serão de tratamento confidencial e confinado à presente investigação.

Célia Fernandes

2 de Novembro de 2010

Caro/a Técnico,

(Estudo piloto e estudos psicométricos dos instrumentos de avaliação)

Encontro-me presentemente a desenvolver Doutoramento, na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, no âmbito de uma temática a que tenho dedicado grande parte da minha vida profissional – o emprego e a empregabilidade das pessoas com deficiência.

A investigação que nos encontramos a desenvolver, pretende estudar a influência da adaptação à deficiência e da percepção sobre a funcionalidade laboral nos processos de procura de emprego. A primeira dimensão será estudada partindo do ponto de vista da própria pessoa com deficiência, enquanto que a segunda considerará a percepção da pessoa com deficiência, mas também a do técnico ou conselheiro que se encontra envolvido no processo de reabilitação e orientação profissional. Neste sentido, a sua participação é determinante.

Num primeiro momento, solicitamos que nos forneça alguns dados de caracterização sobre si próprio, enquanto técnico no domínio da reabilitação, bem como dados sobre o sujeito que acompanha ou acompanhou em processo reabilitativo. O uso exclusivo destes dados será o presente estudo, sendo garantido o completo anonimato. Finalmente, pedimos-lhe que responda a um questionário – Inventário de Avaliação Funcional, considerando a funcionalidade da pessoa com deficiência (pessoas com as seguintes condições: ter 16 ou mais anos; ter o processo de reabilitação primária concluído há pelo menos 6 meses; apresentar qualquer tipologia de deficiência, excepto auditiva ou intelectual), que se encontra a apoiar ou apoiou.

Em seguida, encontrará instruções detalhadas para resposta ao questionário. Em caso de dúvidas, no entanto, não hesite em colocá-las ao técnico presente. Verifique, por favor, se respondeu a todas as questões.

Da nossa parte, além do manifesto agradecimento à sua participação, queremos ainda, deixar claro que todos os dados serão de tratamento confidencial e confinado à presente investigação.

Célia Fernandes

21 de Outubro de 2008

**Caro/a Técnico,
(Estudo de variáveis preditoras)**

Encontro-me presentemente a desenvolver Doutoramento, na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, no âmbito de uma temática a que tenho dedicado grande parte da minha vida profissional – o emprego e a empregabilidade das pessoas com deficiência.

A investigação que nos encontramos a desenvolver, pretende estudar a influência da adaptação à deficiência e da percepção sobre a funcionalidade laboral nos processos de procura de emprego. A primeira dimensão será estudada partindo do ponto de vista da própria pessoa com deficiência, enquanto que a segunda considerará a percepção da pessoa com deficiência, mas também a do técnico ou conselheiro que se encontra envolvido no processo de reabilitação e orientação profissional. Neste sentido, a sua participação é determinante.

Num primeiro momento, solicitamos que nos forneça alguns dados de caracterização sobre si próprio, enquanto técnico no domínio da reabilitação, bem como dados sobre o sujeito que acompanha ou acompanhou em processo reabilitativo. O uso exclusivo destes dados será o presente estudo, sendo garantido o completo anonimato. Finalmente, pedimos-lhe que responda a um questionário – Inventário de Avaliação Funcional, considerando a funcionalidade da pessoa com deficiência que se encontra a apoiar ou apoiou. As pessoas seleccionadas deverão reunir as seguintes condições: estar desempregado/a; ter entre 16 e 60 anos; ter uma deficiência neuromusculoesquelética adquirida, não degenerativa; ter o processo de reabilitação primária concluído há pelo menos 6 meses.

Em seguida, encontrará instruções detalhadas para resposta ao questionário. Em caso de dúvidas, no entanto, não hesite em colocá-las. Verifique, por favor, se respondeu a todas as questões. É muito importante que nenhuma resposta seja deixada em branco.

Da nossa parte, além do manifesto agradecimento à sua participação, queremos ainda, deixar claro que todos os dados serão de tratamento confidencial e confinado à presente investigação.

