

Ana Paula Lebre dos Santos Branco Melo

QUALIDADE DE VIDA E PROMOÇÃO DA SAÚDE DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

ESTUDO DOS DETERMINANTES E RELAÇÕES DA QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE DE JOVENS COM DEFICIÊNCIA NUMA AMOSTRA NACIONAL E EM ALMADA

Dissertação apresentada com vista à obtenção do grau de Doutor no ramo de Motricidade Humana na Especialidade de Educação Especial e Reabilitação

Orientador:

- Professora Doutora Maria Margarida Nunes Gaspar de Matos

Júri:

Presidente:

- Reitor da Universidade Técnica de Lisboa

Vogais:

- Professora Doutora Maria Luísa Torres Queiroz de Barros
- Professor Doutor David António Rodrigues
- Professora Doutora Maria Margarida Nunes Gaspar de Matos
- Professora Doutora Luíza Mara Silva Lima Rodrigues
- Professora Doutora Maria Celeste Rocha Simões



Universidade Técnica de Lisboa

Faculdade de Motricidade Humana

2008

Ana Paula Lebre dos Santos Branco Melo

**QUALIDADE DE VIDA E PROMOÇÃO DA SAÚDE DE PESSOAS COM
DEFICIÊNCIA**

ESTUDO DOS DETERMINANTES E RELAÇÕES DA QUALIDADE DE VIDA E
SAÚDE DE JOVENS COM DEFICIÊNCIA NUMA AMOSTRA NACIONAL E EM
ALMADA

Dissertação apresentada com vista à obtenção do grau de Doutor no ramo de
Motricidade Humana na Especialidade de Educação Especial e Reabilitação

Orientador:

- Professora Doutora Maria Margarida Nunes Gaspar de Matos

Júri:

Presidente:

- Reitor da Universidade Técnica de Lisboa

Vogais:

- Professora Doutora Maria Luísa Torres Queiroz de Barros
- Professor Doutor David António Rodrigues
- Professora Doutora Maria Margarida Nunes Gaspar de Matos
- Professora Doutora Luíza Mara Silva Lima Rodrigues
- Professora Doutora Maria Celeste Rocha Simões



Universidade Técnica de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana
2008

*“Ser feliz
é reconhecer que vale a pena viver,
apesar de todos os desafios, adversidades e períodos de crise.*

*Ser feliz ...
é deixar de ser vítima dos problemas e tornar-se um autor da própria história...
é atravessar desertos fora de si e ser capaz de encontrar um oásis...
é não ter medo dos próprios sentimentos...
É lembrar, reconhecer e saber agradecer a todos os verdadeiros amigos...*

Uma adaptação de poema de Fernando Pessoa

À memória do Jorge

AGRADECIMENTOS

Este espaço é dedicado àqueles que deram a sua contribuição para que esta dissertação fosse realizada. A todos deixo aqui o meu sincero agradecimento.

A realização deste trabalho vem concretizar mais uma etapa da formação académica, científica e pessoal transportada em memórias e emoções múltiplas, bem como em muitas pessoas e experiências com um papel fundamental para que tal fosse possível.

Em primeiro lugar, agradeço à Prof.^a Doutora Margarida Gaspar de Matos pela orientação do trabalho e por sempre acreditar na sua concretização. A sua orientação foi acima de tudo uma lição de vida, de compreensão, apoio, disponibilidade, amizade, motivação, liberdade, e de uma constante e riquíssima transmissão de conhecimentos e saberes.

Em segundo lugar, agradeço à Prof.^a e amiga Celeste Simões pelo constante incentivo e apoio, em particular pela ajuda na análise e tratamento dos dados e pelo apoio na substituição de aulas.

De seguida um especial agradecimento a todos os colegas do Departamento de Educação Especial e Reabilitação, particularmente a todos aqueles que continuamente acreditaram e encorajaram durante a concretização deste trabalho.

Uma palavra de agradecimento ao Departamento de Acção Sócio-Cultural da Câmara Municipal de Almada pela disponibilidade e colaboração na realização das inúmeras acções dirigidas para as pessoas com deficiência ao longo destes últimos 13 anos que tanto me ensinaram e direccionaram para este estudo.

Um agradecimento especial para a Dr.^a Emília Prudêncio, da Câmara Municipal de Almada, amiga e companheira deste percurso, por me ter apoiado em vários projectos em Almada que permitiram o conhecimento da realidade das pessoas com deficiência.

Um agradecimento à Dr.^a Andreia Marques, pelos momentos de apoio, incentivo, reforço e em particular pela disponibilidade e mentoria na fase final deste trabalho.

A todos os membros passados e presentes da equipa envolvida na Aventura Social, especialmente a todos os elementos da equipa envolvidos no Estudo HBSC em 2002, sem os quais este trabalho não poderia ter sido realizado.

Gostaria de agradecer a todos os docentes, técnicos, professores do Concelho de Almada das Escolas Regulares e das Instituições em que parte deste trabalho foi realizado pela disponibilidade e colaboração.

Um agradecimento muito especial a todos os jovens que acederam participar neste estudo, pela disponibilidade e amabilidade.

Finalmente, um agradecimento à Joana ao Pedro ao Vasco e família pela compreensão e apoio nos momentos difíceis.

INDICE

INDICE DE FIGURAS	III
INDICE DE TABELAS	IV
INDICE DE QUADROS	IV
INDICE DE ANEXOS	VIII
INTRODUÇÃO.....	- 1 -
ENQUADRAMENTO.....	- 1 -
JUSTIFICAÇÃO	- 6 -
OBJECTIVOS DO TRABALHO	- 13 -
PLANO DE TRABALHO	- 15 -
CAPITULO 1 – DESENVOLVIMENTO E ADOLESCÊNCIA.....	- 19 -
DEFINIÇÕES DA ADOLESCÊNCIA.....	- 19 -
EVOLUÇÃO DOS ESTUDOS DA ADOLESCÊNCIA.....	- 24 -
CAPITULO 2 – SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA.....	- 37 -
SAÚDE.....	- 37 -
PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	- 40 -
QUALIDADE DE VIDA.....	- 44 -
SATISFAÇÃO, FELICIDADE, BEM-ESTAR	- 59 -
CAPÍTULO 3 – DEFICIÊNCIA E INCAPACIDADE.....	- 67 -
MODELOS COMPREENSIVOS DA DEFICIÊNCIA E INCAPACIDADE.....	- 68 -
O MODELO MORAL.....	- 72 -
O MODELO SOCIAL.....	- 72 -
O MODELO MÉDICO.....	- 76 -
O MODELO BIOPSISSOCIAL.....	- 81 -
ESTIMATIVAS DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E OU INCAPACIDADE	- 94 -
IMPACTO DA DEFICIÊNCIA E INCAPACIDADES.....	- 114 -
CAPITULO 4 - DESIGUALDADES NA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA.....	- 119 -
CAPÍTULO 5 – MÉTODOS E PROCEDIMENTOS	-127-
APRESENTAÇÃO DO ESTUDO.....	- 127 -
OBJECTIVOS DO ESTUDO	- 131 -
OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	- 131 -
HIPÓTESES	- 133 -

MÉTODO	- 135 -
AMOSTRA 1.....	- 135 -
AMOSTRA 2.....	- 136 -
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO.....	- 136 -
PROCEDIMENTOS AMOSTRA 1.....	- 138 -
PROCEDIMENTOS AMOSTRA 2.....	- 139 -
ANÁLISE DOS DADOS.....	- 141 -
CAPITULO 6 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	- 143 -
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS UNIVARIADOS -AMOSTRA 1 E 2.....	- 146 -
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS BIVARIADOS -AMOSTRA 1 E 2.....	- 163 -
ANÁLISE COMPARATIVA DAS PERCEPÇÕES DE SAÚDE EM JOVENS COM E SEM UM PROBLEMA DE SAÚDE, DOENÇA CRÓNICA, DEFICIÊNCIA MOTORA, DEFICIÊNCIA SENSORIAL OU OUTRA SITUAÇÃO -AMOSTRA 1.	- 165 -
ANÁLISE COMPARATIVA DAS PERCEPÇÕES DE SAÚDE ENTRE JOVENS COM E SEM UM PROBLEMA DE SAÚDE, DOENÇA CRÓNICA, DEFICIÊNCIA MOTORA, DEFICIÊNCIA SENSORIAL OU OUTRA SITUAÇÃO - AMOSTRA 2.....	- 199 -
ANÁLISE COMPARATIVA DAS PERCEPÇÕES DE SAÚDE ENTRE JOVENS COM E SEM NEE, COM E SEM LIMITAÇÕES NA PARTICIPAÇÃO NA ESCOLA, COM E SEM RESTRIÇÕES À REALIZAÇÃO DE ACTIVIDADES - AMOSTRA 2.....	- 215 -
PROCEDIMENTOS PARA TRANSFORMAÇÃO DE VARIÁVEIS DOS FACTORES BEM-ESTAR MATERIAL (AFLUÊNCIA FAMILIAR), AJUSTAMENTO PSICOSSOCIAL (SINTOMAS), BEM-ESTAR/QUALIDADE DE VIDA (SATISFAÇÃO, SAÚDE E FELICIDADE)	- 230 -
ESTUDO DIFERENCIAL DOS FACTORES AFLUÊNCIA FAMILIAR, AJUSTAMENTO PSICOSSOCIAL/SINTOMAS E BEM-ESTAR/QUALIDADE DE VIDA (SATISFAÇÃO, SAÚDE, FELICIDADE)	- 238 -
ANÁLISE FACTORIAL EXPLORATÓRIA - AFLUÊNCIA FAMILIAR, AJUSTAMENTO PSICOSSOCIAL, BEM-ESTAR/QUALIDADE DE VIDA – AMOSTRA 1 E 2	- 245 -
MODELO COMPREENSIVO DA EXPLICAÇÃO DO EFEITO DE PREDIÇÃO DO BEM-ESTAR MATERIAL (AFLUÊNCIA) NO AJUSTAMENTO PSICOSSOCIAL (SINTOMAS) E NO BEM-ESTAR E QUALIDADE DE VIDA (SAÚDE, SATISFAÇÃO, FELICIDADE).....	- 251 -
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	- 276 -
CAPÍTULO 7 - CONCLUSÕES	- 287 -
LIMITAÇÕES	- 292 -
RECOMENDAÇÕES.....	- 292 -
BIBLIOGRAFIA	- 297 -
ANEXOS	- 331 -

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de Nagi do processo de incapacitação (Nagi, 1995)	- 78 -
Figura 2 Modelo compreensivo da Deficiência, incapacidade e desvantagens (OMS, 1980)	- 79 -
Figura 3 – Interações entre componentes da CIF (WHO, 2000b).....	- 84 -
Figura 4 – Hipóteses de adição da Qualidade de Vida ao modelo da CIF (WHO, 2000b).....	- 89 -
Figura 5 – Modelo efeito mediador estatuto sócio-económico, capital social e saúde (Wilkinson, 1996)	- 125 -
Figura 6 – Modelo efeito moderador do capital social na Saúde (Campbell, 1999).....	- 125 -
Figura 7 Modelo proposto de interligação entre afluência familiar (fas), sintoma (si) e saúde, satisfação e felicidade (ssf).....	- 253 -
Figura 8 Modelo Inicial da Afluência familiar (FAS)	- 255 -
Figura 9 Modelo final da afluência familiar solução estandarizada - Amostra 1	- 256 -
Figura 10 Modelo final da afluência familiar solução estandarizada - Amostra 2.....	- 257 -
Figura 11 Modelo inicial sintomas (SI)	- 259 -
Figura 12 Modelo final sintomas solução estandarizada (SI) - Amostra 1	- 260 -
Figura 13 Modelo final sintomas solução estandarizada (SI) - Amostra 2).....	- 262 -
Figura 14 Modelo Inicial testado Saúde, Satisfação,Felicidade (SI)	- 263 -
Figura 15 Modelo Final Saúde, satisfação e felicidade solução estandarizada (SSF) (Amostra 1)	- 264 -
Figura 16 Modelo final Saúde, satisfação e felicidade solução estandarizada (SSF) - Amostra 2	- 266 -
Figura 17 Modelo de predição do ajustamento psicossocial (SI) e da saúde, satisfação e felicidade (SSF) pela afluência familiar (FAS) (amostra1)	- 267 -
Figura 18 Modelo de predição do ajustamento psicossocial (SI) e da saúde, satisfação e felicidade (SSF) pela afluência familiar (FAS) (amostra2)	- 268 -
Figura 19 Modelo final, valores saturação dos indicadores nos factores e variância explicada (Amostra 1 - TOTAL)	- 269 -
Figura 20 Modelo final, valores saturação dos indicadores nos factores e variância explicada (Amostra 1 – jovens com problema de saúde, deficiência).....	- 271 -

Figura 21 Modelo final, valores saturação dos indicadores nos factores e variância explicada (Amostra 1 – jovens com com participação afectada devido a problema de saúde deficiência).....	- 272 -
Figura 22 Modelo final, valores saturação dos indicadores nos factores e variância explicada (Amostra 2 - total).	- 273 -
Figura 23 Modelo final, valores saturação dos indicadores nos factores e variância explicada (Amostra 2 – Jovens com necessidades educativas especiais).....	- 274 -
Figura 24 Modelo final, valores saturação dos indicadores nos factores e variância explicada (Amostra 2 – jovens com limitações na participação).....	- 275 -

INDICE DE TABELAS

Tabela 1-Definições de Qualidade de Vida-Adaptado de Raphael (1996)	- 56 -
Tabela 2-Modelo expandido da incapacitação (Nagi, 1995)	- 79 -
Tabela 3-Questões propostas para recolha de dados sobre a incapacidade segundo CIF (OMS,2001).....	- 93 -
Tabela 4-Deficiência segundo tipo, sexo e grupo etário (INE, 2001).....	- 99 -
Tabela 5-Número total jovens com deficiência grupo etário 6-15 e 16-24 (SNR, 1996)	- 101 -
Tabela 6-Número de jovens por cada mil com incapacidades nos grupos etários 6-15 e 16-24 (SNR, 1996)-	106 -
Tabela 7-Número de jovens por cada mil com incapacidades nos grupos etários 6-15 e 16-24 (SNR, 1996)-	108 -
Tabela 8-Itens utilizados no estudo	- 137 -

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Frequência e Percentagem de sujeitos incluídos nas Amostras 1, 2 em função do Problema de Saúde ou Deficiência percebido e da identificação de Necessidades Educativas Especiais (NEE).....	- 147 -
Quadro 2 – Frequência e Percentagem de sujeitos incluídos na Amostra 2 em função do Problema de Saúde ou Deficiência percebido com e sem Necessidades Educativas Especiais (NEE).	- 148 -
Quadro 3 - Associação entre percepção de problema de saúde/deficiências com a percepção de afluência familiar (amostra 1).....	- 173 -
Quadro 4 - Associação entre percepção de um problema de saúde/deficiências e a percepção de saúde, felicidade, satisfação com a vida (amostra 1).....	- 176 -

Quadro 5 - Associação entre percepção de problema de saúde ou deficiências e ajustamento psicossocial(amostra1).....	- 180 -
Quadro 6 - Associação entre percepção de problema de saúde/deficiência e experiência na escola (amostra 1)....	186 -
Quadro 7 - Associação entre a percepção de problema de saúde ou deficiência e percepções competências sociais (amostra 1)	- 189 -
Quadro 8 - Associação entre a percepção de problema de saúde ou deficiência e relações família e pares (amostra1)	- 190 -
Quadro 9 - Associação entre prática de actividade física e desportos com percepção problema da saúde e deficiências (amostra 1)	- 192 -
Quadro 10 - Associação entre ocupação de tempos livres com a percepção problema da saúde (amostra 1) -	194 -
Quadro 11 - Associação entre ocupação de tempos livre com a percepção de problema de saúde (amostra 1).....	194 -
Quadro 12 - Associação entre ocupação de tempos livre com a percepção de deficiência motora (amostra 1)-	195 -
Quadro 13 - Associação entre ocupação de tempos livre com a percepção de deficiência sensorial (amostra 1) ...	196 -
Quadro 14 - Associação entre ocupação de tempos livre com a percepção de outra situação (amostra 1)....	- 196 -
Quadro 15 - Associação entre comportamentos saúde/risco com a percepção de problema de saúde ou deficiência (amostra 1).....	- 197 -
Quadro 16 – Associação entre percepção de problema de saúde/deficiências com a percepção de afluência familiar.....	- 203 -
Quadro 17 – Associação entre perecpção de um problema de saúde/deficiências e a percepção de saúde, felicidade,satisfação com a vida (amostra 2).....	- 204 -
Quadro 18 – Associação entre percepção de problema de saúde ou deficiências e ajustamento psicossocial (amostra 2)	- 206 -
Quadro 19 – Associação entre percepção de problema de saúde/deficiência e experiência na escola (amostra 2) .-	207 -
Quadro 20 – Associação entre percepção de problema de saúde/deficiência e percepções de competências sociais.....	- 208 -

Quadro 21 – Associação entre percepção de problema de saúde ou deficiência e relações família e pares (amostra 2).....	- 209 -
Quadro 22 – Associação entre prática de actividade física e desportos com percepção de problema de saúde ou deficiência (amostra 2).....	- 211 -
Quadro 23 – Associação entre prática de tempos livres e percepção de problema de saúde ou deficiência (amostra 2).....	- 212 -
Quadro 24 – Associação entre comportamentos de risco e percepção de problema de saúde ou deficiência (amostra 2).....	- 214 -
Quadro 25 – Distribuição grupos em função de NEE, limitações participação e restrições realização de actividades - género, grupo etário, ano de escolaridade (amostra 2).....	- 216 -
Quadro 26 – Associação entre NEE, limitações participação, restrições realização actividades e afluência familiar (amostra 2).....	- 219 -
Quadro 27 – Associação entre NEE, limitações participação, restrições realização actividades– Saúde Positiva (amostra 2).....	- 220 -
Quadro 28 – Associação entre NEE, limitações participação, restrições realização actividades – Sintomas (amostra2).....	- 221 -
Quadro 29 – Associação entre NEE, limitações participação, restrições realização actividades-Experiência Escola (amostra2).....	- 222 -
Quadro 30 – Associação entre NEE, limitações participação, restrições realização actividades– Competências sociais (amostra 2).....	- 224 -
Quadro 31 – Associação entre NEE, limitações participação, restrições realização actividades– Relações sociais /pares (amostra 2).....	- 225 -
Quadro 32 – Associação entre NEE, limitações participação, restrições realização actividades– Actividade física/Desportos (amostra 2).....	- 226 -
Quadro 33 – Associação entre NEE, limitações participação, restrições realização actividades– Ocupação dos tempos livres (amostra 2).....	- 227 -
Quadro 34 – Associação entre NEE, limitações participação, restrições realização actividades – Comportamentos de Risco (amostra 2).....	- 228 -
Quadro 35 – Quantificações das variáveis de afluência familiar após transformação.....	- 231 -
Quadro 36 – Saturação dos itens da afluência familiar.....	- 232 -