Célia Fernandes

2 de Novembro de 2010

Anexo M

Validade Discriminante da EAD-R (relativa ao critério externo Grupos Contrastantes)

Grupo Contrastante		Kolmogorov-Smirnov ^a		
		Estatística	gl	Sig.
Natureza da Deficiência	Congénita	0,10	112	0,008
	Adquirida	0,05	203	0,200
Tempo de Aquisição da Deficiência	de 0 a 5 anos	0,07	44	0,200
	de 6 a 10 anos	0,11	39	0,200
	de 11 a 20 anos	0,16	34	0,025
	de 21 a 30 anos	0,10	27	0,200
	de 31 a 40 anos	0,15	34	0,064
	de 41 a 50 anos	0,14	15	0,200
Principal Limitação	Sistema nervoso	0,04	72	0,200
	Olho	0,16	57	0,001
	Voz e fala	0,22	4	-
	Digestivo, metabólico e endócrino	0,21	3	-
	Genitourinário	0,17	10	0,200
	Movimento	0,06	166	0,200
Idade do Sujeito	Pele	0,26	2	-
	16 aos 24 anos	0,12	43	0,144
	25 aos 44 anos	0,07	155	0,059
	45 aos 64 anos	0,08	103	0,146
	Mais de 65 anos	0,15	12	0,200
Estatuto face ao Emprego	Nunca trabalhou	0,08	53	0,200
	Desempregado há menos de 1 ano	0,09	25	0,200
	Desempregado há mais de 1 ano	0,06	83	0,200
	Empregado	0,08	111	0,112
	Instalado por conta própria	0,17	15	0,200
Habilitações Literárias	Reformado	0,14	29	0,170
	Não sabe ler, nem escrever	0,26	2	-
	1º ciclo	0,09	33	0,200
	2º ciclo	0,12	38	0,200
	3º ciclo	0,09	63	0,200
	Ensino secundário	0,05	102	0,200
	Bacharelato/licenciatura	0,08	67	0,200
Mestrado/doutoramento	0,24	3	-	
Sexo	Masculino	0,04	204	0,200
	Feminino	0,07	112	0,200

^a Com correcção de Lilliefors

Anexo N

Comparações Múltiplas entre as ordens médias da adaptação à deficiência por escalão de tempo de aquisição da deficiência (Teste LSD de Fisher)

(I) Tempo de Aquisição	(J) Tempo de Aquisição	Diferença entre Médias (I-J)	Erro Padrão	Nível de Significância
0 a 5 anos	6 a 10 anos	-17,16	19,04	0,369
	11 a 20 anos	-58,12*	19,77	0,004
	21 a 30 anos	-61,66*	21,17	0,004
	31 a 40 anos	-54,59*	19,77	0,006
	41 a 50 anos	-29,38	25,89	0,258
6 a 10 anos	11 a 20 anos	-40,96*	20,32	0,045
	21 a 30 anos	-44,50*	21,68	0,041
	31 a 40 anos	-37,43	20,32	0,067
	41 a 50 anos	-12,22	26,31	0,643
11 a 20 anos	21 a 30 anos	-3,54	22,32	0,874
	31 a 40 anos	3,53	20,99	0,867
	41 a 50 anos	28,74	26,84	0,286
21 a 30 anos	31 a 40 anos	7,07	22,32	0,752
	41 a 50 anos	32,28	27,89	0,248
31 a 40 anos	41 a 50 anos	25,21	26,84	0,349

Anexo O

Comparações Múltiplas entre as ordens médias da adaptação à deficiência por tipo de principal limitação (Teste LSD de Fisher)

(I) Tipo de Limitação	(J) Tipo de Limitação	Diferença entre Médias (I-J)	Erro Padrão	Nível de Significância
1	2	-49,25*	15,76	0,002
	3	21,23	45,65	0,642
	7	-22,06	52,37	0,674
	8	4,41	29,99	0,883
	9	-54,08*	12,54	0,000
	10	-87,15	63,71	0,172
2	3	70,48	45,97	0,126
	7	27,18	52,64	0,606
	8	53,65	30,47	0,079
	9	-4,84	13,64	0,723
	10	-37,90	63,94	0,554
3	7	-43,29	67,88	0,524
	8	-16,83	52,58	0,749
	9	-75,31	44,97	0,095
	10	-108,38	76,97	0,160
7	8	26,47	58,50	0,651
	9	-32,02	51,77	0,537
	10	-65,08	81,13	0,423
8	9	-58,49*	28,94	0,044
	10	-91,55	68,84	0,185
9	10	-33,06	63,22	0,601

Nota: 1: Sistema nervoso. 2: Olho. 3: Voz e fala. 7: Sistema digestivo, metabólico ou endócrino. 8: Sistema genitourinário. 9: Movimento. 10: Pele.