Quadro 37 – Correlações entre as variáveis da afluência familiar antes e após transformação	- 232 -
Quadro 38 – Quantificações das variáveis de ajustamentos psicossocial após transformação	- 233 -
Quadro 39 – Saturação dos itens do ajustamento psicossocial	- 234 -
Quadro 40 – Correlações entre as variáveis do ajustamento psicossocial antes e após transformação	- 234 -
Quadro 41 – Quantificações das variáveis satisfação, saúde, felicidade após transformação	- 235 -
Quadro 42 – Quantificações da variável – satisfação geral após transformação	- 236 -
Quadro 43 – Saturação dos itens satisfação, saúde, felicidade	- 237 -
Quadro 44 – Correlações entre as variáveis satisfação, saúde, felicidade antes e após transformação	- 237 -
Quadro 45 – Estudo diferencial das médias dos scores da afluência familiar, sintomas e satisfação, saúde e felicidade (amostra 1).....	- 239 -
Quadro 46 – Estudo diferencial das médias dos scores da afluência familiar, sintomas e satisfação, saúde e felicidade (amostra 2).....	- 241 -
Quadro 47 – Estudo diferencial das médias dos scores da afluência familiar, sintomas e satisfação, saúde e felicidade – NEE, limitação participação e restrição actividades (amostra 2).....	- 243 -
Quadro 48 – Matriz de factores com rotação varimax (amostra 1).....	- 247 -
Quadro 49 – Matriz de factores com rotação varimax (amostra 2).....	- 249 -
Quadro 50 – Valores do ajustamento e saturação dos indicadores no factor afluência familiar (não estandardizada B e estandardizado β), erro padrão (S.E.), Critical Ratio (C.R.) no modelo - Amostra 1.....	- 257 -
Quadro 51 – Valores do ajustamento e Saturação dos indicadores no factor afluência familiar (não estandardizada B e estandardizado β), erro padrão (S.E.), Critical Ratio (C.R.) no modelo inicial - Amostra 2.....	- 258 -
Quadro 52 - Saturação dos indicadores no factor afluência familiar (não estandardizada B e estandardizado β), erro padrão (S.E.), Critical Ratio (C.R.) no modelo final - Amostra 2.....	- 258 -
Quadro 53 – Valores do ajustamento e Saturação dos indicadores no factor sintomas (não estandardizada B e estandardizado β), erro padrão (S.E.), Critical Ratio (C.R.) no modelo inicial - Amostra 1.....	- 259 -
Quadro 54 – Valores do ajustamento e Saturação dos indicadores no factor sintomas (não estandardizada B e estandardizado β), erro padrão (S.E.), Critical Ratio (C.R.) no modelo final - Amostra 1	- 260 -
Quadro 55 - Saturação dos indicadores no factor sintomas (não estandardizada B, estandardizado β), erro padrão (S.E.) Critical Ratio (C.R.) no modelo inicial - Amostra 2	- 261 -

Quadro 56 - Saturação dos indicadores no factor sintomas (não estandardizada B e estandardizado β), erro padrão (S.E.), Critical Ratio (C.R.) no modelo final - Amostra 2.....	- 262 -
Quadro 57 – Valores do ajustamento e Saturação dos indicadores no factor Saúde, Satisfação,Felicidade (não estandardizada B e estandardizado β), erro padrão (S.E.), Critical Ratio (C.R.) no modelo inicial - Amostra 1.....	- 263 -
Quadro 58 – Valores do ajustamento e Saturação dos indicadores no factor Saúde, satisfação e felicidade (não estandardizada B e estandardizado β), erro padrão (S.E.), Critical Ratio (C.R.) no modelo final - Amostra 1	- 264 -
Quadro 59 – Valores do ajustamento e Saturação dos indicadores no factor Saúde, Satisfação,Felicidade (não estandardizada B e estandardizado β), erro padrão (S.E.), Critical Ratio (C.R.) no modelo inicial - Amostra 2.....	- 265 -
Quadro 60 – Valores do ajustamento e Saturação dos indicadores no factor Saúde, satisfação e felicidade (não estandardizada B e estandardizado β), erro padrão (S.E.), Critical Ratio (C.R.) no modelo final - Amostra 2	- 266 -

INDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 QUADROS DA ANÁLISE UNIVARIADA E BIVARIADA DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO	-329-
ESTUDO UNIVARIADO –AMOSTRA 1 E 2	-335-
ESTUDO BIVARIADO-AMOSTRA 1.....	-344-
ESTUDO BIVARIADO AMOSTRA 2.....	-360-
ANEXO 2 CARTAS DE APRESENTAÇÃO, AUTORIZAÇÃO E PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO 2	-391-
ANEXO 3 QUESTIONÁRIO ADAPTADO DO ESTUDO HBSC/OMS (2002) PARA APLICAÇÃO NO ESTUDO 2	-393-
ANEXO 4 LISTA DE ESCOLAS/ALUNOS COM NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS-ALMADA.....	-399-
LISTAGEM DE ALUNOS COM NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS POR ESCOLA.....	-399-
ANEXO 5 LIMITAÇÕES POR DOMÍNIOS DE FUNCIONAMENTO DOS ALUNOS COM NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS NO ESTUDO 2.....	-400-
ANEXO 6 DICIONÁRIO DE VARIÁVEIS UTILIZADAS NO ESTUDO 1 E 2	-406-
ANEXO 7 PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS	-409-
ANÁLISE DAS DIFERENÇAS AFLUÊNCIA FAMILIAR, SINTOMAS, SAÚDE, SATISFAÇÃO, FELICIDADE..	-409-
ANÁLISE FACTORIAL EXPLORATÓRIA	-413-
EQUAÇÕES DE MODELOS ESTRUTURAIS	-415-

LISTA DE ABREVIATURAS

%	Percentagem
CIF	Classificação Incapacidades Funcionamento e Saúde
cit.	Citado
Dr.	Doutor
Dr. ^a	Doutora
e.g.	por exemplo
et al.	E outros
etc.	Etcetera
FAS	Family Affluence Scale / Escala de Afluência Familiar
HBSC/OMS	Health Behaviour in School Aged Children/Comportamentos de Saúde em Crianças em Idade Escolar
i.e.	isto é
INE	Instituto Nacional de Estatística
M	Média
N	Número
NEE	Necessidades Educativas Especiais
OAE	Observatório Apoios Educativos
PAIPDI	Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiência e Incapacidade
PNAI	Plano Nacional de Acção para a Inclusão
Prof.	Professor
Prof. ^a	Professora
SI	Sintomas
SSF	Saúde, satisfação e felicidade
SES	Socio-economic status/ Estatuto sócio económico
SNR	Secretariado Nacional de Reabilitação
UE	União Europeia
ONU	United Nations/Nações Unidas
UPIAS	Union of the Physically Impaired Against Segregation/União de Deficientes físicos contra a segregação
WHO/DAR	World Health Organization/Disability and rehabilitation team/Organização Mundial de Saúde/Equipa Incapacidade e Reabilitação
WHO/OMS	Organização Mundial de Saúde
WHOQOL	World Health Organisation Quality of Life Assessment/Organização Mundial de Saúde Avaliação Qualidade de Vida
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation/ Organização Educacional, Científica e Cultural das Nações Unidas
UNICEF	United Nations Children's Fund/Fundo das Nações Unidas para as crianças

INTRODUÇÃO

*Nada é impossível de mudar
Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo.
E examinai, sobretudo, o que parece habitual.
Suplicamos expressamente: não aceites o que é de hábito como coisa natural,
pois em tempo de desordem sangrenta,
de confusão organizada, de arbitrariedade consciente,
de humanidade desumanizada,
nada deve parecer natural nada deve parecer impossível de mudar*
Bertold Brecht

ENQUADRAMENTO

Constata-se que em todo o mundo mais de meio bilhão de pessoas tem uma incapacidade como resultado de uma deficiência. As suas vidas atravessam, por vezes, uma "crise silenciosa", assim denominada pelas Nações Unidas, pouco visível nos nossos contextos sociais, implicando frequentemente consequências negativas na saúde, qualidade de vida e capacitação dos indivíduos (United Nations, 1982, 1999, 2003).

Exemplos como a exclusão, a discriminação, a estigmatização, o preconceito, o desconhecimento, o esquecimento, associam-se a uma reduzida possibilidade para aceder a níveis e estilos de vida adequados (Wright, 1983; United Nations, 2003; WHO/SHIA, 2002WHO/DAHR, 2006).

Ao nível Nacional e Internacional as acções dirigidas às pessoas com deficiência ou incapacidades são claras, estabelecendo prioridades na promoção do bem-estar e qualidade de vida numa base de igualdade, promoção da inclusão e redução da pobreza (PNAI, 2003; PNAI, 2006; PAIPDI, 2006; WHO/DAR,2006).

São exemplo, a nível Nacional as propostas de acção no domínio da Saúde, Educação, Emprego, Acessibilidades, Apoio social, Prevenção e Reabilitação, consubstanciadas pela Lei de Bases da Prevenção, Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (Lei nº 9 /89) e mais recentemente pelas Lei de Bases da Prevenção, Habilitação, Reabilitação e Participação das Pessoas com Deficiência, definindo como grandes objectivos a *“promoção da igualdade de oportunidades, a promoção de oportunidades de educação, trabalho e formação ao longo da vida, a promoção do acesso a serviços de apoio e a promoção de uma sociedade para todos através da eliminação das barreiras e da adopção de medidas que visem a plena participação das pessoas com deficiência”*(Lei nº 38/04).

Este enunciado é reforçado no Plano Nacional para a Inclusão, que assinala como prioridade ultrapassar a discriminação e o reforço da integração de pessoas em situação de exclusão, incluindo o grupo das pessoas com deficiência (PNAI, 2006).

Salienta-se ainda mais recentemente o I Plano Nacional de Acção para a Integração de Pessoas com Deficiência ou Incapacidade que reforça medidas e estratégias a promoção da qualidade de vida, enquadradas em grandes eixos, que abrangem as acessibilidades, a educação, qualificação e promoção da inclusão laboral, o emprego e a habilitação para melhores condições de vida (PAIPDI, 2006-2009).

Igualmente, a nível Internacional são inúmeras as deliberações e medidas que reforçam a importância da inclusão e da defesa dos direitos das pessoas com deficiências e incapacidade.

Neste âmbito salienta-se o Programa Mundial de Acção dirigido às Pessoas Deficientes das Nações Unidas (ONU, 1993), as Normas para a Igualdade de Oportunidades (ONU, 1995), as Linhas Orientadoras para a Definição de uma Política Coerente para a Reabilitação das Pessoas com Deficiência do Conselho da Europa (CE, 1994) bem como a Declaração de Barcelona na celebração do Congresso Europeu sobre a Cidade e as Pessoas com Deficiência (Consejo de Municipios y Regiones de Europa, 1995). Esta última declaração reforça a importância das cidades e suas comunidades prestarem uma atenção às necessidades individuais e sociais, criando apoios que minimizem as consequências das incapacidades, estabelecendo o direito ao reconhecimento da igualdade de oportunidades, o respeito pela diferença e pela diversidade, promovendo a melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência nos seus contextos de vida (Consejo de Municipios y Regiones de Europa, 1995).

Em torno destes enunciados, salienta-se a importância e contínua referência à noção de qualidade de vida e saúde aplicada às respostas dirigidas para pessoas com deficiências e incapacidades.

De facto, os conceitos qualidade de vida e saúde, têm sido incluídos a diversos níveis, desde a própria definição e conceptualização das deficiências e incapacidades (WHO, 1999, 2002), bem como na formulação de objectivos da intervenção, na avaliação ou na organização dos serviços dirigidos às pessoas com deficiências (Schalock, 1990a; Schalock, 1990b; Schalock, 1996; Susser, 1990; Brown, 1992, 1994; Browne, Mcgee, Boyce, 1997; Woodill, Renwick, Brown & Raphael, 1994; Day & Jankey, 1996; Felce, 1997; Verdugo & Schalock, 2002), surgindo assim como denominadores comuns nos diversos enunciados dirigidos às pessoas com deficiências ou incapacidades.

Contudo, o constructo de qualidade de vida, bem como o constructo da saúde, e sua subsequente compreensão assumem inúmeras e distintas concepções, o que por vezes conduz a uma difícil compreensão dos seus significados.

Por um lado poderemos reforçar a actual noção de saúde, que sendo associada não unicamente ao conceito de doença, assume um carácter positivo, incluindo um conjunto complexo de factores, que pretendem constituir-se como um recurso para a vida, criando assim um desafio para se encontrarem novas formas de a promover (Matos, Simões, Carvalhosa, Reis, & Canha, 1999; Matos, Simões & Canha, 1999; Matos, Simões, Canha & Fonseca, 2000; Matos & Equipa do Projecto Aventura Social, 2003, 2006).

Esta nova visão e compreensão da saúde deverá incluir os jovens com deficiências ou incapacidades, constituindo um recurso para a aquisição e desenvolvimento dos papéis associados à transição para uma vida adulta, tendo em consideração a necessidade de promover um nível e estilos de vida saudáveis, de qualidade e de progressiva autonomia para todos.

O interesse pela articulação entre os constructos da saúde, promoção da saúde e da qualidade de vida, em que o estudo dos comportamentos de saúde dos jovens, *Health Behaviour in School Aged Children (HBSC/OMS)* se enquadra, decorre das evidências de que existem factores objectivos e subjectivos comuns, associados às condições de saúde, condições de vida, aos envolvimento e contextos sociais, que são preditores da saúde e qualidade de vida dos jovens. Importa assim melhor compreender as suas diferenças e de que forma estes factores se interrelacionam com a presença de deficiências ou incapacidades nos jovens.

Na área da promoção da saúde, a qualidade de vida é entendida como uma “face humanizada” dos determinantes da saúde, isto é, a promoção da saúde ao contribuir para

identificar a qualidade de vida dos membros de uma comunidade, permite-nos colocar um conjunto de questões sobre a saúde dos indivíduos bem como os factores a ela associados e assim estabelecer um conjunto de acções de acordo com as necessidades dos indivíduos e grupos em situação de maior desigualdade ou exclusão, como é o caso dos jovens com deficiências e incapacidades.

Ao se assumir que a noção de promoção da saúde deve ser centrada na capacitação da pessoa, defendemos o pressuposto de que é possível para todos os indivíduos, independentemente da sua condição de maior ou menor desigualdade, alcançar um estado de bem-estar físico, mental e social, identificando e realizando aspirações, satisfazendo necessidades, modificando e lidando com o envolvimento, de forma a contribuir para a sua qualidade de vida, sendo esta o objectivo final a alcançar por todos os indivíduos (Nutbeam, 1998).

À luz de uma perspectiva de um desenvolvimento saudável e positivo dos jovens, assume-se que é possível a promoção de estilos de vida saudáveis, evidenciados em comportamentos positivos em jovens com e sem deficiências ou incapacidades, bem como na qualidade de vida e bem-estar por estes percebida (Renwick & Friefeld, 1996; Raphael, Brown, Renwick & Rootman, 1996).

O questionamento que se coloca, centrando-se em particular nos grupos de jovens com deficiências e incapacidades, surge pela constatação de que existe uma situação de desigualdade face à sua saúde e qualidade de vida que importa melhor estudar e compreender. Esta constatação é porém contraditória, por se encontrarem distintas evidências de acordo com os estudos e autores referenciados.

A constatação de que existem evidências distintas e contraditórias face à desigualdade na saúde e qualidade de vida de jovens com e sem deficiências e incapacidades, bem como o

desconhecimento a nível nacional, conduziu a direcção do nosso estudo, em torno da identificação e associação de factores da saúde e da qualidade de vida, tendo em vista a procura de evidências para um modelo compreensivo que melhor clarifique uma orientação em acções futuras de promoção da saúde para jovens com deficiências e incapacidades.

Neste trabalho pretendemos assim estudar a associação de um conjunto de factores relacionados com os aspectos sócio-económicos, com a percepção da saúde, a satisfação, a felicidade, os sintomas psicossociais e comportamentos de saúde em jovens com e sem deficiências e incapacidades, e a subsequente exploração de um modelo, aplicável a jovens com e sem deficiências e incapacidades.

JUSTIFICAÇÃO

São várias as razões de fundo que conduziram à realização deste trabalho.

A primeira, surge na sequência da atenção dirigida a adolescentes e jovens com deficiências e incapacidades na área da promoção da saúde ser relativamente recente.

Neste âmbito, têm surgido alguns estudos centrados na identificação de estilos de vida ou de comportamentos associados à saúde, em diversos grupos com deficiências e incapacidades (Hogan, 2000, Stuifbergen & Becker, 1994; Stuifbergen, Seraphine & Roberts, 2000; Kaplan, 2000; Steele, Kalnins, Rossen, Biggar, Bortolussi & Jutai, 2004; McDougall, King, de Wit, Miller, Hong, Offord, et al., 2004; Hollar, 2005).

Por outro lado, no âmbito do estudo HBSC/OMS (Health Behaviour in School-aged Children), desde o seu início, tem vindo a estabelecer-se como objectivo primordial a

compreensão da saúde e comportamentos dos adolescentes através da exploração das influências de factores sociais, ambientais e psicológicos na saúde (Currie, Morgan, Smith, Samdal & Rasmussen, 2004).

As várias abordagens conceptuais integradas no HBSC/OMS, social e psicológica, epidemiológica e macro-social, incluem o estudo dos estilos de vida, os respectivos contextos sociais, a identificação de respectivos factores bem como a investigação de modelos causais para estudar factores de risco e resiliência nomeadamente em populações de risco (Matos, & Aventura Social, 2003, 2006), sendo uma das dimensões de particular interesse o estudo comparativo das desigualdades na saúde e seus determinantes.

Enfatizamos aqui a importância dos factores sócio-económicos, que surgem na literatura, como um dos preditores mais fortes na ocorrência de desigualdades na saúde (Adler, Boyce, Chesney, Folkman, & Syme, 1993; Oliver, 2000; WHO, 1986, 1993a, 1993b, 1996, 2002a).

Nesta linha de investigação considera-se que as desigualdades na saúde e bem-estar, associadas a desvantagens do ponto de vista sócio-económico, englobam factores diversos, como o nível de rendimentos, o nível educacional, a ocupação profissional, resultando num bem-estar material, saúde e bem-estar psicológicos reduzidos.

De acordo com alguns autores estas desigualdades são mediadas por factores contextuais como a constituição familiar, o capital social ou níveis nacionais de pobreza entre outros (Siegrist & Marmot, 2004).

No que respeita o estudo das desigualdades na saúde em jovens, uma questão recorrente que se levanta, refere-se ao debate sobre a adequação e validade dos procedimentos a adoptar para identificar os indicadores mais adequados, uma vez que existem possíveis mecanismos de erro, nomeadamente, a interacção entre variáveis, a não

linearidade e a inferência causal de indicadores usados (Fuchs, 2004; Landmann & Szwarcwald, 2002).

Neste sentido, no âmbito do estudo HBSC/OMS (Health Behaviour in School-aged Children), tem sido assinalado que apesar do estatuto sócio-económico, ser consistentemente associado com a saúde, bem-estar e qualidade de vida, as dificuldades na obtenção destes dados em estudos que envolvem adolescentes e jovens, o tipo de tratamentos estatísticos utilizados, e a interacção com factores psicossociais e comportamentais conduz a dificuldades na derivação de conclusões robustas e comparáveis entre estudos.

Por outro lado, as evidências de desigualdades na saúde e bem-estar dos adolescentes e jovens, associadas ao estatuto sócio-económico não são claras, pois tanto existem estudos que encontram esta relação (Torsheim et al., 2004; Vereecken, Maes, & De Bacquer, 2004; Levequ, Humblet & Lagasse, 2002; Leveque, Humblet, Wilmet, & Lagasse, 2004) assim como podemos encontrar outros estudos que a rejeitam ou associam a outros factores (Kawachi, Daniels, & Robinson, 2005).

Assim sendo, apesar de existir um consenso de que as desigualdades na saúde existem em função de diversos factores (Kosteniuk & Dickinson, 2003; Lahelma, Martikainen, Laaksonen, & Aittomaki, 2004; Marmot, 2005; Santana, 2002), o que se conhece, reforça a necessidade de uma maior evidência e uma abordagem que melhore o conhecimento de uma questão tão multifacetada e complexa.

Porém, a metodologia a adoptar para a identificação das desigualdades, no que respeita o bem-estar económico, um dos determinantes fundamentais na percepção da qualidade de vida, não é consensual.

Segundo Adler e Ostrove (1999) ao existirem múltiplas formas em que o estatuto sócio-económico influencia a saúde e qualidade de vida, a sua análise deve envolver distintos

constructos, incluindo factores sociais, factores individuais, psicológicos, comportamentais e ainda predisposições biológicas.

Salienta-se ainda, um dos debates actuais na investigação em saúde, que consiste no facto de existirem limitações na compreensão do impacto e das redes causais dos diversos determinantes da saúde, em parte devido à sua grande complexidade (Power, Matthews, & Manor, 1998; Schoon, Sacker, & Bartley, 2003; Wiesner & Juang, 2004; Laible, Carlo, & Roesch, 2004), que importa clarificar.

No HBSC/OMS (Health Behaviour in School-aged Children) o estudo do efeito directo e indirecto das desigualdades na saúde e bem-estar, que tem incorporado a análise do estatuto sócio-económico, do estatuto social e do estatuto profissional das famílias, tem permitido concluir que existem associações com comportamentos e estados de saúde dos jovens (Boyce & Dallago, 2004).

Ainda no estudo HBSC/OMS (Health Behaviour in School-aged Children), a constatação de que indicadores sócio-económicos mais comuns, como o estatuto educacional e profissional dos pais, se revelam menos adequados para a investigação no âmbito da saúde dos jovens, conduziu ao desenvolvimento de um indicador alternativo, correlacionado e substituto destes indicadores, a Escala de Afluência Familiar-“Family Affluence Scale-FAS” (Currie, Elton, Todd, & Platt, 1997).

Por fim, tendo como pressuposto a necessidade de aproximar as áreas da reabilitação, da saúde e da sua promoção, na medida em que ambas têm um objectivo comum, a melhoria da qualidade de vida (Rimmer, 1999; Rimmer, & Braddock, 2002), o estudo da saúde e factores associados, em particular dirigido aos grupos de jovens em idade escolar com deficiências e incapacidades, poderá contribuir para melhor compreender a influência de

factores individuais e contextuais na saúde e bem-estar (Currie, Morgan, Smith, Samdal, & Rasmussen, 2004).

Assinala-se que tal como em diversos estudos alargados, no âmbito do HBSC/OMS (Health Behaviour in School-aged Children), a inclusão e estudo dos jovens tendo em consideração a existência de deficiências e incapacidades, é escassa a nível Internacional e inexistente a nível Nacional.

Constata-se ainda que no estudo HBSC/OMS (Health Behaviour in School-aged Children), as investigações que apontam as influências de factores sócio-económicos na saúde e bem-estar (Geckova, van Dijk, Groothoff, & Post, 2002; Leveque, Humblet, Wilmet-Dramaix, & Lagasse, 2002; Mackenbach, van de Mheen, & Stronks, 1994, Scarinci, Robinson, Alfano, Zbikowski, & Klesges, 2002; Geckova, van Dijk, Stewart, Groothoff, & Post, 2003; Griesbach, Amos, & Currie, 2003), não têm incluído a interacção da existência de deficiências e incapacidades em jovens, importando assim explorar o seu impacto.

Apesar de existirem estudos comparativos entre países, e estudos que assinalam a associação entre factores sócio-económicos e outros determinantes da saúde tendo como base a Escala de Afluência Familiar (Haugland, Wold, Stevenson, Aaroe, & Woynarowska, 2001), esta não foi ainda utilizada na comparação das desigualdades na saúde de jovens com e sem deficiências e incapacidades.

Desta forma ao testar um modelo explicativo que informe a investigação sobre os aspectos sócio-económicos e psicossociais no contexto da saúde de jovens com e sem deficiências e incapacidades, pretende-se identificar um conjunto de causalidades entre os aspectos sócio-económicos e psicossociais da saúde, bem-estar e qualidade de vida em jovens com e sem deficiências e incapacidades, tendo como aspecto saliente as implicações metodológicas associadas, mediante a adopção de modelos de equações estruturais, que

deverão ter em consideração a possibilidade de ocorrerem erros ao nível dos indicadores adoptados, a sua possível redução, adoptando esta técnica estatística emergente no âmbito multivariado.

É neste âmbito que situamos o estudo que nos propomos desenvolver, intitulado:

Qualidade de Vida e Promoção da Saúde de Pessoas com Deficiência

Estudo dos Determinantes e Relações da Qualidade de Vida e Saúde de Jovens com

Deficiência numa Amostra Nacional e em Almada

O interesse por este tema surgiu pela participação em dois projectos.

Por um lado o trabalho desenvolvido no âmbito da "Aventura Social na Comunidade " em parceria com o Departamento de Acção Sócio-Cultural da Câmara Municipal de Almada, desde 1994. Este projecto de parceria, inicialmente designado Special Ludus tem tido como modelo um conjunto de acções de base comunitária, visando a promoção da saúde, bem-estar e qualidade de vida, em particular, mediante a implementação na comunidade de programas de promoção de competências pessoais e sociais, de promoção de oportunidades e competências de lazer e recreação, de promoção de experiências de movimento e expressão, de acções dirigidas para a inclusão e transição de contextos escolares para a formação profissional e integração no emprego mediante o apoio entre pares mentores, todos dirigidos para jovens com deficiências e incapacidades do Concelho de Almada.

Este trabalho tem permitido conhecer a realidade local e a realidade individual de muitos jovens, que enfrentam um ciclo muitas vezes recorrente de exclusão e de riscos associados à sua saúde e qualidade de vida. Assim ao longo dos anos temos vindo a explorar o impacto deste conjunto de acções dirigidas fundamentalmente para a activação de recursos, o planeamento e adaptação de experiências de lazer, a sensibilização e mudança de atitudes

dos actores da comunidade, formação a técnicos, redução de barreiras físicas e atitudinais, promoção de competências pessoais, promoção de estratégias de apoio entre-pares – mentores. No conjunto desta linha de acção, desencadeou-se uma necessidade de explorar uma melhor compreensão da realidade das pessoas com deficiências e incapacidades, em particular dos jovens, nas diversas dimensões relacionadas com um desenvolvimento positivo em que a saúde, sua promoção e a qualidade de vida surgem como constructos orientadores fundamentais (Lebre & Prudêncio, 2001).

Por outro lado a colaboração com o Projecto “Aventura Social e Saúde”, centrado nos aspectos da saúde de diferentes grupos sociais, em que se inclui o estudo Health Behaviour in School-aged Children: Who Cross National Study (HBSC/OMS), sobre os comportamentos ligados à saúde, os estilos de vida e respectivos contextos dos jovens em idade escolar. (Matos et al., 2000, 2003, 2006) conduziu à realização deste trabalho, pretendendo-se assim conjugar duas componentes do projecto "Aventura Social", ao explorar um modelo explicativo dos comportamentos e factores relacionados com a saúde e qualidade de vida dos jovens com e sem deficiências e incapacidades, em particular explorando os factores sócio-económicos, associados à percepção do bem-estar material, de forma a ter um conhecimento da população jovem com deficiências e incapacidades a nível nacional e posteriormente, em particular, aplicar este conhecimento para a melhor compreensão dos jovens no Concelho de Almada, onde a lacuna no conhecimento mais aprofundado das pessoas, e em particular dos jovens com deficiências e incapacidades tem sido regularmente assinalada.

O interesse em alargar este trabalho a um estudo de carácter local, centra-se na ideia de que será possível construir um corpo de conhecimento que permita identificar critérios objectivos contribuindo assim para a melhor qualidade de dados a fornecer para o diagnóstico local da comunidade, apontando linhas futuras e estratégias de intervenção para a promoção

da saúde e qualidade de vida dos jovens, integradas num Plano Social de Desenvolvimento (CET/ISCTE, 2001).

OBJECTIVOS DO TRABALHO

Tendo como base uma abordagem conceptual integradora dos conceitos de saúde, sua promoção, qualidade de vida, incapacidade e deficiência, pretende-se com este estudo conhecer os factores e contextos associados à saúde e qualidade de vida dos jovens com deficiências e incapacidades, conceito que no âmbito deste estudo abrange jovens com um problema de saúde, deficiências, com necessidades educativas especiais, com limitações na realização de actividades ou restrições à participação a nível Nacional e a nível local no Concelho de Almada.

Pretende-se que este estudo contribua para um conhecimento mais alargado das variáveis em estudo no âmbito do *HBSC/OMS (Health Behaviour in School-aged Children)*, em particular nos jovens que percebem ter um problema de saúde, doença crónica, deficiência sensorial, motora ou outra situação, e de seguida, estudando os mesmos factores, numa comunidade local, Almada, no grupo de jovens com deficiências e incapacidades em contexto educativo regular, associadas à presença de Necessidades Educativas Especiais (de carácter permanente).

A partir do objectivo geral delinear-se os seguintes objectivos específicos:

- Identificar as características sócio-demográficas (Idade, Género, Origem Étnica, Nacionalidade dos Pais, Nível de Escolaridade, Condições Sócio-Económicas) associadas a percepções de um problema de saúde e deficiências de jovens a nível nacional, e posteriormente, ao nível de uma comunidade local em jovens com deficiências ou incapacidades, incluídos no sistema educativo de acordo com um critério adicional relacionado com a elegibilidade no âmbito das Necessidades Educativas Especiais (de carácter permanente).

- Identificar as percepções subjectivas de saúde, satisfação, felicidade, bem-estar e comportamentos de saúde, associadas à percepção de um problema de saúde e deficiências em jovens, a nível nacional e posteriormente ao nível de uma comunidade local em jovens com deficiências e incapacidades, que inclui jovens com Necessidades Educativas Especiais de carácter permanente.

- Observar a associação entre as percepções subjectivas de saúde, satisfação, felicidade, bem-estar e comportamentos de saúde nos grupos de jovens com e sem uma percepção de um problema de saúde e deficiências a nível nacional e posteriormente ao nível de uma comunidade local em jovens com deficiências e incapacidades, que inclui jovens com Necessidades Educativas Especiais de carácter permanente.

- Testar um modelo da saúde e bem-estar, identificando o impacto do **nível sócio-económico - bem estar material**, na saúde, bem-estar e qualidade de vida entendida como a percepção subjectiva de bem-estar, satisfação e felicidade face à vida, bem como, no

ajustamento psicossocial, em jovens com e sem a percepção de um problema de saúde, deficiência ou incapacidades a nível nacional e posteriormente num grupo de jovens com e sem Necessidades Educativas Especiais de carácter permanente.

PLANO DE TRABALHO

A dissertação está organizada em 7 capítulos e 6 anexos que passamos a descrever.

A primeira parte da dissertação, inicia-se com uma secção dedicada aos Agradecimentos, seguindo-se a Introdução na qual se define o enquadramento global, a justificação e o problema, os objectivos, bem como uma breve descrição dos diversos capítulos.

O capítulo 1 inicia o Enquadramento Teórico, sendo este referente à apresentação do conceito da adolescência a evolução dos estudos da adolescência e os pressupostos actuais associados que suportam a importância do estudo do desenvolvimento positivo dos jovens. O capítulo 2 segue-se com a temática da Saúde e Qualidade de Vida, no qual são apresentados os conceitos relativos à saúde, promoção da saúde, satisfação, felicidade e bem-estar. O capítulo 3 apresenta os conceitos, modelos compreensivos sobre a Deficiência e Incapacidades, abordando os modelos social, médico, biopsicossocial. Introduce-se ainda um conjunto de estimativas e prevalências das pessoas com deficiência em particular dos jovens e, por fim alguns impactos associados à deficiência e incapacidade. O capítulo 4 descreve os

conceitos às desigualdades na Saúde, em particular nos que se refere aos aspectos sócio-económicos determinantes na identificação de desigualdades na saúde em jovens.

De seguida, no capítulo 5 apresentam-se os métodos e procedimentos, iniciando-se com a apresentação do problema, os objectivos específicos do estudo e respectivas hipóteses. De seguida, descrevem-se as amostras utilizadas, respectivos critérios de selecção das amostras, justificando as escolhas realizadas. Ainda neste capítulo apresenta-se o instrumento de avaliação utilizado na recolha de dados, assinalando os itens adoptados para este trabalho. Segue-se a descrição dos procedimentos, apontando os procedimentos para a recolha de dados e os procedimentos estatísticos adoptados na análise dos dados.

O capítulo 6, constituído pela apresentação e discussão dos resultados, inicia-se com a caracterização sócio-demográfica das amostras. Segue-se a apresentação dos resultados descritivos univariados, e bivariados que inclui os resultados obtidos nos dois estudos realizados, mediante as análises da associação entre os grupos de jovens com e sem um problema de saúde, deficiências ou incapacidades com as variáveis relativas às percepções de saúde. De seguida apresentam-se os procedimentos realizados para a exploração de um modelo compreensivo da saúde, bem-estar e qualidade de vida, iniciando com a apresentação dos procedimentos de transformação das variáveis, a análise diferencial dos scores obtidos nos factores do bem-estar material, ajustamento psicossocial e bem-estar/qualidade de vida que inclui as medidas associadas à percepção de saúde, satisfação e felicidade, as análises factoriais nos grupos amostrais estudados, os testes de ajustamento dos modelos de medição dos factores estudados e os posteriores modelos estruturais explorados nas amostras totais e nos sub-grupos amostrais para identificar o impacto do bem-estar material no ajustamento psicossocial e no bem-estar/qualidade de vida. Este capítulo termina com uma análise e discussão dos resultados obtidos.

O capítulo 7, corresponde às conclusões, em que se faz uma síntese dos resultados obtidos, bem como uma apresentação das limitações presentes. Finalmente, apresentam-se recomendações que derivam directamente do estudo realizado, e outras de âmbito mais alargado.

O texto desta dissertação conclui-se com os anexos.

No anexo 1, apresentam-se os quadros da análise descritiva univariada e os quadros da análise bivariada recolhidos no estudo 1 (amostra nacional) e no estudo 2 (amostra local).

No anexo 2 são incluídas as cartas de apresentação, realizadas de acordo com os procedimentos exigidos para a recolha dos questionários ao nível da amostra local (estudo 2).

No anexo 3, é apresentado o questionário adaptado do estudo HBSC/OMS aplicado no estudo estudo 2 (amostra local). No anexo 4 é apresentada a lista de escolas e alunos com necessidades educativas especiais incluídas no estudo 2. No anexo 5 é apresentada a lista de jovens com Necessidades Educativas Especiais participantes no estudo 2 e respectivas limitações por domínios de funcionamento. No anexo 6 apresenta-se o dicionário de variáveis, modalidades e valores atribuídos nas variáveis utilizadas nos estudos.

Por fim, no anexo 6, apresentam-se os procedimento estatísticos realizados realizados nos programas estatísticos SPSS e AMOS, incluindo os testes t de student realizados, as análises factoriais exploratórias e as equações de modelos estruturais.

CAPITULO 1–DESENVOLVIMENTO E ADOLESCÊNCIA

Neste capítulo identificam-se as ideias mais salientes sobre os conceitos de adolescência, os elementos associados às tarefas desenvolvimentais que ocorrem neste período, assinalando ainda numa perspectiva histórica os aspectos que têm dominado a investigação, bem como as recentes direcções da investigação, concluindo com algumas das recomendações que são apontadas para o futuro da investigação.

DEFINIÇÕES DA ADOLESCÊNCIA

A adolescência é um dos períodos mais fascinantes e mais complexos do ciclo de vida do indivíduo. As várias tarefas que surgem na passagem da infância para a adolescência e no acesso à vida adulta, estão associadas a um ritmo de crescimento e transformações, somente ultrapassado nas idades da infância.

A adolescência, tempo de expansão, de auto-descoberta, de emergência da autonomia e independência tem sido alvo nas últimas décadas de uma enorme profusão de investigação, permitindo obter visões cada vez mais complexas das múltiplas dimensões da adolescência.

Não obstante o critério etário consistir um artifício, na medida em que os limites da adolescência não são exclusivamente determinados por este, a população adolescente e a população jovem tem sido definida à partida por critérios etários. São várias as referências

que referem a adolescência, abrangendo a segunda década de vida (Lerner, 2004, Sprinthall & Collins, 2003). Alguns autores referem ainda a subdivisão por períodos: a primeira adolescência (10-14 anos); a adolescência média (15-17 anos) e a adolescência tardia (18-24 anos) (cit. Sprinthall & Collins, 2003).

Porém, existem inúmeras variações nos critérios etários que definem o termo adolescência e o termo jovem. É comum a adolescência referir-se ao período subsequente à infância, enquanto o termo jovem é relativo ao período que precede a entrada na vida adulta¹.

Geralmente as idades entre os 10 e os 24 anos, incluem estes dois termos, sendo a transição da infância para a adolescência, associada em grande parte às mudanças biológicas e corporais do processo pubertário, bem como às mudanças sociais, cognitivas, sociais e comportamentais, que ocorrem no seio de contextos como a família, o grupo de pares, associadas ainda a transições no contexto escolar, que em Portugal decorrem geralmente entre o 2º e 3º ciclo do ensino básico (Campos, 1990).

De acordo com o Recenseamento Geral da População e Habitação, em 2001, a população residente em Portugal com menos de 24 anos representava 30% do total da população residente, sendo que, 579 590 tinham idades entre os 10 e 14 anos e 688 686 idades entre os 15 e 19 anos (INE, 2001).

A nível Internacional, não existindo um consenso sobre a adopção dos termos acima assinalados em função do critério associado aos grupos etários, podemos assinalar a Convenção dos Direitos da Criança das Nações Unidas (art.1º) que considera “criança”, todo o ser humano com uma idade inferior a 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo².

1 Neste trabalho os termos “jovem” e “adolescente” serão utilizados indistintamente, excepto quando a diferenciação etária exigir a sua distinção, que será então assinalada.

2 Convenção sobre os Direitos da Criança Resolução n.º 44/25 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 20 de Novembro de 1989. <http://www.unhcr.ch/html/menu3/b/k2crc.htm>

Por outro lado para efeitos da legislação do trabalho, o limite do que se considera como trabalho infantil, actualmente abrange todas as idades inferiores a 16 anos.

As estruturas internacionais como a Organização Mundial de Saúde³ ou a Unicef⁴ consideram adolescentes, os indivíduos com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos, e os jovens, os indivíduos com idades entre os 15 e 24 anos. Existe ainda o termo “*young people*” frequentemente dizendo respeito aos indivíduos de ambos os grupos etários assinalados anteriormente, i.e., entre os 10 e os 24 anos (UNICEF, 1999, 2002).

Alguns autores apontam que a concepção de transição da adolescência para a idade adulta em função do critério etário, está cada vez mais dilatada e menos linear, podendo esta ser prolongada até à terceira década de vida, na medida em que, cada vez mais se prolongam até estas idades as várias tarefas a alcançar inerentes à vida adulta, como por exemplo a autonomia financeira, familiar, habitacional associada ou não à conjugalidade e descendência (Arnett, 1993; Furstenberg & Hughes, 1995).

Este aspecto é de particular relevância quando estamos na presença de um jovem com uma deficiência ou incapacidades, na medida em que é frequente a associação a uma “eterna juventude” uma vez que as aquisições de autonomia, atribuídas à transição para a vida adulta, não são por vezes alcançadas.

Por outro lado, a própria entrada ou transição da infância para a adolescência e subsequentemente para a idade adulta de jovens com deficiências ou incapacidades, por vezes poderá ser distinta, na medida em que a deficiência poderá estar intrínsecamente associada a um atraso do processo pubertário e posteriormente no processo de autonomia.

Desta forma, e tendo como base o critério etário, poderemos falar de adolescências e de juventudes diferenciadas.