Anexo P

Comparações Múltiplas entre as ordens médias da adaptação à deficiência por escalão de idade do sujeito (Teste de Tukey)

(I) Idade do Sujeito	(J) Idade do Sujeito	Diferença entre Médias (I-J)	Erro Padrão	Nível de Significância
16 a 24 anos	25 a 44 anos	-3,53	2,45	0,474
	45 a 64 anos	-0,45	2,58	0,998
	Mais de 65 anos	8,35	4,63	0,274
25 a 44 anos	45 a 64 anos	3,08	1,80	0,321
	Mais de 65 anos	11,878*	4,25	0,028
45 a 64 anos	Mais de 65 anos	8,80	4,33	0,179

Anexo Q

Comparações Múltiplas entre as médias da adaptação à deficiência por estatuto face ao emprego (Teste de Tukey)

(I) Estatuto face ao emprego	(J) Estatuto face ao emprego	Diferença entre Médias (I-J)	Erro Padrão	Nível de Significância
NT	NDDL	3,60	3,41	0,898
	DLD	5,92	2,47	0,160
	EMPG	-2,39	2,34	0,912
	IPCP	2,27	4,11	0,994
	REF	2,67	3,24	0,963
NDDL	DLD	2,32	3,20	0,979
	EMPG	-5,98	3,11	0,389
	IPCP	-1,33	4,59	1,000
	REF	-0,92	3,83	1,000
DLD	EMPG	-8,308*	2,04	0,001
	IPCP	-3,65	3,94	0,939
	REF	-3,25	3,03	0,892
EMPG	IPCP	4,65	3,86	0,834
	REF	5,06	2,93	0,514
IPCP	REF	0,41	4,46	1,000

Nota: NT: Nunca trabalhou. NDDL: Desempregado há menos de um ano. DLD: Desempregado há mais de um ano. EMPG: Empregado. IPCP: Instalação por conta própria. REF: Reformado.

Anexo R

Comparações Múltiplas entre as médias da adaptação à deficiência por nível de habilitação literária (Teste de Tukey)

(I) Habilitação Literária	(J) Habilitação Literária	Diferença entre Médias (I-J)	Erro Padrão	Nível de Significância
Não sabe ler, nem escrever	1º Ciclo	-17,19	10,29	0,637
	2º Ciclo	-21,08	10,25	0,382
	3º Ciclo	-25,26	10,15	0,167
	Ensino secundário	-23,36	10,09	0,240
	Bacharelato/Licenciatura	-27,02	10,14	0,111
	Mestrado/Doutoramento	-31,14	12,90	0,196
	1º Ciclo	2º Ciclo	-3,89	3,36
3º Ciclo		-8,07	3,04	0,113
Ensino Secundário		-6,18	2,83	0,308
Bacharelato/Licenciatura		-9,831*	3,01	0,020
Mestrado/Doutoramento		-13,95	8,52	0,658
2º Ciclo	3º Ciclo	-4,18	2,90	0,779
	Ensino Secundário	-2,29	2,69	0,979
	Bacharelato/Licenciatura	-5,94	2,87	0,373
	Mestrado/Doutoramento	-10,06	8,47	0,899
3º Ciclo	Ensino Secundário	1,89	2,26	0,981
	Bacharelato/Licenciatura	-1,76	2,48	0,992
	Mestrado/Doutoramento	-5,88	8,35	0,992
Ensino Secundário	Bacharelato/Licenciatura	-3,65	2,22	0,654
	Mestrado/Doutoramento	-7,77	8,28	0,966
Bacharelato/Licenciatura	Mestrado/Doutoramento	-4,12	8,34	0,999

Anexo S
Validade Discriminante do IAF (relativa ao critério externo Grupos Contrastantes)

Grupo Contrastante	Kolmogorov-Smirnov^a			
		Estatística	gl	Sig.
Natureza da Deficiência	Congénita	0,104	61	0,099
	Adquirida	0,097	152	0,001
Gravidade da Deficiência	1	0,203	7	0,200
	2	0,209	21	0,017
	3	0,146	45	0,017
	4	0,127	44	0,072
	5	0,165	53	0,001
	6	0,124	30	0,200
	7	0,192	6	0,200
Principal Limitação	Sistema nervoso	0,192	55	0,000
	Olho	0,148	29	0,106
	Voz e fala	0,260	2	-
	Digestivo, metabólico e endócrino	0,236	3	-
	Genitourinário	0,304	3	-
	Movimento	0,087	117	0,030
	Pele	0,260	2	-
Estatuto face ao Emprego	Nunca trabalhou	0,115	36	0,200
	Desempregado há menos de 1 ano	0,104	24	0,200
	Desempregado há mais de 1 ano	0,093	74	0,185
	Empregado	0,186	57	0,000
	Instalado por conta própria	0,164	9	0,200
	Reformado	0,192	11	0,200