3 UNICEF <http://www.unicef.org/adolescence/>

4 Organização Mundial de Saúde: Child and Adolescent Health and Development <http://www.who.int/child-adolescent-health/over.htm>

Tendo como paradigma o desenvolvimento humano, observa-se que a adolescência inclui um rápido crescimento físico, mudanças no sistema endócrino, o desenvolvimento cognitivo, emocional e social, que inclui uma crescente autonomia e uma participação progressivamente mais activa no universo social.

A adolescência de facto é caracterizada não só por um critério etário, mas também pela aquisição de tarefas desenvolvimentais, conceito inicialmente introduzido por Havighurst (1972), apontando um conjunto de tarefas desenvolvimentais caracterizando este período de vida.

São oito as tarefas fundamentais a alcançar, com base nas alterações ao nível biológico, psicológico e social. Estas incluem a independência emocional relativamente aos pais e outros adultos; o estabelecimento de relações com os pares; a aceitação do seu corpo e utilização efectiva do mesmo; o reconhecimento e alcance dos papéis sociais masculino e feminino; a preparação para a vida conjugal e familiar; a preparação para uma carreira económica e profissional; a participação na vida social da comunidade de forma responsável e o desenvolvimento de uma ideologia e um sistema de valores que orientam o comportamento (Havighurst, 1972).

Apesar das alterações das sociedades actuais, alguns autores sugerem que estas tarefas desenvolvimentais parecem estar ainda em vigor, existindo porém variações em função de diferentes contextos culturais (Larson, 1974).

Assinala-se que estas tarefas, sendo essencialmente relacionadas com uma preparação para a vida adulta, devem ser adquiridas num determinado tempo do ciclo de vida, de forma conduzir ao sucesso na aquisição das subsequentes tarefas da vida adulta e à felicidade e bem-estar. A sua não aquisição no período de tempo adequado poderá levar ao insucesso,

infelicidade, dificuldades na aquisição de tarefas posteriores e na desaprovação social (Harvighurst, 1972).

Nesta linha, Campos (1990) corrobora que a adolescência constitui uma etapa em que tarefas de aprendizagem são alcançadas, nomeadamente a aceitação do corpo, a construção da identidade sexual, a construção da identidade psicológica, um sentimento de controlo sobre a vida, o estabelecimento de relações com pares de ambos os sexos, a construção de uma independência afectiva em relação aos pais e outros adultos, o desenvolvimento de novas competências intelectuais, a construção de um sistema de valores e de um projecto de vida que inclui a dimensão vocacional, a capacidade de auto-realização, a aquisição de conhecimentos, atitudes e capacidades necessárias à cidadania e a preparação para uma vida afectiva estável.

Tendo em consideração a extrema diversidade e variabilidade inter-individual de indivíduos que podemos inserir no campo classificativo das deficiências e incapacidades, uma das questões que se coloca prende-se com os aspectos do desenvolvimento que poderão estar associados e afectados devido à existência de deficiências e incapacidades.

Neste âmbito, apesar de ser importante considerar a enorme variabilidade de situações, alguns aspectos associados a tarefas desenvolvimentais têm sido apresentados como deficitários, nomeadamente a independência face aos pais, o estabelecimento de relações de intimidade fora do contexto da família, a selecção de uma área vocacional, a possibilidade de aceder a uma escolha e formação profissional, a reduzida rede de amigos (UNICEF, 1999).

Os problemas no desenvolvimento, têm sido assinalados como uma das consequências directas de uma deficiência, sendo que para cada tipo de deficiência se

apontam dimensões do desenvolvimento potencialmente mais afectadas, bem como a identificação de riscos adicionais, directa ou indirectamente relacionados com a deficiência.

Uma outra abordagem sobre o período da adolescência prende-se com o facto de se assumir que a grande maioria dos jovens percorre este período sem problemas, apesar de nestas idades se assinalar o potencial para um aumento significativo de problemas, nomeadamente na área da saúde mental, desordens de conduta ou de consumo de substâncias (Steinberg, 1999; Lerner & Steinberg, 2004), o que implica considerar este período de substancial importância para a prevenção, identificação e compreensão de factores de risco que devem orientar a intervenção o mais precocemente possível em torno da redução destes riscos.

EVOLUÇÃO DOS ESTUDOS DA ADOLESCÊNCIA

O estudo empírico da adolescência, existindo aproximadamente há 30 anos, sofreu nos últimos anos uma expansão considerável traduzida numa melhor compreensão do desenvolvimento que ocorre durante esta fase da adolescência (Steinberg, 1999).

Este facto foi devido, em primeiro lugar, à influência crescente da perspectiva ecológica do desenvolvimento humano que dirigiu a atenção para este período da vida, reconhecendo as múltiplas influências dos contextos no desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1979, 1994, 1998).

Progressivamente, surgiu o despertar do interesse para o estudo do impacto das variações maturacionais e contextuais no desenvolvimento dos adolescentes. Importa referir a

rápida evolução das metodologias empregues no estudo da adolescência, que permitiram aos investigadores interessados em modelos biossociais do desenvolvimento testá-los e identificar as influências das diversas variações biológicas e contextuais no desenvolvimento durante a adolescência.

Alguns dos problemas emergentes na adolescência, direccionaram ainda o estabelecimento de um conjunto de prioridades de investigação bem como os fundos disponíveis para a sua realização. Salientamos os estudos centrados em torno de problemas, tais como os comportamentos anti-sociais; a delinquência; a dependência de substâncias como a marijuana, álcool; as perturbações do foro alimentar, como a anorexia; a sexualidade e gravidez na adolescência; a depressão e o suicídio, orientando e contribuindo o progressivo conhecimento dos percursos do desenvolvimento no período da adolescência.

Um dos aspectos que contribuiu para a evolução do conhecimento deste período de vida, decorreu ainda do facto de estudos longitudinais, iniciados durante os anos 80, que anteriormente estudavam a infância, transferirem o focus da investigação para o período da adolescência, uma vez que as amostras envolvidas atingiam entretanto as idades mais avançadas (Sprinthall & Collins, 2003).

Ao longo do tempo o estudo do desenvolvimento no período da adolescência, tem sido centrado em visões distintas. Iniciando-se com a controvérsia entre a influência do biológico e do ambiente “nature versus nurture”, este evoluiu para uma visão actual associada a modelos relacionais, causais e sistémicos do desenvolvimento.

Segundo Lerner e Castellino (2002) a evolução do estudo da adolescência pode ser dividida em três grandes fases.

Uma primeira fase, surge com Stanley Hall (1904), considerado o fundador do estudo da adolescência, que na época era encarada como um estágio de desenvolvimento associado a

um período de “tensão e agitação”, inevitavelmente relacionado com grandes oscilações de estados emocionais, contraditórios e problemáticos.

A sua teoria, embebida pela doutrina da recapitulação (em que a ontogenia era vista como uma recapitulação da filogenia), via a adolescência como a recapitulação do período evolutivo do homem em que se ultrapassavam os impulsos e os hábitos mais “primitivos”, alcançando as características de um “ser superior e civilizado”.

Na sequência desta visão enquadraram-se diversas teorias em que a adolescência era vista como um período universalmente e inevitavelmente pré-determinado para a ocorrência de distúrbios.

Por exemplo, Freud considerava a turbulência na adolescência como resultado de pulsões instintivas devido ao aumento do desejo sexual derivando da tensão de encontrar um centro de interesse satisfatório para os sentimentos heterossexuais para os quais os estádios de desenvolvimento psicosexual anteriores da infância os preparavam (Steinberg, 1999; Sprinthall & Collins, 2003).

Outros exemplos são as teorias de Anna Freud (1969) que via a adolescência como um período inevitavelmente difícil ou de Erikson (1968) que falava da adolescência como uma etapa do desenvolvimento psicossocial embebida numa crise de identidade e sua resolução (cit. Lerner, Castellino, 2002). Em resumo, todo o adolescente era entendido como estando inevitavelmente em “risco” de se comportar de forma problemática, existindo naturalmente deficits no seu comportamento.

Numa segunda fase, a partir da década de 60, a adolescência deixou de ser universalmente associada a um período problemático, assumindo-se a possibilidade de existirem múltiplas trajectórias possíveis para o desenvolvimento na adolescência.

Este facto surgiu na medida em se identificou que a maioria dos adolescentes e jovens não passavam por um período turbulento ou de crise na segunda década de vida, percorrendo esta etapa da vida sem problemas ou crises significativas.

Esta fase foi caracterizada por múltiplas investigações associadas a teorias do desenvolvimento, assinalando facetas particulares do mesmo, por exemplo o desenvolvimento da identidade, das operações formais, do egocentrismo, do desenvolvimento moral, do desenvolvimento social, ou das relações entre pais e adolescentes (Steinberg, 1999).

Neste período, a emergência do modelo ecológico foi uma das grandes contribuições para o estudo do desenvolvimento na adolescência.

Neste modelo acentua-se o papel da interacção recíproca dos vários contextos no desenvolvimento, assumindo que os contextos do desenvolvimento humano são compostos por múltiplos níveis de organização, incluindo a compreensão de que os níveis biológico, individual-psicológico, social-interpessoal, institucional, cultural e histórico, não actuam isoladamente como motores das mudanças que ocorrem neste período.

Algumas conquistas chave na compreensão do desenvolvimento na adolescência incluíram: a compreensão da diversidade e plasticidade do desenvolvimento, constatando que as alterações relativas às mudanças físicas, cognitivas, emocionais, sociais, nas relações com a família e pares, nas instituições (relativas ao tipo de escolas ou a estruturas comunitárias frequentadas), apresentavam diferenças individuais a ter em consideração (Lerner & Castellino, 2002).

Em suma, aceitou-se os adolescentes transitam o período da adolescência de formas distintas, com diferentes velocidades e com resultados distintos, sendo as diferenças causadas por diversos factores biológicos, psicológicos, sociais e culturais em interacção. Este

contributo trouxe assim uma nova compreensão das influências recíprocas dos múltiplos níveis no desenvolvimento, significando que as mudanças nos vários níveis (hormonais, neuronais, do desenvolvimento da personalidade, cognitivo ou dos contextos sociais) se influenciam mutuamente e de forma integrada.

A terceira fase, a partir da década de 90, foi centrada numa visão positiva do desenvolvimento dos adolescentes, ocorrendo em simultâneo com a emergência de conceitos associados à psicologia positiva (Seligman, 2002, King, Schultz, Mueller, Dowling, Osborn, Dickerson & Lerner, 2005).

A mudança na visão do desenvolvimento na adolescência, centrou-se neste período na transição de um modelo assente no risco ou deficit, para uma visão assente num modelo do desenvolvimento positivo na adolescência, particularmente relevante no desenho de programas, enfatizando a necessidade de promover os aspectos positivos dos adolescentes e seu desenvolvimento.

Segundo Lerner e Steinberg (2004) os modelos do desenvolvimento positivo, desta fase caracterizam-se pela aceitação da diversidade e dos múltiplos contextos influentes no desenvolvimento na adolescência, evidenciando a plasticidade do desenvolvimento já anteriormente assumida, assentam nas seguintes características:

- Meta-teoria relacional

Predicado de uma perspectiva pós moderna que transcende o dualismo cartesiano, as teorias dos sistemas de desenvolvimento são baseadas numa meta-teoria do desenvolvimento humano em que existe uma rejeição de todas as divisões entre componentes da ecologia do desenvolvimento humano (por exemplo natureza-cuidados “nature-nurture”), entre continuidade-descontinuidade e entre estabilidade-instabilidade. A síntese sistémica ou as

integrações substituem as dicotomizações ou outras partições reducionistas do sistema de desenvolvimento.

- Integração de níveis de organização

O pensamento relacional e a rejeição do pensamento cartesiano está associado à ideia de que todos os níveis de organização dentro da ecologia do desenvolvimento humano, estão integrados e fundidos. Estes níveis englobam desde o sistema biológico, fisiológico até aos sistemas culturais ou históricos.

- Regulação desenvolvimental na ontogenia envolve relações contextuais individuais mutuamente influentes

A regulação do desenvolvimento ocorre através de conexões mutuamente influentes entre todos os níveis dos sistemas de desenvolvimento, que podem ser representadas no caso da ontogenia nas relações indivíduo-contextos.

- As acções integradas e as relações entre os múltiplos contextos, são unidades básicas de análise do desenvolvimento humano

O carácter da regulação desenvolvimental implica uma integração das acções do indivíduo no contexto e nos múltiplos níveis contextuais de influência no indivíduo, constituindo a unidade de análise mais básica do processo do desenvolvimento humano.

- Temporalidade e plasticidade do desenvolvimento humano

Como consequência da fusão dos níveis de análise histórico(temporalidade) nos níveis de organização, compreendendo a ecologia do desenvolvimento, o sistema desenvolvimental é caracterizado pelo potencial de mudança sistemática, isto é, a sua plasticidade. As trajetórias de mudança intra-individuais são consequência desta plasticidade.

- Plasticidade relativa

A regulação desenvolvimental pode facilitar ou restringir as oportunidades de mudança. Assim as mudanças nas relações indivíduo-contexto não são limitadas, e a magnitude desta plasticidade pode variar ao longo do ciclo de vida e da história. Porém, o potencial para a plasticidade nos níveis do indivíduo e contextos constitui uma força do desenvolvimento humano.

- Mudança intra-individual, diferenças inter-individuais na mudança intra-individual

A combinação de variáveis nos vários níveis de integração do sistema de desenvolvimento varia entre indivíduos e entre grupos. Esta diversidade é sistemática e produzida por fenómenos ideográficos, diferenciais grupais e genéricos. O conjunto de diferenças inter-individuais na mudança intra-individual observada, é a evidência da plasticidade do sistema de desenvolvimento, e considera o seu estudo significativo para a descrição, exploração e optimização do desenvolvimento humano. As diferenças entre indivíduos ou grupos não são necessariamente forças para uns e deficits para os restantes.

- Promoção do desenvolvimento humano positivo

O potencial e as instâncias da plasticidade do desenvolvimento humano legitimam uma pesquisa otimista e pró-ativa das características dos indivíduos e das suas ecologias, que em conjunto poderão promover um desenvolvimento positivo ao longo da vida. A aplicação da ciência do desenvolvimento em intervenções para promover as trajetórias desenvolvimentais deve assim enfatizar o desenvolvimento humano positivo através das forças dos indivíduos e seus contextos.

- Multidisciplinaridade e necessidade de metodologias sensíveis às mudanças

Os níveis integrados da organização que compreendem o sistema de desenvolvimento humano requerem uma análise colaborativa de múltiplas disciplinas. Assim, o conhecimento multidisciplinar e interdisciplinar é fundamental. Os designs de pesquisa, métodos de observação e procedimentos para a análise de dados devem ser sensíveis a estas trajetórias, envolvendo diferentes níveis de análise multivariada, associados a procedimentos estatísticos, tais como as equações de modelos estruturais e modelos hierárquicos lineares.

Esta visão, corroborada por diversos autores que aceitam estes princípios fundamentais do desenvolvimento humano, inclui a compreensão do desenvolvimento como um processo complexo com influências que interagem entre si de uma forma cumulativa e ao longo do tempo (Rutter, Dunn, Plomin, Simonoff, Pickles, Maughan, Ormel, Meyer & Eaves, (1997).

Estas influências abrangem a herança genética única de cada indivíduo, as sequências maturacionais pré- estabelecidas bem como as dimensões políticas, históricas, e culturais que

moldam os contextos em que o indivíduo vive e se desenvolve tornando a heterogeneidade e a intra e inter-individualidade a norma do desenvolvimento (Bronfenbrenner & Morris, 1998).

De particular relevância, salienta-se o reconhecimento da regularidade nas sequências ou etapas do desenvolvimento que resultam de processos maturacionais ligados a mudanças de sistemas como o desenvolvimento do sistema nervoso, a maturação física, sensório-motora ou sexual, e as sequências inerentes à aquisição de novos skills e conhecimentos.

O que importa assinalar desta revisão, são as implicações das características identificadas num modelo actual do desenvolvimento associadas ao reconhecimento da diversidade nas trajectórias, vendo o indivíduo, na sua heterogeneidade e plasticidade como um elemento activo e influente no seu próprio desenvolvimento e bem-estar.

Nesta visão actual os jovens são recursos a serem desenvolvidos e não problemas a serem geridos. Assim, a agenda da investigação neste domínio recomenda que além de se explicar o desenvolvimento humano, esta deverá indicar formas de como a otimizar.

As questões base deverão centrar-se na explicação e descrição do desenvolvimento humano positivo, colocando as seguintes questões: Que atributos?; Que indivíduos em relação a? Que condições contextuais/ecológicas?; Que pontos no tempo ontogenético, familiar, histórico podem ser integrados para promover o desenvolvimento positivo? e, que domínios do desenvolvimento humano positivo deverão ser considerados? (cit. Lerner, & Steinberg (2004).

Um modelo explicativo do desenvolvimento positivo na adolescência centrado nos resultados positivos das relações entre o indivíduo e o contexto, é operacionalizado num conjunto de constructos latentes, a saber, Competência, Confiança, Conexão, Carácter e Interesse e “Caring” ou “Compaixão”, designados, como os “5 C’s” do desenvolvimento

positivo (Lerner et al., 2005). Tendo como base este modelo, a hipótese desenvolvida postula a manifestação destes componentes numa trajectória temporal até à idade adulta, sendo estes inversamente relacionados com a probabilidade de ocorrência de comportamentos de risco (Lerner et al., 2005).

Enquadrada nesta perspectiva de desenvolvimento positivo dos adolescentes, assinalam-se as diversas abordagens preventivas centradas na promoção do bem-estar e saúde dos adolescentes Benson (1997, 2002), apresentando como exemplo, um modelo designado “*Developmental Asset Model*” que propõe um conjunto de 40 elementos, incluindo factores como as relações, envolvimento sociais, padrões de interacção, normas, cruciais na promoção do desenvolvimento saudável e do bem-estar dos jovens. Divididos em elementos internos e externos ao indivíduo, são assinaladas as seguintes categorias: apoio, capacitação, expectativas, uso construtivo do tempo, comprometimento para a aprendizagem, valores positivos e competência social como promotoras de um desenvolvimento positivo.

Uma questão assinalada refere-se ao facto de frequentemente se omitirem modelos genéricos desenvolvimentais aplicáveis a todos os indivíduos (Huges, 2006).

Assim, do ponto de vista teórico, uma dificuldade prende-se com a aplicabilidade de modelos explicativos do desenvolvimento positivo dos jovens tendo em consideração a existência e consequências de uma doença, deficiências, ou incapacidades como factor que interage na explicação do desenvolvimento positivo durante o período da adolescência. Uma das explicações apontadas é o facto de que neste âmbito, prevalece ainda uma visão sectorial associada à saúde, reabilitação ou psicopatologia (Fougeyrollas, Noureau, Bergeron, Cloutier, Dion & St Michel, 1998).

Importa assinalar que o processo associado à compreensão do impacto de uma doença deficiente ou incapacidade nos adolescentes, não deve ser visto como uma realidade

autónoma separada do modelo genérico do desenvolvimento humano, devendo esta ser compreendida, simplesmente, como uma variação das diferentes possibilidades de relação entre o indivíduo e contexto.

Contudo, sabemos que os jovens com deficiência ou incapacidades enfrentam desafios adicionais no que respeita o seu desenvolvimento.

Um modelo desenvolvido por Morton & Frith (1995 cit. Frederickson & Cline, 2002) ao acomodar diversas perspectivas em que o percurso do desenvolvimento pode ocorrer, descreve um modelo causal explicativo de diferentes percursos de desenvolvimento possíveis, sugerindo que a elaboração de esquemas gráficos, que tal como um mapa podem descrever níveis de desenvolvimento (biológico, cognitivo e comportamental), podem contribuir para explicar o problema de desenvolvimento, assinalando as possíveis ligações causais. Este autor sugere que o mesmo modelo pode ser utilizado de forma a descrever uma determinada problemática em geral ou um indivíduo em particular.

Na medida em que a adolescência é associada a certos comportamentos, skills e tarefas, específicos desta etapa de vida que permite a transição de um estágio para outro, existem aspectos particulares associados à presença de uma deficiência ou incapacidade influenciando a reacção do indivíduo à deficiência, incapacidade bem como problemas particulares e consequências que são experienciadas (Schultz & Liptak, 1998; Jessen, Colver, Mackie & Jarvis, 2003; Shapiro, 2002; Blomqvist, 2006;)

A deficiência nesta etapa de desenvolvimento pode afectar a independência, controle pessoal, e competências de vida devendo este impacto ser considerado em relação às responsabilidades, necessidades e recursos particularmente importantes para os jovens. Porém, um aspecto relevante prende-se com o facto de por vezes os outros indivíduos como pais, professores ou pares modificarem as expectativas face aos jovens com deficiências ou

incapacidades, o que pode interferir com a aquisição das competências consideradas normais para estas idades.

Assinalamos que a perspectiva positiva do desenvolvimento na adolescência, ainda pouco explorada no âmbito dos grupos de jovens com deficiências e incapacidades, deverá ser a base de aproximação de estudos na área da saúde e qualidade de vida e sua promoção.

CAPITULO 2 – SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

Neste capítulo são descritos os conceitos de saúde, promoção da saúde, qualidade de vida, satisfação de vida, felicidade e bem-estar.

SAÚDE

Ao abordar a noção de saúde, inicialmente surge a noção de que esta é associada à concepção de ausência de doença. Importa considerar que as alterações dos padrões de mortalidade e morbidade, o aumento da prevalência de doenças crónicas em grande parte associadas à maior longevidade das populações, conduziram a uma necessidade de alterar esta concepção da saúde. Por outro lado, à medida que as influências na saúde se tornaram mais conhecidas, a noção de saúde foi sendo progressivamente associada a aspectos positivos, conduzindo ao reconhecimento e valorização crescente da prevenção e promoção da saúde (Larson, 1999; Segre & Ferraz, 1997; Szilagyi & Schor, 1998; Tannahill, 1985)

De facto, no virar do século 20, a saúde era vista como a ausência de doença ou lesão e os modelos explicativos propostos caracterizavam-se pela sua simplicidade, em que causa e efeito de uma doença eram imediata e facilmente compreendidos. As taxas de mortalidade e

morbilidade constituíam as medidas predominantes de saúde e a relação entre saúde e doença assentava numa causalidade linear, constituindo-se dois pólos em oposição, caracterizados por um estado de saúde e bem-estar optimal e o seu oposto por uma doença grave ou morte (Ribeiro, 1994, 1998).

Uma noção actual, mais abrangente descreve a saúde como “o estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença” (WHO, 1993). Neste contexto o bem-estar é definido como a satisfação das necessidades de saúde, das experiências e expressões a nível social, físico, espiritual, estético e intelectual (Andel, 1998).

Esta definição actual, assumindo um carácter positivo, inclui além da dimensão física, dimensões da saúde mental e interpessoal (WHO, 1993; Raeburn & Rootman, 1996; Saracci, 1997; Matos et al., 2000). Salienta-se ainda nesta concepção o facto da saúde não ser um estado ou condição estável, mas sim um conceito vital, sujeito a uma constante avaliação e mudanças.

Segundo Matos et al. (2000) a noção de saúde deve envolver uma percepção intra e inter-pessoal, dependente do modo como cada um de nós se sente ou não doente, tendo em consideração a história de cada indivíduo, o momento da sua vida em que essa avaliação é realizada bem como as condições que o meio envolvente fornece que podem ser favorecedoras de comportamentos saudáveis ou de comportamentos de risco.

Contudo, a unanimidade na aceitação de uma definição de saúde não se verifica. Por exemplo, a definição de saúde preconizada pela Organização Mundial de Saúde anteriormente assinalada, apesar de ser extensivamente utilizada, tem sido criticada por ser demasiado ampla e de difícil aplicação para fins de avaliação da saúde (Evans, 1991, Evans & Marmor, 1994).

Para Segre & Ferraz (1997) esta definição de saúde é um anacronismo, uma vez que visa uma perfeição que não é alcançável, e não prevê as inúmeras e distintas características de cada indivíduo.

Assim, no sentido de melhor compreender o conceito de saúde, a sua análise deverá ser feita tendo em conta as diferentes perspectivas que pode incluir, pois existem diferenças na definição de saúde em função da perspectiva que consideramos.

Labonté (2004) refere que podemos encontrar três concepções básicas de saúde: médica, comportamental e sócio-ambiental.

Na abordagem médica, o conceito de saúde essencialmente de carácter biomédico, tende a centrar-se na ausência de doença ou deficiência. Na abordagem comportamental o conceito de saúde reside no indivíduo, sendo a mesma conceptualizada como energia, capacidade funcional e física, bem-estar e a adopção de estilos de vida adequados e ajustados à prevenção de doenças. Por sua vez o modelo sócio-ambiental aponta a saúde como um estado positivo, tendo em consideração factores intrínsecos ao próprio indivíduo e a sua interacção com factores externos tais como a família, amigos e a comunidade.

Uma das consequências de cada concepção reside no facto das questões de saúde e respectivas intervenções diferirem entre si.

No modelo médico, estas podem ser desenvolvidas em função das diferentes doenças ou deficiências (doenças cardiovasculares, sida, diabetes obesidade, doença mental, hipertensão), sendo o estado de saúde referente a indicadores clínicos tais como a pressão arterial, pulsação ou outras medidas fisiológicas.

Na abordagem comportamental os problemas identificados e sujeitos a intervenção são por exemplo o tabagismo, hábitos alimentares, fraca condição física, toxicod dependência, enquanto comportamentos e estilos de vida associados a determinadas atitudes.

Na abordagem sócio-envolvimental constituem problemas de saúde, a pobreza, o desemprego, a impotência, o isolamento, a exclusão, o stress, as fracas condições de vida e de trabalho das populações.

Por fim, importa salientar a concepção da saúde vista como um conceito positivo, com ênfase nos recursos pessoais e sociais, englobando a participação activa dos sujeitos na mudança para uma saúde mais positiva (Ottawa Charter for Health Promotion, 1986). Apesar das diversas perspectivas enunciadas, a concepção generalizada de saúde é ainda demasiado centrada em avaliações externas e objectivas, retirando a cada sujeito a responsabilidade e o direito de avaliar e modificar a sua saúde (Day, 1996, de_Winter; Baerveldt, & Kooistra, 1999).

PROMOÇÃO DA SAÚDE

Segundo o editorial do *American Journal of Health Promotion* a promoção da saúde é "a ciência e arte de ajudar as pessoas a mudar o seu estilo de vida no sentido de alcançar um estado optimal de saúde que significa o equilíbrio da saúde física, emocional, social, espiritual e intelectual" (AJHP, 1989).

O termo promoção da saúde é definido de diversas formas, porém a literatura relacionada com a promoção da saúde é relativamente mais escassa em comparação com a literatura sobre saúde e qualidade de vida (Raeburn & Rootman, 1996). Uma das definições mais citadas e aceite consta na Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. Neste documento define-se a promoção da saúde como "*o processo que capacita a pessoa a aumentar o*

controle sobre a sua saúde e a melhorar a sua saúde, devendo o indivíduo ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e modificar ou lidar com o envolvimento" (WHO, 1986).

Nesta definição, são centrais as noções de “empowerment-capacitação“, como um objectivo a desenvolver nas acções de promoção da saúde e de qualidade de vida. Este conceito de qualidade de vida é entendido, nesta área disciplinar, como o resultado ou produto das acções de promoção da saúde (Cadell, Karabanow, & Sanchez, 2001; Cargo, Grams, Ottoson, Ward, & Green, 2003; Labonté, 1994; Wallerstein, 2002).

Recentemente, tem sido apontada a necessidade de aproximar as disciplinas da promoção da saúde com as áreas de intervenção dirigidas às pessoas com deficiência, na medida em que este conceito deve ser aplicável a todos os indivíduos, independentemente da sua idade ou incapacidades (Bollard, 2002; Donald, 1997; Harrison, 2006; Hemmings, 1998; Patrick, 1997; Patrick, Richardson, Starks, Rose, & Kinne, 1997; Ravesloot, Seekins, & Young, 1998; Rimmer, 1999; Rimmer & Braddock, 2002; Sergeant, 1997; Smith, 2000; Zajicek-Farber, 1998)

Alguns autores apontam que as áreas da Promoção da Saúde e da Reabilitação têm em comum diversos aspectos tais como: a prevenção de doenças e incapacidades, a organização de serviços de reabilitação, a manutenção e melhoria das funções e funcionalidade dos indivíduos, a integração na comunidade, o focus de acção dirigido quer para o indivíduo bem como para a comunidade, a promoção do controle e capacitação dos indivíduos sobre as suas vidas, o reconhecimento do contributo dos factores do envolvimento, sendo que, o objectivo fundamental de ambas as áreas é a melhoria da qualidade de vida das pessoas com e sem deficiência (Frye, 1993, Hemmings, 1998; Rimmer, 1999; Stuifbergen & Rogers, 1997).

No fundo, este paralelismo vem sendo justificado pela crescente ênfase e partilha de princípios da promoção da saúde com as áreas da reabilitação. Alguns autores reforçam esta noção assinalando que os objectivos de ambas as áreas são semelhantes, uma vez que a promoção da saúde inclui o conjunto de actividades dirigidas para o aumento do bem-estar e actualização do potencial de saúde dos indivíduos, famílias e suas comunidades (Renwick & Friefeld, 1996; Renwick, Fudge Schormans, & Zekovic, 2003)

Por sua vez, o objectivo da reabilitação é definido como o conjunto de acções de apoio aos indivíduos com incapacidades, para a obtenção da independência e de competências funcionais (Zacijek-Farber, 1998). Esta definição, em parte similar ao conceito de promoção da saúde, enfatiza a necessidade da promoção da independência, dando uma particular atenção à relação com os cuidados primários de saúde (Smith, 2000). Enfatizamos o facto das estratégias de promoção da saúde serem idealmente apontadas como parte das respostas da reabilitação (Stuifbergen & Rogers, 1997).

Esta noção é em particular visível no documento "*Healthy People 2010*" produzido pelo "*Centre for Disease Control/CDC*" (CDC, 2003, 2005). Este documento, no seu capítulo seis assinala a necessidade da promoção da saúde, sendo a prevenção de condições de saúde secundárias em pessoas com deficiências e incapacidades um dos aspectos fulcrais deste enunciado. A noção de condições secundárias, refere-se a condições de saúde físicas ou psicológicas que, resultando directamente de uma condição incapacitante primária, podem incluir problemas ou restrições a nível funcional, emocional, social ou comunitário (CDC, 2003,2005). Neste documento os objectivos específicos para a promoção da saúde de indivíduos com deficiência ou incapacidades incluem: a redução da proporção de indivíduos que descrevem sentimentos de tristeza, de infelicidade ou de depressão; o aumento da proporção de indivíduos que participam em actividades sociais; o aumento da proporção de indivíduos que assinalam ter suporte emocional adequado; o aumento da proporção de

indivíduos que referem estar satisfeitos com a sua saúde; o aumento da proporção de programas de centrados na promoção da saúde e bem-estar; e por fim, a redução da proporção de indivíduos que referem barreiras envolvimentoais que impedem a participação em actividades em casa, na escola, no emprego e na comunidade (CDC, 2005). A sua definição foi ao encontro da constatação de que as pessoas com deficiência têm maior probabilidade de ter condições secundárias associadas à deficiência ou incapacidade, tais como diabetes, depressão, tristeza, obesidade, problemas de visão, problemas auditivos; menor participação social, menor frequência em escolas regulares de ensino, menor nível de escolaridade, menor empregabilidade, menor participação em eventos sociais; menor adopção de comportamentos de saúde como a menor prática regular de actividade física ou o maior consumo de tabaco e álcool (CDC, 2005).

Desta forma tem vindo a existir uma tendência crescente em dirigir acções para pessoas com deficiências no domínio da prevenção de incapacidades secundárias, bem como na promoção e melhoria da sua saúde, que inclui a promoção de comportamentos que o indivíduo pode utilizar para prevenir estes riscos, ou a manutenção e promoção da saúde e ainda a facilitação da sua independência funcional.

Um modelo conceptual de promoção da saúde para pessoas com deficiência desenvolvido pelo “*Center for Disability Policy and Research Model*” (cit. Stuijbergen, A. K., 2006), propõem ter em consideração quatro planos, que descrevem os contextos em que a promoção da saúde é realizada, designadamente: o Envolvimento, as Oportunidades, o Processo de Incapacitação e a Qualidade de vida. Neste modelo as intervenções podem ser implementadas para prevenir a progressão ou ocorrência de condições de incapacidade, para promover oportunidades de participação e para aumentar a qualidade de vida, considerando-se que estas acções, podem ocorrer no âmbito da prevenção primária, secundária ou terciária de acordo com os objectivos previamente definidos. Os múltiplos níveis deste modelo

ênfatizam que ao melhorar a qualidade de vida, se altera o processo físico bem como o comportamento das pessoas com deficiências, o seu envolvimento social e as respostas dos sistemas.

Um outro modelo explicativo da promoção da saúde em pessoas com deficiências, proposto por Stuifbergen, Seraphine & Roberts (2000), foi baseado no pressuposto de que a qualidade de vida resulta de influências directas e indirectas de factores contextuais, atitudinais e comportamentais. A investigação realizada segundo este modelo indica que as intervenções que aumentam o apoio social, diminuem as barreiras, aumentam a auto-eficácia e facilitam a ocorrência de comportamentos saudáveis, resultando assim em comportamentos de saúde mais positivos e na melhoria da qualidade de vida.

Importa aqui reforçar a visão assinalada nos modelos anteriores, que se referem ao impacto de eventuais condições secundárias nas disparidades e desigualdades na saúde que são constatadas em pessoas com deficiências ou incapacidades (Gajdosik & Cicirello, 2001; Kinne, Patrick, & Doyle, 2004; Traci, Seekins, Szalda-Petree, & Ravesloot, 2002; Wilber et al., 2002)

QUALIDADE DE VIDA

A definição e a avaliação da qualidade de vida tem sido objecto de investigação, e apesar do conceito ter evoluído ao longo dos tempos não existe um consenso universal sobre a sua conceptualização e mensuração.

A inexistência de um consenso à volta da definição do conceito qualidade de vida pode ser explicada de diversas formas, por um lado resulta da complexidade inerente ao conceito, por outro lado, a qualidade de vida é um conceito que tende a ser definido por cada pessoa de forma quase intuitiva, e por fim a sua adopção em áreas extremamente diversas dificulta a sua clara e consensual definição (Schalock, 1996a, 1996b, 2001).

A inexistência de uma consensualidade, deve-se também ao facto de intrínsecamente pensarmos compreender claramente o seu significado, apesar deste diferir em função de cada indivíduo, grupo ou investigador (Schalock, 1990b; Dennis, Williams, Giangreco, & Cloninger, 1993, 1994).

A literatura sobre a qualidade de vida é vasta, abrangendo áreas como a sociologia, psicologia social, saúde, reabilitação, educação especial, economia entre outras, porém, não existe um acordo absoluto sobre a sua definição seja qual for a área específica a que nos referimos (Goode, 1994; Raphael, 1996; Raphael, Brown, Renwick, & Rootman, 1996; Raphael, Brown, Rukholm, & Hill-Bailey, 1996, 2000; Raphael, Brown, Renwick, 1996a).

Além das discussões centradas sobre a definição e a utilização de indicadores objectivos ou subjectivos para avaliar a qualidade de vida, apontamos ainda a discussão relativa às possíveis relações entre os conceitos da saúde, sua promoção e qualidade de vida, que tem sido colocada de diversas formas (Guyatt, Geeny, Patrick, 1993).

Na área da saúde, a qualidade de vida é tradicionalmente referida como uma variável de produto, isto é, o resultado que permite avaliar a eficácia de intervenções na saúde, enquanto na área da qualidade de vida, a saúde surge frequentemente como um factor ou dimensão que contribui para a concepção e definição da qualidade de vida.

Por outro lado, assinalamos a concepção de qualidade de vida proposta por Schalock (1990), em que a saúde é simplesmente uma dimensão da qualidade de vida. Raphael (1996)

por sua vez, sugere que a qualidade de vida pode ser vista como um determinante da saúde, bem como um produto das intervenções centradas na promoção da saúde. Segundo Ribeiro (1994) a qualidade de vida pode ser definida como um objectivo a alcançar enquanto a saúde é o objecto de intervenção.

De facto, vários estudos apontam os termos qualidade de vida, saúde e bem-estar como conceitos interrelacionados, sendo o bem-estar definido como uma parte integrante da definição de saúde, que por sua vez pode ser vista como um dos domínios fundamentais para a qualidade de vida.

Históricamente o termo qualidade de vida, foi popularizado na década de 60 por políticos interessados em assinalar políticas e ganhos de sua intervenção dirigida às populações. reforçando a noção do direito das populações a uma boa qualidade de vida. Inicialmente, a sua adopção foi fortemente associada às áreas da economia e da sociologia com o objectivo de descrever o impacto dos bens materiais na vida das pessoas.

Em torno desta concepção, o termo progressivamente passou a ser familiar e a fazer parte do senso comum, passando os políticos, economistas, sociólogos a usar a expressão (Ribeiro, 1994, Fleck et tal., 1999).

A grande emergência de estudos nesta área surge na década de 70, centrada na procura de índices que avaliassem os indivíduos ou as sociedades. Inicialmente os índices eram associados a indicadores sociais objectivos como as taxas de educação, saúde, rendimentos ou as condições habitacionais das populações.

Porém este conceito, deve ser entendido de forma mais ampla, pois está associado ao pensamento Aristotélico, que inclui a noção de que há um bem para o qual todas as acções convergem, e que deve haver um fim que é desejado para o nosso próprio bem, mediante o

qual desejamos todos os outros fins, sendo o “*bem supremo*” o alcance da *felicidade*, da *prosperidade exterior* ou do *bem-estar*.

Segundo Schalock (2001) a qualidade de vida faz-nos pensar no significado dos termos: a *qualidade*, como excelência associada a características, valores humanos positivos como a felicidade, o êxito, a riqueza, a satisfação ou a saúde; e a *vida* como a essência dos múltiplos aspectos da existência humana, significando que a qualidade de vida está associada a uma questão básica: O que contribui para uma vida de excelência “vida boa - good life”? (Raphael, Brown, Renwick, & Rootman, 1996).

Na área da qualidade de vida uma questão frequentemente assinalada, diz respeito à avaliação da qualidade de vida mediante a inclusão de factores objectivos (rendimentos, condições de vida, funcionamento físico) ou subjectivos associados à percepção individual dos domínios de vida importantes e respectiva satisfação (Brown, 1993; Brown I., Bayer, Brown P., 1988; Borthwick-Duffy, 1987; Dennis, Felce, 1997; Felce & Perry, 1995; Broen, Renwick & Nagler, 1996, Oliver, Holloway, & Carson, 1995).

Na área da saúde, a qualidade de vida surge na literatura médica pela necessidade de avaliar a saúde valorizando parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida. Em particular, no domínio da saúde mental a qualidade de vida constituiu-se ainda como uma variável na determinação da eficácia das intervenções após a desinstitucionalização de indivíduos com doença mental (Fletcher, et al.1992).