Nota: ^a Com correcção de Lilliefors

Anexo T

Comparações Múltiplas entre as ordens médias de funcionalidade por nível de gravidade de deficiência do IAF (Teste LSD de Fisher)

(I) Gravidade da Deficiência	(J) Gravidade da Deficiência	Diferença entre Médias (I-J)	Erro Padrão	Nível de Significância
1	2	-32,57	23,31	0,164
	3	-65,95*	21,70	0,003
	4	-101,03*	21,73	0,000
	5	-97,44*	21,48	0,000
	6	-127,64*	22,42	0,000
	7	-127,73*	29,72	0,000
	2	3	-33,38*	14,12
4		-68,46*	14,17	0,000
5		-64,86*	13,77	0,000
6		-95,07*	15,20	0,000
7		-95,15*	24,73	0,000
3	4	-35,08*	11,33	0,002
	5	-31,48*	10,83	0,004
	6	-61,69*	12,59	0,000
	7	-61,77*	23,22	0,008
4	5	3,59	10,89	0,742
	6	-26,61*	12,65	0,037
	7	-26,70	23,25	0,252
5	6	-30,21*	12,20	0,014
	7	-30,29	23,01	0,190
6	7	-0,08	23,89	0,997

Anexo U

Comparações Múltiplas entre as ordens médias de funcionalidade do IAF por estatuto face ao emprego (Teste LSD de Fisher)

(I) Estatuto face ao emprego	(J) Estatuto face ao emprego	Diferença entre Médias (I-J)	Erro Padrão	Nível de Significância
NT	NDDL	69,33*	14,50	0,000
	DLD	24,09*	11,14	0,032
	EMPG	71,70*	11,68	0,000
	IPCP	67,81*	20,57	0,000
	REF	29,34	19,00	0,124
NDDL	DLD	-45,24*	13,00	0,001
	EMPG	2,37	13,46	0,860
	IPCP	-1,52	21,63	0,944
	REF	-39,99*	20,15	0,048
DLD	EMPG	47,61*	9,75	0,000
	IPCP	43,72*	19,53	0,026
	REF	5,25	17,88	0,769
EMPG	IPCP	-3,89	19,85	0,845
	REF	-42,36*	18,22	0,021
IPCP	REF	-38,47	24,87	0,123

Nota: NT: Nunca trabalhou. NDDL: Desempregado há menos de um ano. DLD: Desempregado há mais de um ano. EMPG: Empregado. IPCP: Instalação por conta própria. REF: Reformado.

Anexo V

Validade Discriminante do QCP (relativa ao critério externo Grupos Contrastantes)

Grupo Contrastante	Kolmogorov-Smirnov ^a			
		Estatística	gl	Sig.
Natureza da Deficiência	Congénita	0,13	111	0,000
	Adquirida	0,08	197	0,002
Gravidade da Deficiência	1	0,12	18	0,200
	2	0,18	30	0,014
	3	0,18	59	0,000
	4	0,13	75	0,002
	5	0,08	67	0,200
	6	0,19	28	0,015
	7	0,15	21	0,200
Principal Limitação	Sistema nervoso	0,13	69	0,005
	Olho	0,14	54	0,013
	Voz e fala	0,22	3	-
	Cardiovascular	0,26	2	-
	Digestivo, metabólico e endócrino	0,33	3	-
	Genitourinário	0,24	10	0,101
	Movimento	0,10	165	0,001
Estatuto face ao Emprego	Pele	0,26	2	-
	Nunca trabalhou	0,12	54	0,052
	Desempregado há menos de 1 ano	0,10	26	0,200
	Desempregado há mais de 1 ano	0,10	82	0,039
	Empregado	0,14	108	0,000
	Instalado por conta própria	0,12	15	0,200
	Reformado	0,12	23	0,200

Nota: ^a Com correcção de Lilliefors

Anexo X

Comparações Múltiplas entre as ordens médias de funcionalidade por nível de gravidade de deficiência do QCP (Teste LSD de Fisher)