Na área da reabilitação, particularmente no âmbito do estudo da deficiência intelectual têm existido diversos contributos no que respeita a investigação, conceptualização e avaliação da qualidade de vida, principalmente desde a década de 80, também na sequência dos

movimentos de desinstitucionalização, de defesa dos direitos, de auto-determinação e de acesso ao emprego pelas pessoas com deficiência intelectual (Gómez, 2001).

Numa tentativa de sintetizar o conceito de qualidade de vida, Ward (1990) afirma que o conceito de qualidade de vida é constituído por seis proposições básicas:

- a qualidade de vida pode ser experienciada de forma diferente por cada pessoa,
- requer a não identificação de rótulos,
- requer uma perspectiva pessoal,
- implica um desafio metodológico,
- requer um conhecimento aprofundado da pessoa e,
- respeita as experiências subjectivas de cada indivíduo.

Segundo Borthwick-Duffy (1987) a qualidade de vida é definida de acordo com as conceptualizações básicas associando a sua avaliação às condições de vida, à satisfação das mesmas condições de vida; e à combinação entre estas condições de vida e a satisfação experimentada pela pessoa. Perry & Felce (1995) adicionam ainda que esta combinação na avaliação das condições de vida e da satisfação pessoal percebida deve ser ponderada por uma escala de valores, aspirações e expectativas pessoais.

Reconhecendo-se que a qualidade de vida é um conceito fundamentalmente holístico que ultrapassa a dimensão da saúde, é sugerido que é impossível diferenciar quais as condições ou circunstâncias que influenciam a vida de um indivíduo, assim sendo, a qualidade de vida é afectada não só pela incapacidade ou menor funcionalidade dos indivíduos, mas também pelas experiências particulares de cada sujeito.

Uma outra visão concisa define a qualidade de vida como o grau em que a pessoa aprecia as possibilidades da sua vida.

Wallander, Schmit & Koot (2001) apresentam uma visão similar, definindo a qualidade de vida como a combinação do bem-estar objectivo e subjectivo nos vários domínios da vida considerados salientes numa determinada cultura e tempo, sendo de particular importância a consideração dos direitos humanos universais. No ponto de vista do indivíduo, interessa realçar a noção de qualidade de vida como o grau de coincidência entre o real e as expectativas, em que a experiência vivida reflecte a satisfação dos objectivos e sonhos de cada indivíduo (Matos, Simões & Canha, 1999).

Numa tentativa de assinalar algumas definições de qualidade de vida, apresentamos de seguida os seguintes exemplos (cit. Mazo, 2003):

- Grau de satisfação ou insatisfação sentida pela pessoa nos vários aspectos da sua vida (Adams, 1973);
- Sensação de bem-estar, satisfação ou insatisfação com a vida, felicidade e infelicidade (Dalkey & Rouke, 1973);
- A extensão em que prazer e satisfação caracterizam a existência humana (Andrews, 1974);
- Os aspectos da vida auto-conhecidos e auto-avaliados (Andrews & Withey, 1976)
- O grau em que as pessoas realizam os seus objectivos de vida (Cella & Cherin, 1987);
- A distância entre a posição de uma pessoa e os seus objectivos. A satisfação refere-se à conquista de um objectivo ou à sensação de aproximação dele (Sartorius, 1987);

- Quão bem o indivíduo vive a sua vida, é a resposta emocional do indivíduo à sua situação de acordo com um padrão sobre como viver uma boa vida (Bjork & Roos, 1994).

Esta variabilidade na definição da qualidade de vida reflecte as inúmeras disciplinas nela interessadas e as diferentes orientações dos autores que as defendem.

Em ambientes clínicos, o conceito qualidade de vida, frequentemente referido como qualidade de vida relacionada com a saúde (Ribeiro, 1994), coloca a ênfase nos domínios e impactos relacionados com a doença, incapacidades e tratamentos a ela associados. Diversas dimensões são por vezes utilizadas indiferenciadamente na concepção da qualidade de vida relacionada com a saúde, nomeadamente condições de saúde, funcionamento social, desempenho de papéis, funcionamento físico, níveis de energia, estado subjectivo de saúde, tendo estes como objectivo fundamental identificar a mudança de estados funcionais em função de determinados tratamentos, ou o impacto de intervenções em grupos específicos de indivíduos.

Este termo, qualidade de vida relacionada com a saúde pode englobar aspectos diversos associados à avaliação da doença ou do estado funcional e alguns elementos relacionados com a vida dos indivíduos, sendo definido como o valor atribuído à vida e sua consequente alteração em função de determinada doença ou incapacidade, o nível funcional, a percepção de oportunidades sociais que se consideram influenciadas por doenças, lesões, tratamentos médicos ou políticas sociais (Ribeiro, 1998). As perspectivas de concepção qualidade de vida relacionada com a saúde não são somente centradas neste efeito, encorajando ainda o focus no envolvimento físico do indivíduo em adição à avaliação das componentes físicas, psicológicas e de funcionamento individual (Ribeiro, 1998).

A importância e adopção do termo qualidade de vida, surge do facto deste constituir um elemento sensibilizador, unificador, baseado numa construção social que pode unificar as bases de referência dos diversos serviços, e investigações dirigidas a pessoas com deficiência.

A sua avaliação, inicialmente centrada em indicadores objectivos e indicadores associados ao estado de saúde ou ao grau de funcionalidade dos indivíduos, particularmente adoptada a partir da definição de saúde promovida pela Organização Mundial de Saúde apontava múltiplas dimensões, sociais, físicas e psicológicas. Estas três dimensões constituíram-se assim como domínios da qualidade de vida, em particular da qualidade de vida relacionada com a saúde.

Neste contexto, um número alargado de instrumentos foi desenvolvido, sub-divididos por instrumentos de avaliação da qualidade de vida global, e por um vasto conjunto de instrumentos específicos de patologias que normalmente incluem aspectos particularmente pertinentes para a problemática em questão. Estes instrumentos normalmente avaliam o impacto de doenças ou desordens, mediante um conjunto de itens associados às funções afectadas.

Os instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde reflectem uma concepção multidimensional deste constructo, na medida em que muitos instrumentos incluem várias dimensões da funcionalidade do indivíduo (física, emocional, produtiva, bem-estar material, relações interpessoais, desenvolvimento pessoal, auto-determinação, inclusão social e direitos individuais (Wallander, Schmitt, & Koot, 2001).

Segundo Schalock (1996) a qualidade de vida entendida como conceito contendo indicadores objectivos e subjectivos, deve envolver a avaliação participada do sujeito na apreciação e grau de satisfação de cada indivíduo com a sua vida. A qualidade de vida é assim um conceito que reflecte as condições de vida desejadas pela pessoa em relação a

necessidades fundamentais, sendo que estas que representam o núcleo das dimensões de vida de cada indivíduo.

Segundo Schalock (1997) estas dimensões nucleares da qualidade de vida são os aspectos comuns que caracterizam a condição humana, não existindo dimensões diferentes para grupos diferentes de pessoas (a doença, deficiência ou incapacidade não implica dimensões de qualidade de vida distintas), sendo o significado e importância atribuída a cada dimensão, uma função de factores relacionados tais como o grau de obtenção de necessidades básicas, o grau de oportunidades, a aceitação e a integração na comunidade.

As dimensões de qualidade de vida referidas na literatura são múltiplas, e, não existe um consenso absoluto sobre quais as dimensões a incluir, nem o seu peso relativo.

Schalock (1996) assinala as seguintes dimensões: o bem-estar emocional, as relações interpessoais, o bem-estar material, o desenvolvimento pessoal, o bem-estar físico, a auto-determinação, a inclusão social e direitos.

Por sua vez um modelo de qualidade de vida proposto por (Brown, Rebecca & Raphael, 1997) considera nove dimensões específicas da qualidade de vida para qualquer indivíduo (com ou sem deficiência), enquadrando-as em três grupos básicos: *O que somos como pessoas* -SER (contendo os seguintes domínios: ser físico, ser psicológico, ser espiritual); *Como nos relacionamos com os outros e com o envolvimento* - PERTENCER (contendo os seguintes domínios: físico, social, comunitário) e *Aquilo que realizamos nas nossas vidas que nos define* –TORNAR-SE (contendo os seguintes domínios: prático, lazer e crescimento).

A concepção da qualidade de vida, tendo em vista a percepção subjectiva do indivíduo em relação a dimensões da sua vida conduziu ao desenvolvimento de medidas que envolvem julgamentos subjectivos individuais e de bem-estar.

Estes instrumentos passaram a ser considerados como um indicador subjectivo das mudanças pretendidas, reconhecendo-se que os indicadores objectivos associados ao crescimento económico não eram necessariamente o único objectivo do progresso numa sociedade ou num indivíduo a alcançar. Um exemplo de indicadores utilizados, são os níveis de satisfação de vida global ou a satisfação avaliada em domínios relevantes da vida como a família, habitação e condições sociais.

A progressiva inclusão de indicadores de qualidade de vida subjectivos conduziu ao desenvolvimento e adopção de uma multiplicidade de instrumentos. Numa revisão, Andel (1998) apontava que os indicadores mais referenciados nos estudos sobre a qualidade de vida eram a *satisfação de necessidades*, a capacidade para tolerar o stress, a independência, a auto-determinação, a *felicidade*, as interacções interpessoais, o sentimento de competência pessoal, sentimento de contentamento, o *bem-estar material* e a utilização significativa do tempo.

Felce (1997) ao propor um modelo multidimensional de qualidade de vida integra indicadores objectivos e subjectivos em conjunto com normas e valores individuais de bem-estar físico, material, social, produtivo, emocional e cívico. Outros domínios regularmente referidos incluem o bem-estar material, saúde, produtividade, intimidade, segurança, comunidade e bem-estar emocional, o bem-estar espiritual, lazer, independência.

Do exposto sobre a qualidade de vida, um dos aspectos mais salientes é a diversidade de aplicações e operacionalização do mesmo. Numa revisão de publicações sobre qualidade de vida de pessoas com e sem deficiências, entre 1970 e 1993, foram assinaladas 44 definições distintas identificando-se um vasto conjunto de dimensões e componentes incluindo: o bem-estar psicológico, o bem-estar físico e material, as relações sociais, o emprego, a autonomia, a auto-determinação, a escolha pessoal, a competência pessoal, a adaptação à comunidade, as competências de vida independente, a integração, a aceitação social, o estatuto social, o ajustamento ecológico, o desenvolvimento e realização pessoal, o

ambiente residencial, o divertimento e lazer, a normalização, indicadores demográficos, a responsabilidade cívica e por fim a qualidade dos serviços recebidos. Neste estudo foram identificados ainda diversos factores ambientais tais como as condições de trabalho, as condições de vida, o ambiente residencial, a proximidade de serviços, as características do pessoal de apoio), e um conjunto de factores pessoais incluindo a idade, o sexo, os rendimentos, a competência pessoal, o ajustamento à comunidade e competências de vida, todos estes relacionados com a qualidade de vida. (Hughes & Hwang, 1995). No documento (WHO/SHIA, 2002) são sugeridos oito domínios da qualidade de vida: bem-estar emocional, relações interpessoais, bem-estar material, desenvolvimento pessoal, bem-estar físico, auto-determinação, inclusão social e direitos.

Segundo Browne, Mcgee & Boyle (1997) numa tentativa de classificar as abordagens da operacionalização e avaliação da qualidade de vida existem duas abordagens fundamentais da qualidade de vida, de acordo com um *modelo das necessidades padrão* e um *modelo dos processos psicológicos*. A primeira assenta num conjunto de elementos objectivos, nomeadamente atributos individuais relacionadas com as capacidades individuais, enquanto a segunda é baseada na avaliação individual da própria pessoa tendo como base as percepções subjectivas acerca das circunstâncias da sua vida. Assim, a possibilidade de adoptar inquéritos, entrevistas, questionários e observação directa deve ser considerada, sendo possível a aplicação destes instrumentos aos sujeitos bem como à família e responsáveis de serviços ou pessoas que acompanham os indivíduos.

Uma outra abordagem bastante difundida diz respeito ao modelo proposto pelo grupo de estudo da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde. Este grupo considera que a qualidade de vida se define como a “percepção da posição do indivíduo no contexto de uma cultura e sistemas de valores em que vive, e em relação com os seus objectivos, expectativas, standards e preocupações” (WHO/QOL, 1999).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, tendo como pressuposto que a qualidade de vida assenta no conjunto de características relacionadas com a subjectividade, a presença multidimensional de facetas ou dimensões positivas e negativas e a sua constante mudança com o tempo, com a pessoa e com o contexto cultural, os especialistas deste grupo consideraram os seguintes domínios devem estar presentes na concepção e avaliação da qualidade de vida:

- *Domínio físico* (Dor e desconforto, Energia e fadiga, Sono e repouso);
- *Domínio psicológico* (Sentimentos positivos; Pensar, aprender, memória e concentração; Auto-estima; Imagem corporal e aparência; Sentimentos negativos);
- *Nível de Independência* (Mobilidade; Actividades da vida quotidiana; Dependência de medicação ou de tratamentos; Capacidade de trabalho);
- *Relações sociais* (Relações pessoais; Suporte social; Actividade sexual);
- *Ambiente* (Segurança física e protecção; Ambiente no lar; Recursos financeiros; Cuidados de saúde e sociais; Disponibilidade e qualidade de serviços; Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; Participação em, e oportunidades de recreação/lazer; Ambiente físico; Transportes);
- Aspectos espirituais e crenças pessoais (Espiritualidade / religião / crenças pessoais) (WHO/QOL, 1999; Fleck et al., 2000).

Esta conceptualização constitui o suporte de um instrumento de avaliação, dirigido a pessoas em idade adulta, utilizado no contexto da saúde, o WOQOL-100, que consta de 100 questões que avaliam os seis domínios da qualidade de vida e a sua versão reduzida WHOQOL-BREF (abreviado) composto por 26 questões derivadas do processo de validação

do instrumento completo sendo neste caso considerados quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (WHO/QOL, 1994,1995,1999).

Após o exposto, numa tentativa de síntese das diversas concepções de qualidade de vida, enumeram-se as distintas abordagens associadas a uma visão médica, relacionada com a saúde, diagnóstico social, desenvolvimental e dos indicadores sociais(ver tabela 1).

<i>Abordagem</i>	<i>Definição de Qualidade de Vida</i>
Médica	Representa o efeito funcional de uma doença e o efeito da terapia subsequente percebido pelo paciente.
Relacionada com a saúde	Representa as respostas individuais aos efeitos físicos, mentais e sociais da doença ou incapacidade na vida diária que influencia o grau de satisfação alcançado com as diversas circunstâncias de vida.
Diagnóstico social	Ajustamento e satisfação de vida de membros de uma comunidade.
Desenvolvimental	O resultado da obtenção de necessidades básicas, concretização de responsabilidades básicas nos contextos da comunidade (família, recreação, escola, emprego).
Indicadores Sociais	Estatísticas de interesse directo normativo que facilitam julgamentos concisos, compreensivos e equilibrados sobre as condições de diferentes aspectos da sociedade.

Tabela 1 - Definições de Qualidade de Vida-Adaptado de (Raphael, Brown, Renwick & Rootman, 1996)

Estes autores assinalam um conjunto de variáveis críticas que influenciam a qualidade de vida tais como: o acesso ao sistema de saúde, o envolvimento na vida diária; o envolvimento familiar; as relações sociais e emocionais com outros (amigos, colegas, técnicos), a educação; o envolvimento no trabalho e em actividades de lazer e recreação, as características de personalidade, as influências sócio-culturais, o funcionamento cognitivo e adaptativo, aspectos etiológicos ou os níveis de suporte.

Schalock (1991, 1997) descrevendo um conjunto de estudos que identificam os preditores significativos da qualidade de vida em pessoas com deficiência intelectual, destaca os factores pessoais (estado de saúde a conduta adaptativa), factores do envolvimento (apoio social percebido, tipo de residência, número de actividades existentes no serviço, actividades integradas na comunidade, transporte, estatuto laboral e nível de integração) e as características das pessoas que fornecem o serviço (grau de stress do trabalhador, grau de

satisfação do cliente, satisfação laboral, trabalho com a pessoa, serviços residenciais, respeito demonstrado) como as variáveis mais significativas.

Uma actividade científica extensa nesta área tem-se centrado nas metodologias adequadas a seguir no desenvolvimento, tradução e validação de instrumentos de avaliação da qualidade de vida, de forma a se observar uma equivalência da avaliação em diferentes contextos culturais.

Segundo Dennis, Williams, Giangreco & Cloninger (1993, 1994), avaliação da qualidade de vida pode ser classificada de acordo com enfoques quantitativos e qualitativos ou ambos.

Os enfoques quantitativos operacionalizam a qualidade de vida mediante um conjunto de indicadores sociais (relativos a condições externas do envolvimento relacionadas com a saúde, bem estar social, amizade, nível de vida, educação, segurança, lazer), os indicadores psicológicos (medem as reacções subjectivas do indivíduo na presença ou ausência de determinadas experiências de vida). São ainda assinalados os indicadores ecológicos (que medem o ajustamento entre os recursos do indivíduo e as exigências do ambiente). Por sua vez, os enfoques qualitativos adoptam uma postura de escuta das experiências, problemas, dificuldades das pessoas e da forma como os serviços podem actuar mais eficazmente.

Para Schalock (1997) a avaliação da qualidade de vida requer um aprofundamento do conhecimento das vidas das pessoas e a adopção de diferentes metodologias, envolvendo técnicas de medição, múltiplas, sendo que a adopção de uma dimensão ou da totalidade de dimensões propostas para a avaliação da qualidade de vida deverá partir do interesse e dos objectivos do estudo em causa. A utilização de diferentes técnicas de medição como a observação, avaliação funcional, indicadores padronizados tendo como base a resposta dos próprios indivíduos ou de outros intervenientes no processo de reabilitação deve ser

dependente dos objectivos dos estudos e das competências ao nível da compreensão do tipo de respostas solicitado (Piteira, 2000).

Actualmente existem propostas de adopção de múltiplos métodos e instrumentos de avaliação da qualidade de vida (Abbott & Gee, 2003; Alfonso, 1995; Anderson, Aaronson, Bullinger, & McBee, 1996; Andresen, Vahle, & Lollar, 2001; Berzon, Simeon, Simpson, Donnelly, & et al., 1995; Dijkers, 2003; Dijkers, Whiteneck, & El-Jaroudi, 2000; Todd C. Edwards, Huebner, Connell, & L.Patrick, 2002; T. C. Edwards, Huebner, Connell, & Patrick, 2002; Flechtner, Moller, Kranendonk, Luther, & Lehmkuhl, 2002; Graue, Wentzel-Larsen, Hanestad, Batsvik, & Sovik, 2003; Kotwicki et al., 2001; Lollar, Simeonsson, & Nanda, 2000; Petersen, Schmidt, Power, & Bullinger, 2005; Pukrop, 2003; Raty, Wilde Larsson, & Soderfeldt, 2003; Tate, Riley, Perna, & Roller, 1997; Tulsy & Rosenthal, 2003; Ventegodt, Henneberg, Merrick, & Lindholt, 2003; Vreeke, Janssen, Resnick, & Stolk, 1997; Wallander, Schmitt, & Koot, 2001; Wood-Dauphinee et al., 2002)

Alguns autores propõem que se envolvam instrumentos multi-informantes e dados de carácter qualitativo e quantitativo. Estes estudos têm surgido com maior frequência na área das ciências sociais, suportados por investigações positivistas e naturalistas, tendo em vista adequar o estudo a um fenómeno complexo, como é a avaliação da qualidade de vida, que não se adequa a uma única abordagem. Mactavish (2000) refere que este método tem vindo a ser utilizado quando o estudo visa procurar resultados convergentes (triangulação); explorar aspectos interrelacionados ou distintos de um fenómeno (complementaridade); examinar semelhanças, contradições e novas perspectivas (iniciação).