(I) Gravidade da Deficiência	(J) Gravidade da Deficiência	Diferença entre Médias (I-J)	Erro Padrão	Nível de Significância
1	2	10,42	24,51	0,671
	3	-8,73	22,13	0,694
	4	-43,04*	21,57	0,047
	5	-55,69*	21,82	0,011
	6	-103,95*	24,83	0,000
	7	-117,75*	26,40	0,000
	2	3	-19,15	18,43
4		-53,47*	17,76	0,003
5		-66,11*	18,06	0,000
6		-114,37*	21,60	0,000
7		-128,18*	23,39	0,000
3	4	-34,31*	14,30	0,017
	5	-46,96*	14,68	0,002
	6	-95,22*	18,86	0,000
	7	-109,02*	20,89	0,000
4	5	-12,64	13,82	0,361
	6	-60,91*	18,20	0,001
	7	-74,71*	20,29	0,000
5	6	-48,26*	18,50	0,010
	7	-62,07*	20,56	0,003
6	7	-13,80	23,73	0,561

Anexo Z

Comparações Múltiplas entre as ordens médias de funcionalidade do QCP por estatuto face ao emprego (Teste LSD de Fisher)

(I) Estatuto face ao emprego	(J) Estatuto face ao emprego	Diferença entre Médias (I-J)	Erro Padrão	Nível de Significância
NT	NDLD	4,14*	2,09	0,049
	DLD	-0,97	1,54	0,527
	EMPG	5,46*	1,46	0,000
	IPCP	3,43	2,56	0,182
	REF	-0,94	2,18	0,668
NDLD	DLD	-5,11*	1,97	0,010
	EMPG	1,32	1,92	0,491
	IPCP	-0,71	2,84	0,802
	REF	-5,08*	2,51	0,044
DLD	EMPG	6,43*	1,28	0,000
	IPCP	4,40	2,46	0,075
	REF	0,04	2,07	0,986
EMPG	IPCP	-2,03	2,42	0,400
	REF	-6,40*	2,01	0,002
IPCP	REF	-4,36	2,91	0,135

Nota: NT: Nunca trabalhou. NDLD: Desempregado há menos de um ano. DLD: Desempregado há mais de um ano. EMPG: Empregado. IPCP: Instalação por conta própria. REF: Reformado.

Anexo AA

Profissão dos sujeitos com deficiência da amostra do estudo de variáveis preditoras do comportamento de procura de emprego

Profissão	Sujeitos	
	n	%
Quadros superiores da administração pública	1	1,8
Directores e gerentes de pequenas empresas	1	1,8
Especialista de informática	1	1,8
Agentes comerciais e correctores	1	1,8
Profissionais de nível intermédio de gestão e administração	1	1,8
Empregados de aprovisionamento, de planeamento e dos transportes	1	1,8
Empregados de escritório	5	8,9
Caixas, bilheteiros e similares	1	1,8
Empregados de recepção, de informação e telefonistas	2	3,5
Assistentes, cobradores, guias e trabalhadores similares	3	5,4
Ecónomos e pessoal do serviço de restauração	1	1,8
Outro pessoal dos serviços directos e particulares	1	1,8
Pessoal dos serviços de protecção e segurança	1	1,8
Vendedores e demonstradores	1	1,8
Agricultores e trabalhadores qualificados de culturas agrícolas	1	1,8
Trabalhadores da construção e obras públicas	5	8,9
Pintores, limpadores de fachadas e trabalhadores similares	1	1,8
Moldadores, soldadores, bate-chapas, caldeireiros e montadores de metal	1	1,8
Mecânicos e ajustadores de máquinas	2	3,5
Mecânicos de precisão em metal e materiais similares	1	1,8
Artesãos de madeira, tecido, couro e materiais similares	1	1,8
Trabalhadores da preparação e confecção de alimentos e bebidas e similares	1	1,8
Trabalhadores de madeiras e similares	3	5,4
Trabalhadores dos têxteis e confecções e trabalhadores similares	2	3,5
Trabalhadores de peles, couro e calçado	1	1,8
Operadores de instalações de transformação de metais	1	1,8
Operadores de instalações de fabricação de vidro, cerâmica e similares	1	1,8
Operadores de máquinas para fabricar produtos de borracha e plástico	2	3,5
Outros operadores de máquinas e trabalhadores de montagem	2	3,5
Condutores de veículos a motor	2	3,5
Pessoal da limpeza, lavadeiras, engomadores de roupa e trabalhadores similares	3	5,4
Porteiros de prédios urbanos, lavadores de vidros e veículos	3	5,4
Estafetas, bagageiros, porteiros, guardas e trabalhadores similares	1	1,8
Forças armadas	1	1,8
Informação omissa	2	3,5
Totais	58	100