No fundo, as concepções, relações e dependências assinaladas estão associadas a áreas de investigação e de intervenção diversas, sendo porventura complexo chegar-se a um absoluto consenso sobre estes conceitos e respectivos modelos de avaliação. De seguida passamos a abordar alguns conceitos associados à noção de qualidade de vida.

SATISFAÇÃO, FELICIDADE, BEM-ESTAR

Os conceitos de bem-estar, satisfação, felicidade, associados com a qualidade de vida e com a noção de saúde podem ter diversas definições.

O bem-estar, segundo vários autores é um conceito multifacetado, sendo entendido como um termo global que descreve o que as pessoas sentem sobre as suas vidas, podendo incluir as respostas emocionais, a satisfação nos domínios da vida e um julgamento global da qualidade de vida (Huebner, 1991, Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999).

Segundo Diener (2000) o bem-estar subjectivo tem duas componentes, uma que consiste num julgamento cognitivo e uma que consiste num julgamento afectivo.

Assim o bem-estar subjectivo inclui medidas cognitivas (satisfação) e afectivas (afectos positivos ou negativos), podendo a componente cognitiva de bem-estar subjectivo ser descrita através de medidas de satisfação de vida e de qualidade de vida subjectiva (Diener, 1984; Cummins, 2000 cit. Currie, 2004, Seligman, Reivich, Jaycox, Gillham, 1995).

Para Seligman (2002) o bem-estar é definido como a avaliação positiva da vida das pessoas, que inclui indicadores associados a emoções positivas, satisfação e aspectos do envolvimento.

Enquanto alguns autores propõem que as medidas de satisfação podem ser avaliadas mediante uma única questão em que os indivíduos respondem como se sentem em relação à vida em geral (Andrews & Withey, 1976 cit. Currie, 2004), alternativamente, é proposto que a satisfação seja medida através de uma série de questões que pretendem obter como o indivíduo se sente satisfeito em relação a um conjunto de domínios da vida (Huebner,

1991,2002). Enquanto a abordagem unitária é mais limitada uma vez que somente contém uma medida geral não contendo informação variada sobre diversos domínios, a informação sobre a satisfação na vida nos diversos domínios é assinalada como uma medida de avaliação subjectiva da qualidade de vida.

Neste âmbito assinalamos o trabalho de Huebner, que desenvolveu vários instrumentos de avaliação da satisfação, nomeadamente a Student's Life Satisfaction Scale (1991); a Brief Student's Life Satisfaction Scale (1994) e a Multidimensional Student's Life Satisfaction Scale (1998), em que a primeira escala consiste numa medida de auto-relato composta por 7 itens que examina a satisfação global com a vida em que os alunos respondem numa escala de seis pontos (discordo fortemente a concordo fortemente) sendo o seu somatório um índice global da satisfação de vida (cit Huebner, 2002). A segunda componente proposta como medida de avaliação do bem-estar subjectivo, envolve a avaliação afectiva, e inclui medidas subjectivas relacionadas com a percepção de sentimentos positivos e negativos.

O bem-estar psicológico é um termo que reflecte avaliações de sintomas psicológicos tais como a depressão e ansiedade, em conjunto com medidas de satisfação de vida e medidas que avaliam emoções positivas e negativas (Currie, et al, 2004).

Por sua vez, o conceito de felicidade é mais frequentemente utilizado para descrever o

Estudos comparativos a nível internacional apontam que condições macrosociais como a pobreza, a guerra, ou injustiça social, são obstáculos para a felicidade (Veenhoven, 2003, 2005).

Outros factores associados, dizem respeito à classe social, a situação económica familiar ou da comunidade. Por fim referem-se factores do indivíduo, associados aos seus hábitos e formas de “*coping*”, como a esperança, optimismo, a habilidade para experimentar

a sensação de “*fluxo/flow*” podem moderar os níveis individuais de felicidade (Csikszentmihalyi, 1997).

Um estudo realizado por Csikszentmihalyi & Hunter (2003) numa amostra nacional de jovens americanos, assinala correlações entre os factores do envolvimento, hábitos e comportamentos com a felicidade, se bem que existe uma fraca estabilidade, variando consoante a hora do dia e o dia da semana. Parece que os jovens mais felizes são mais novos, passam mais tempo sozinhos, a ler livros, e em actividades que consideram desafiantes ou indutoras de “*fluxo*”, sentem-se excitados, orgulhosos, sociáveis, fortes, activos, bem consigo mesmos e que apresentam um nível sócio-económico mais baixo.

Os autores sugerem ainda que o nível sócio-económico está negativamente associado à felicidade, sendo a causa a actual preocupação excessiva com os bens materiais, que por sua vez se encontra inversamente relacionada com o desenvolvimento positivo dos jovens (Csikszentmihalyi & Hunter, 2003).

Uma vasta informação nesta área está descrita numa base de dados que foi construída a nível internacional, disponibilizando resultados de mais de 2000 “*surveys*” provenientes de estudos realizados na população em geral em mais de 116 países (Veenhoven, 2005). Esta base permite a consulta de dados a comparativos nível internacional, sendo na maioria dos casos utilizados instrumentos de auto-avaliação baseados numa única questão, incluindo escalas pictóricas ou gráficas tais como a Escada de Cantril (Cantril, 1965).

Veenhoven (2005) assinala que as diferenças na felicidade podem ser analisadas de acordo com uma comparação das diferenças entre países, ou numa perspectiva igualitária, em que o focus se centra no nível de desigualdades da felicidade dos cidadãos de cada país, isto é, observando a dispersão da distribuição observada.

Assim, por definição, a desigualdade na felicidade é representada pelas diferenças no número relativo de indivíduos que reportam um nível de felicidade e na magnitude desta diferença.

Pela complexidade conceptual dos conceitos em estudo pensamos ser interessante ter em consideração estas perspectivas. Parece-nos relevante assinalar que, ao revermos o conjunto de palavras consideradas chave neste estudo, saúde, qualidade de vida, promoção da saúde, bem-estar, satisfação e felicidade o consenso absoluto quanto à sua descrição bem como a sua relação não existe.

De notar ainda, que existe um interesse crescente na conjugação e melhor conhecimento destas áreas no que respeita a investigação e intervenção, sendo que este facto se traduz, para nós, num desafio de exploração destes conceitos.

Tendo como modelo primordial no nosso trabalho o modelo conceptual da saúde do estudo *HBSC/OMS* (Currie, 2001, Matos, et al., 2003, 2006), surge a necessidade de enfatizar a dimensão do bem-estar psicológico, social e físico, na medida em que esta dimensão está intimamente associada à necessidade de identificar as diferenças na saúde dos jovens, quer entre países, quer ao nível de estudos nacionais, nomeadamente pela sua relação com o surgimento de problemas ou riscos para a saúde no período da adolescência.

Tendo ainda como pressuposto que os recursos materiais (bem-estar material) poderá ter um papel de predição na saúde, bem-estar psicológico e satisfação com a vida, enfatiza-se a necessidade de estudar o papel das “desigualdades” sócio-económicas, nas “desigualdades da “saúde” como factor determinante, sendo esta a área central que pretendemos explorar.

Na área das desigualdades na saúde dos jovens, existem duas perspectivas em competição, uma que aponta o papel dos recursos materiais numa visão relativista e outra que defende uma visão absolutista.

Na visão absolutista o nível absoluto de recursos é de importância primordial para o bem estar e satisfação de vida. Em contraste, a visão relativista aponta que são os recursos em relação a um determinado standard que têm importância no bem-estar e na satisfação de vida (Currie, 2001).

Assim sendo, coloca-se a questão relacionada com a associação e impacto entre os recursos materiais e o bem-estar e satisfação nos jovens.

O bem-estar material, considerado como um meio para alcançar um fim, que se traduz na saúde e no bem-estar geral, à medida que a sociedade se torna mais próspera, parece que se traduz numa maior dificuldade e inexactidão na utilização deste factor como indicador do bem-estar geral dos grupos populacionais. Uma das razões prende-se com facto de os rendimentos se traduzirem numa maior possibilidade de escolha e consumo que nem sempre é equivalente a um maior bem-estar geral, daí a importância de estudar gradientes do bem-estar material. Os estudos que tentam identificar a relação entre rendimentos e bem-estar ou saúde, encontram correlações substanciais, indicando que a maior afluência, ou bem-estar material se traduz numa maior percepção de satisfação e felicidade, apesar destas correlações baixarem quando se controlam outros factores (Veenhoven, 2005).

Do mesmo modo, a saúde, e direitos humanos ao se correlacionarem com a afluência dos países, ao serem estatisticamente controlados, revelam que o efeito dos rendimentos no bem-estar geral deixa de ser significativo.

Parece ainda que o gradiente dos rendimentos está relacionado de forma variável com o bem-estar, sendo que acima de um nível moderado de rendimentos, existe um aumento muito reduzido no mesmo.

Actualmente, a sociedade em que nos inserimos, ao ter na grande maioria dos casos dado uma resposta a um conjunto de necessidades básicas dos indivíduos, aponta numa

necessidade de orientação para outros indicadores, que traduzem uma *vida de qualidade*, implicando assim na sua significação a procura de indicadores que atribuam o valor de uma *vida significativa, envolvente, preenchida e satisfatória*.

Apesar dos aspectos económicos se traduzirem numa maior qualidade de vida, actualmente, estes não são vistos como o único indicador de bem-estar. É também o caso de dados avançados no Eurobarómetro que medem o bem-estar psicológico, ou os indicadores apontados em organizações internacionais em que regularmente são avaliados indicadores de *felicidade*, ou *satisfação com a vida*.

O *HBSC/OMS* tem dirigido o estudo do bem-estar mediante a utilização de medidas que avaliam a percepção subjectiva de *queixas físicas e psicológicas*, a *percepção da saúde*, a *percepção da felicidade* e medidas de avaliação da *satisfação com a vida* (Currie, 2001).

Um dos instrumentos de avaliação do bem-estar no *HBSC/OMS*, é constituído pela percepção subjectiva de sintomas composto por um conjunto de itens reflectem duas dimensões (psicológica e somática) sendo sensível à utilização quer ao nível da análise por itens ou ao nível do score total obtido (Haugland et al., 2001 cit. Currie, 2001).

Estudos anteriores apontam que estes recursos psicológicos têm uma forte associação com a satisfação de vida na escola. No que respeita os sintomas, sendo que estes podem constituir uma dimensão afectiva da satisfação ou segundo alguns autores um factor associado à dimensão da saúde e qualidade de vida importa observar a sua relação como factor unitário que avalia a dimensão do bem-estar ou qualidade de vida geral.

A natureza actual dos dados disponíveis sobre o bem-estar é caracterizada por um conjunto de medidas de qualidade variável, usualmente a partir de amostras não representativas, e, raramente incluindo distintos conceitos em simultâneo como por exemplo emoções positivas, satisfação com a vida, emoções negativas, reconhecendo-se que estes

constructos apresentam padrões de distribuição diferentes entre si (Lucas, Diener & Suh, 1996).

Existem ainda revisões de conceitos associados, como o stress (Cohen, Kessler & Gordon, 1997), afectos positivos e negativos (Watson, 2000), felicidade (Argyle, 2001), ou depressão (Basco, Krebaum & Rush, 1997) cit. Veenhoven, (2003). Porém estes conceitos não têm sido sistematicamente explorados de forma a identificar a relação e os conceitos necessários numa bateria combinada para avaliar o bem-estar geral.

Segundo Seligman (2002) o bem-estar inclui prazer, envolvimento, significado, sendo que o conceito de satisfação com a vida pode reflectir todos estes parâmetros.

Em geral tem sido assinalado que estados positivos de bem-estar estão correlacionados com uma melhor saúde física e funcionamento (Hilleras, Jorm, Herlitz & Winblad, 1998; Murrell, Salsman & Meeks, 2003; Ostir, Markides, Black & Goodwin, 2000).

As correlações entre a saúde física objectiva (i.e., saúde avaliada por técnicos especializados da área médica) e o bem-estar são reduzidas, em parte devido à aparente adaptação à doença que ocorre ao longo do tempo e ainda devido ao facto de a maioria das pessoas serem relativamente saudáveis.

É ainda assumido que certas incapacidades, que interferem com o funcionamento diário produzem uma diminuição no bem-estar. Em adição, os auto-relatos de bem-estar geral ou de doença correlacionam-se positivamente e negativamente, com a longevidade e saúde subjectiva, i.e. como o indivíduo avalia a sua saúde parece predizer a mortalidade, mesmo quando as diferenças com a saúde objectiva são estatisticamente controladas.

Assim, o bem-estar e a ausência de uma percepção de doença parecem apontar para a predição de uma melhor saúde, parecendo que a associação entre bem-estar e saúde física é ainda influenciada por outras variáveis não totalmente explicadas.

A percepção de saúde por sua vez tem sido relacionada com o bem-estar, tal como revelado pela revisão da literatura conduzida por Okun, Stock, Haring & Witter (1984), assim como em estudos mais recentes (Lyubomirsky & Lepper, 2003). É o caso de Marmot (2003), que apontou correlações elevadas entre a baixa satisfação de vida e uma pobre percepção de saúde, relação esta que tem sido assinalada por outros autores (Brief, Butcher, George, & Link, 1993; Okun & George, 1984, Verbrugge, Reoma & Gruber-Baldini, 1994).

CAPÍTULO 3 – DEFICIÊNCIA E INCAPACIDADE

Neste capítulo, pretende-se clarificar a natureza complexa e multidimensional do conceito de deficiência e incapacidade.

Importa assinalar que neste texto o termo *incapacidade* corresponde à tradução do termo “*disability*”, e o termo deficiência corresponde à tradução do termo “*impairment*”.

Tendo em vista, a diferença nos termos conceitos mais frequentemente usados em Portugal, e a nível internacional na literatura Inglesa, ambos os termos “*incapacidade*” e “*impairment*” serão por utilizados em simultâneo, mesmo quando a literatura inglesa revista, refira somente o termo “*disability*”.

O termo deficiência somente será utilizado quando a revisão é proveniente de textos em Português com esse mesmo termo ou quando o texto em Inglês utiliza o termo “*impairment*”.

Numa primeira parte deste capítulo descrevem-se os modelos conceptuais da deficiência, o modelo moral, social, médico e biopsicossocial, apresentando de seguida alguns dados estatísticos nacionais referentes ao número de pessoas com deficiência e incapacidades, em particular do grupo etário dos jovens.

São ainda assinalados dados relativos aos alunos com necessidades educativas especiais e respectivos sistemas de classificação adoptados.

Por fim são assinalados aspectos metodológicos no que respeita a aplicabilidade destes conceitos em estudos que incluam jovens com deficiências e incapacidades.

MODELOS COMPREENSIVOS DA DEFICIÊNCIA E INCAPACIDADE

Sendo que a linguagem não é meramente um instrumento para veicular informações, é fundamental assinalar a importância dos conceitos associados ao tema em estudo, nomeadamente o conceito de deficiência, incapacidade e respectivos modelos de compreensão.

A terminologia, socialmente aceite e adoptada, reveste-se de extrema importância na medida em que esta afecta a forma como as deficiências ou incapacidades são percebidas pelos próprios indivíduos, família, colegas e sociedade em geral (WHO, 1999).

De facto, a forma como escrevemos ou falamos de deficiência e/ou incapacidade constitui um meio para modelar ideias, e uma forma de melhor perceber o contexto em que nos inserimos, revelando ainda valores e princípios gerais subjacentes ao papel na e da sociedade em relação às pessoas com deficiências e incapacidades.

À medida que mais aprofundamos o tema e ao revermos a literatura no domínio da compreensão das pessoas com deficiências e/ou incapacidades, a tentativa de encontrar uma única definição clara e consistente, torna-se mais elusiva e mais complexa.

A frequente inexactidão e ambiguidade na adopção dos conceitos quando falamos de pessoas com deficiências e/ou incapacidades (Albrecht, 1999, Oliver, 1996, Olkin, 1999), estão relacionadas com os diferentes modelos de compreensão, respectivas definições que têm sido desenvolvidas ao longo dos tempos e sua inerente complexidade (Amiralian, 2000).

Encontramos posições contraditórias face aos termos bem como face aos modelos de compreensão da pessoa com deficiência e ou incapacidade a considerar. Enquanto autores defendem a sua clareza, outros tentam reformular definições e modelos compreensivos tendo como base a crítica dos existentes.

Importa assinalar que a progressão destes conceitos teve uma franca evolução nos últimos anos, em grande parte devido aos contributos da Organização Mundial de Saúde e dos grupos de trabalho constituídos em vários países, envolvidos no desenvolvimento e adopção de um novo modelo compreensivo da deficiência e incapacidade (WHO, 1999, 2000).

A incapacidade, conceito actualmente considerado como mais adequado e abrangente, é um conceito multidimensional com características subjectivas e objectivas. Quando interpretado unicamente como doença ou deficiência, a sua concepção assume que o problema ou condição é unicamente algo intrínseco ao indivíduo. Por outro lado, quando a incapacidade é interpretada como constructo social, pressupõe as desvantagens e as limitações às actividades e as restrições à participação activa na vida nas suas diversas dimensões, sócio-económicas, culturais e políticas, em muitas ocasiões resultando numa situação de exclusão ou opressão (Oliver, 1996).

Apesar de gradualmente, a visão contemporânea da incapacidade se estar a transformar, englobando condições médicas, limitações funcionais, e restrições à participação, defendendo uma linguagem que coloca o indivíduo em primeiro plano em vez

da sua incapacidade, esta mudança nos vários níveis da sociedade é lenta e dependente de inúmeros factores.

Assim, persistem inúmeras concepções, que frequentemente conduzem a diferentes discursos e compreensões do que se entende pelos termos deficiência e incapacidade, afectando muitas vezes os enunciados legais, a organização de serviços, bem como a própria identidade pessoal face ao sentimento de pertença a um determinado grupo, como é o caso dos termos “*pessoa deficiente*” ou pessoa com “*incapacidade*”.

Mashaw e Reno (1996) documentavam mais de 20 definições de incapacidade, sendo estas usadas com finalidades distintas nomeadamente para a elegibilidade de apoios financeiros, acesso a serviços e prestações sociais, acesso a respostas educativas integradas ou segregadas, acesso a serviços de reabilitação, acesso a medidas de apoio ao emprego e formação, bem como a definição de critérios para a obtenção de estatísticas de prevalência e incidência.

Um aspecto importante a considerar assenta no facto de, segundo (Olkin, 1999), a construção da incapacidade ter sido suportada por distintos modelos conceptuais, que se podem descrever pela sua diferença mas também pela sua complementaridade.

Llewellyn e Hogan (2000) sugerem que um modelo representa um tipo particular de teoria que pretende explicar um fenómeno em referência a um sistema e mecanismos abstractos. Oliver (1996) argumenta que os modelos permitem compreender, mas não explicar um fenómeno na sua totalidade. Contudo, apesar dos modelos não explicarem a natureza das incapacidades, estes facilitam a sua compreensão. Os seguintes modelos são particularmente relevantes: o modelo moral, o modelo médico, o modelo funcional, o modelo social ou das minorias e o modelo biopsicossocial.

Estes modelos são diferenciados em função da concepção da origem do problema associado a uma incapacidade, i.e.- o indivíduo versus o envolvimento. Enquanto os dois primeiros têm como pressuposto que o problema se centra no indivíduo, no modelo social ou das minorias o problema é situado no envolvimento, e por sua vez o modelo funcional e biopsicossocial reforça a importância da interação entre indivíduo e envolvimento .

Todavia, a própria enumeração e descrição dos modelos compreensivos fundamentais, varia consoante os autores que os descrevem.

Para Ustun et al. (1995) os modelos fundamentais de compreensão são o modelo médico, o modelo social e, mais recentemente, o modelo universal ou biopsicossocial. Outros autores falam de perspectivas de análise da incapacidade incluindo entre outras, a perspectiva funcional, ecológica e dos direitos humanos.

Não existindo uma definição universalmente aceite da incapacidade, e estando o seu significado associado a diferentes períodos históricos, bem como a distintos modelos compreensivos, a ausência de termos e conceitos que permitam uma clara análise e descrição da incapacidade continua a constituir uma barreira para a consolidação do conhecimento científico sobre as circunstâncias e factores associadas à sua produção das incapacidades e possíveis formas de intervenção.

Esta situação impede ainda uma clara comunicação e análise comparativa sistemática de estudos que incluem grupos de pessoas com condições de incapacidade. Esta dificuldade ocorre ao nível de comparações entre países, culturas e em diferentes períodos de tempo. De seguida passamos assim a descrever os modelos: moral, social, médico, funcional e por fim o modelo biopsicossocial.

O MODELO MORAL

A construção moral da incapacidade é um modelo em desuso, porém este prevalece ainda enraizado em determinados contextos sociais e culturais, tendo como base crenças particulares da realidade. Neste modelo a causa do problema ou “defeito” do indivíduo é associada a erros morais do próprio ou da sua família, evocando assim sentimentos de culpa, medo, fatalismo, misticismo em relação à presença de uma incapacidade, associados a fortemente a explicações religiosas. Este modelo constitui um parâmetro de particular importância na construção do modelo social da deficiência, uma vez que assenta fortemente nas percepções subjectivas individuais e crenças fortemente relacionadas com a cultura de cada grupo ou comunidade (Kaplan, 2000).

O MODELO SOCIAL

O modelo social surgiu na década de 70, pelas mãos do sociólogo Mike Oliver, teve como base as ideias da *UPIAS - Union of the Physically Impaired Against Segregation* (Finkelstein, 2001; Oliver, 2004). Neste modelo a incapacidade é equacionada simplesmente como diferença.

A perspectiva do modelo social pressupõe que a incapacidade não reside somente no corpo ou mente de um indivíduo, mas sim nas relações entre a pessoa e os factores

contextuais como as atitudes, o meio social e o meio físico que constituem a sociedade. Assim, entende-se que factores como a política social, a cultura ou práticas institucionais são aqueles que produzem as incapacidades por não responderem às necessidades particulares dos indivíduos.

Em geral, esta abordagem social da incapacidade contribuiu para a deslocação do estudo das incapacidades associada à categorização e descrição de deficits ou limitações, para a investigação sobre a remoção das barreiras que as pessoas enfrentam quando interagem com o seu envolvimento.

O modelo social da incapacidade baseando-se numa visão abrangente, tem como maior contributo a consciencialização de que a capacidade para a realização de actividades depende de envolvimento acessíveis a todos os indivíduos, independentemente das possíveis diferenças intra-individuais que possam existir.

Neste modelo, o envolvimento é definido de forma ampla, incluindo dimensões sociais, físicas, económicas e políticas. A dimensão social inclui as atitudes e crenças associadas à diferença enquanto a dimensão física do modelo inclui o envolvimento construído, tais como espaços comerciais e públicos, habitação e transportes. A dimensão económica inclui as oportunidades ocupacionais, formativas e educativas, enquanto a dimensão política inclui as questões associadas aos enunciados e direitos legais dos cidadãos. Exemplos de barreiras neste modelo são a opressão, a negligência, a imagem social estereotipada ou a discriminação. Assim, neste modelo a incapacidade é derivada fundamentalmente a partir de uma construção social da realidade, processo através do qual um corpo de conhecimento se torna socialmente aceite como realidade. Esta construção social da realidade decorre de acções e interacções em que as pessoas criam uma realidade partilhada experienciada de forma objectiva e factual, subjectivamente significativa (Berger & Luckmann, 1966). Nesta perspectiva uma incapacidade é criada fundamentalmente pela

visão social construída de que uma pessoa com uma determinada incapacidade é diferente ou incapaz.

Como crítica assinala-se o facto de este modelo ser incompleto na compreensão da incapacidade (Bickenbach, Chatterji, Badley & Ustun, 1999). Uma das justificações prende-se com o facto de este modelo estar baseado na premissa de uma diferença que estabelece a dicotomia entre pessoas com e sem incapacidades, o que dificulta a compreensão e as respostas para aqueles que estão no limiar destes grupos.

Em termos de investigação, assinala-se outra crítica relativa ao facto deste modelo negligenciar os problemas estruturais, culturais ou materiais que “*constroem*” a incapacidade ou a exclusão, e a defesa por vezes extrema de que os investigadores com direito a estar envolvidos nos estudos e conhecimento das pessoas com incapacidade serão unicamente aqueles com uma incapacidade.

Subjacente a esta noção surge uma afirmação frequentemente enunciada pelos defensores do modelo social “Nada sobre nós sem nós”, “*Nothing about us without us*” (Charlton, 1998). A dicotomia assinalada neste modelo assenta ainda na noção de que a sociedade é constituída pelos grupos de indivíduos que são oprimidos (pessoas com incapacidade) e no outro lado pelo grupo dos opressores.

Os críticos deste modelo referem que apesar da importância dos conceitos que este modelo difundiu, existe pouca investigação empírica que fundamente a interação proposta entre os aspectos intrínsecos do indivíduo e os aspectos do envolvimento que produzem a incapacidade.

Por sua vez, uma das implicações positivas deste modelo baseia-se no reforço da importância da intervenção ao nível de dimensões físicas, sociais, e ou atitudinais, resultando assim numa potencial remoção de barreiras sociais e do envolvimento.

O modelo dos direitos humanos, considerado como um sub-grupo deste modelo, compreende a incapacidade como um constructo social, estando particularmente interessado na promoção e defesa dos direitos dos indivíduos com uma incapacidade, apontando políticas que vão ao encontro das mudanças sociais necessárias para este efeito.

Existe ainda a referência a um modelo assente nos direitos legais, que aponta como questão primordial, a protecção e defesa dos direitos individuais das pessoas com incapacidades.

De acordo com este modelo, as experiências das pessoas com incapacidades são similares às experiências de muitos outros grupos minoritários ou excluídos, sendo a incapacidade derivada da discriminação individual e institucional que é dirigida a todos os grupos em situação de opressão. Assim, as acções prioritárias defendidas centram-se na capacitação e afirmação dos direitos destas minorias. Este modelo rejeita as descrições da incapacidade unicamente como algo negativo, enfatizando por oposição que a incapacidade é desejável pois promove uma comunidade multicultural, diversa que deverá apoiar e valorizar todos os indivíduos independentemente das suas capacidades ou características particulares. Ao assumir a igualdade nos direitos e liberdades individuais como o valor fundamental da sociedade, este modelo defende que as mudanças deverão centrar-se prioritariamente na mudança de políticas sociais que promovam os direitos humanos básicos.

O MODELO MÉDICO

O modelo médico, deriva da concepção de incapacidade, como um problema de saúde que se situa no indivíduo (corpo ou mente), causada por uma doença, trauma ou condição de saúde que incapacita o funcionamento físico, intelectual ou sensorial. Esta condição é vista termos de “*deficit, inferioridade ou tragédia pessoal*”, sendo a incapacidade equacionada como algo inferior, menor, com “*defeito*” (Imrie, 1977; Marks, 1977).

Os elementos básicos do modelo médico para conceptualizar a incapacidade são: a) condição ou deficit, (b) que reside num indivíduo (c) e que pode ser curada ou melhorada mediante um tratamento (Marks, 1977).

A visão baseada no modelo médico, tende assim a reduzir a incapacidade a uma condição individual causada por aspectos fisiológicos, orgânicos ou condições médicas, sendo a resposta centrada em medidas de reabilitação dessas mesmas incapacidades (Olkin, 1999).

Este facto deve-se em parte à origem deste modelo na área das profissões da saúde, enraizada numa visão associada à doença, facto que justificava a noção de tratamento e cura. Esta noção traduz-se na prática, na concepção de uma reeducação de “*defeitos*” individuais que se traduz actualmente numa visão redutora.

A deficiência, noção que prevalece neste modelo, é geralmente vista em termos de categorias (e.g., paralisia cerebral, esclerose múltipla) com uma menor acentuação no seu grau ou severidade (i.e., grau de incapacidade). Neste contexto, o objectivo da investigação centra-se na identificação da cura ou reabilitação de doenças ou condições específicas,

criando à priori a suposição de que a incapacidade não é um estado normativo. Assim a prioridade das acções é orientada para a diminuição das necessidades dos cuidados individuais tendo como objectivo de compreender a condição, sua etiologia e controlar ou eliminar a sua prevalência.

Entre os vários críticos deste modelo, os defensores do modelo social da incapacidade têm rejeitado a relação directa entre doença e incapacidade, assinalando o reducionismo deste modelo, por não considerar, os factores físicos, envolvimentais, sociais, culturais e políticos associados à determinação do estatuto de incapacidade.

Por outro lado o modelo médico tem sido criticado por não ter em consideração as limitações às actividades ou as restrições à participação que podem resultar de processos negativos que emergem das experiências de discriminação social, negligência ou opressão.

A este modelo tem sido associada a lógica da Classificação Internacional das Doenças (CID), que constitui um sistema de codificação de doenças e condições de saúde utilizada na grande maioria dos sistemas de saúde, de reabilitação e mesmo nos sistemas da segurança social e da educação.

No que respeita a deficiência, a informação relevante tende a ser identificada em termos de diagnósticos, síndromas ou sinais que estabelecem critérios para a elegibilidade dentro de uma determinada categoria. No contexto da educação podemos encontrar, como se descreve mais à frente, estes critérios para a elegibilidade e acesso aos serviços de educação especial.

O modelo funcional, considerado como derivado deste modelo médico, assenta na descrição das limitações funcionais que decorrem de uma deficiência nas áreas de vida de cada indivíduo.

Em meados da década de 1960, o sociólogo Americano Saad Nagi desenvolveu um modelo integrado para caracterizar o processo de incapacitação (Fig. 1).

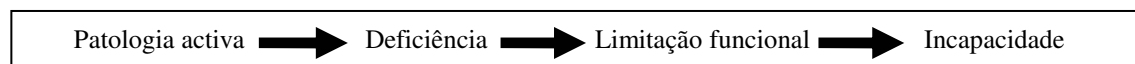


Figura 1 – Modelo de Nagi do processo de incapacitação (Nagi, 1995)

Neste modelo o conceito de limitações funcionais tem uma definição um pouco distinta, pois a incapacidade considera-se influenciada pelas características de uma deficiência, tais como o tipo e severidade e pela forma como o indivíduo e os outros definem uma situação e reagem a ela (Nagi 1995).

O processo de incapacitação é conceptualizado tendo como base um processo causal em que quatro conceitos são enunciados: iniciando-se na ocorrência de uma patologia, que implica uma deficiência, seguindo-se uma limitação funcional e por fim uma incapacidade.

Segundo Nagi (1995) o conceito da limitação funcional está então associado a papéis sociais, bem como a limitações definidas por critérios médicos objectivos.

Uma expansão do modelo anterior adiciona uma componente contextual associada ao processo de incapacitação em que as limitações funcionais são definidas como restrições atribuíveis à política social ou a barreiras atitudinais e estruturais, que limitam a concretização dos papéis ou negam o acesso a serviços ou a oportunidades, por sua vez associadas às possibilidades de participação total na sociedade.

Este modelo, defende que factores intra-pessoais se interrelacionam com factores do ambiente físico, social e cultural (tabela 2).

Patologia activa	Deficiência	Limitação funcional	Incapacidade	Limitação sociedade
Interrupção ou interferência com o processo normal e esforço do organismo para adquirir um estado normal.	Anormalidades ou perdas fisiológicas, mentais ou emocionais; Indicadores: sintomas e sinais encontrados nos atributos do indivíduo.	ou A limitação na performance das actividades da pessoa: andar, subir, alcançar, ouvir	na Limitação de desempenho de papéis sociais definidos e tarefas relacionadas com o trabalho, recreação e cuidados pessoais de acordo com os contextos sócio-culturais e físicos.	no Restrição atribuível a políticas sociais, barreiras estruturais ou atitudinais que são associadas a uma participação total na sociedade.

Tabela 2 - Modelo expandido da incapacitação (Nagi, 1995)

Nesta mesma linha de orientação a Organização Mundial de Saúde em 1980 apontava um modelo linear e causal de compreensão da incapacidade, no âmbito do sistema de classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens, atribuindo similarmente a sequência de consequências associadas a condições de saúde (OMS, 1980) (fig.2).

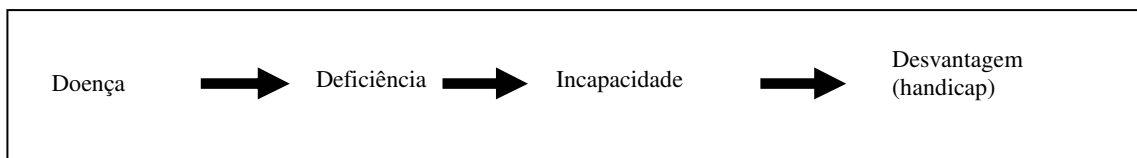


Figura 2 Modelo compreensivo da Deficiência, incapacidade e desvantagens (OMS, 1980)

Neste modelo a incapacidade é referida como a restrição ou falta de habilidade para desempenhar uma actividade considerada normal para um indivíduo, causada por uma

deficiência, que se define como uma lesão ou ausência de estruturas ou funções psicológicas, fisiológicas ou anatómicas (OMS, 1980).

Neste modelo, que foi predominante nas últimas décadas em diversos âmbitos, o conceito associado relativo à desvantagem (*handicap*), é conceptualizado como uma limitação nos papéis considerados normais em função da idade e de aspectos culturais da sociedade em que o indivíduo se insere (OMS, 1980).

Algumas críticas a este modelo relacionadas com a sua linearidade, a consideração de que adoptava de termos com uma conotação negativa, nomeadamente o termo desvantagem (*handicap*) pouco aceite pela comunidade com deficiências, conduziu a um recente processo de revisão do mesmo realizado por um grupo de especialistas a nível internacional sob a coordenação da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1999).

Um dos modelos que serviu de suporte para esta revisão foi o "*Quebec Disability Production Process*" (Fougeyrollas, 1995) rejeitava o modelo linear causal na explicação da incapacidade.

Neste modelo a incapacidade é representada como a interacção entre factores pessoais (associados à idade, género, idade cultural), factores do envolvimento (o contexto social em que o indivíduo vive) e os hábitos de vida (as actividades em que a pessoa se envolve regularmente). Uma das alterações propostas assenta no facto de que a incapacidade deixa de ser considerada como uma entidade fixa, sendo vista como resultado da interacção de três grupos de factores que afectam a participação da pessoa.

Verbrugge e Jette (1994) propondo também um modelo compreensivo do Processo de Incapacitação "*The disablement process*", incluíram contudo uma relação causal entre patologia, deficiência, limitação funcional e incapacidade. Neste modelo os autores descrevem como uma condição crónica afecta o funcionamento de sistemas específicos do

corpo, acções físicas e mentais genéricas e actividades de vida diária, descrevendo um conjunto de factores pessoais e do envolvimento que podem estar associados (acelerando ou retardando) o processo de incapacitação. Segundo estes autores a definição genérica de incapacidade consiste na dificuldade na realização de actividades nos domínios da vida devido a problemas de saúde.

Este modelo adiciona ainda o facto da incapacidade ter um efeito de “*retorno*” na medida em que existe um eventual impacto da incapacidade no surgimento de condições secundárias “*espirais de disfunção*”.

Este modelo foi testado empiricamente, confirmando a relação entre limitações funcionais e incapacidade, e posteriormente em investigações recentes, confirmou-se a relação entre limitações funcionais e incapacidade (Femia, Zarit & Johansson, 2001; Peek et al., 2003; Peres et al., 2005).

O MODELO BIOPSISSOCIAL

Um modelo, designado modelo biopsicossocial, foi recentemente adoptado como aquele que mais coerentemente explica a incapacidade, que passa a ser vista como a interacção de factores pessoais tais como a idade, sexo e identidade cultural, factores ambientais relacionados com o contexto social em que a pessoa vive e respectivos estilos de vida relacionados com as actividades diárias em que o indivíduo se envolve (Fougeyrollas, Cloutier, Bergeron, Côté & St Michel, 1998). O conjunto destas variáveis tem sido colocado

em evidência para explicar o processo de incapacitação nos modelos mais recentes. (Verbrugge & Jetté, 1993; Robine, Ravaud & Cambois, 1997).

É o caso do modelo proposto na revisão da Classificação Internacional de Incapacidades da OMS, renomeada como Classificação Internacional do Funcionamento, Incapacidades e Saúde – CIF (WHO, 1999, WHO, 2001, DGS, 2004).

Neste modelo a incapacidade é entendida como a diferença entre as capacidades do indivíduo e os esforços comuns efectuados em determinada actividade, tendo em consideração factores do envolvimento, as competências psicológicas e os suportes externos dos indivíduos.

Para a conceptualização deste modelo a perspectiva ecológica é de extrema relevância, uma vez que nesta perspectiva a incapacidade resulta das múltiplas interacções entre a deficiência, as limitações à actividade e as restrições à participação num determinado contexto social ou físico (tal como o trabalho, a escola, a casa), rejeitando-se as anteriores explicações lineares de causa-efeito.

A revisão que culminou na nova classificação da OMS, substituindo o modelo causal de classificação das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens, foi realizada envolvendo estudos em diversos países, não estando Portugal envolvido neste trabalho inicial. Os trabalhos de campo com aplicações exploratórias, a avaliação dos termos e subsequente organização do sistema de classificação culminaram num novo modelo e numa nova classificação das incapacidades, propondo alterações à conceptualização das deficiências e incapacidades (WHO, 2001).

Neste modelo o sistema de classificação (CIF) é centrado no funcionamento humano, termo global que engloba funções estruturas, actividades e participação do indivíduo e na

incapacidade, termo global que engloba limitações nas actividades e restrições à participação do indivíduo como componentes centrais da saúde (WHO, 2001).

Assim, o objectivo principal deste modelo, de acordo com a Organização Mundial de Saúde é a descrição do funcionamento e estado de saúde da pessoa, sendo os conceitos de base e o modelo de compreensão das deficiências centrados numa perspectiva de saúde positiva, que visa criar um modelo universal de compreensão da incapacidade, denominado modelo biopsicossocial (WHO, 2001).

A CIF, como instrumento de classificação e descrição do funcionamento, segundo os seus proponentes, descreve a saúde e as condições de saúde relacionadas em termos do funcionamento, incapacidade e factores contextuais, sendo o funcionamento e a incapacidade, estruturados em duas grandes componentes: 1) funções do corpo e estruturas, e 2) actividades e participação.

O primeiro grupo descreve as funções e as estruturas do corpo onde se avaliam mudanças e lesões, enquanto o domínio das actividades e participação se centra na avaliação da capacidade e desempenho dos indivíduos (WHO, 2001).

Os factores contextuais são considerados como o conjunto de factores do envolvimento actuando como facilitadores ou barreiras e factores pessoais, que incluem factores sociais, demográficos, políticos, geográficos e fisiológicos que afectando o estado de saúde e incapacidade, podem contribuir para a presença de condições ou incapacidades secundárias, resultantes da interacção da patologia com as circunstâncias do envolvimento.

Esta nova formulação da incapacidade avança assim com um modelo hierárquico que pressupõem, ao contrário da uma estrutura causal, um conjunto de interacções bidimensionais e relações multifactoriais entre as componentes do sistema, sucintamente apresentadas na figura 3.

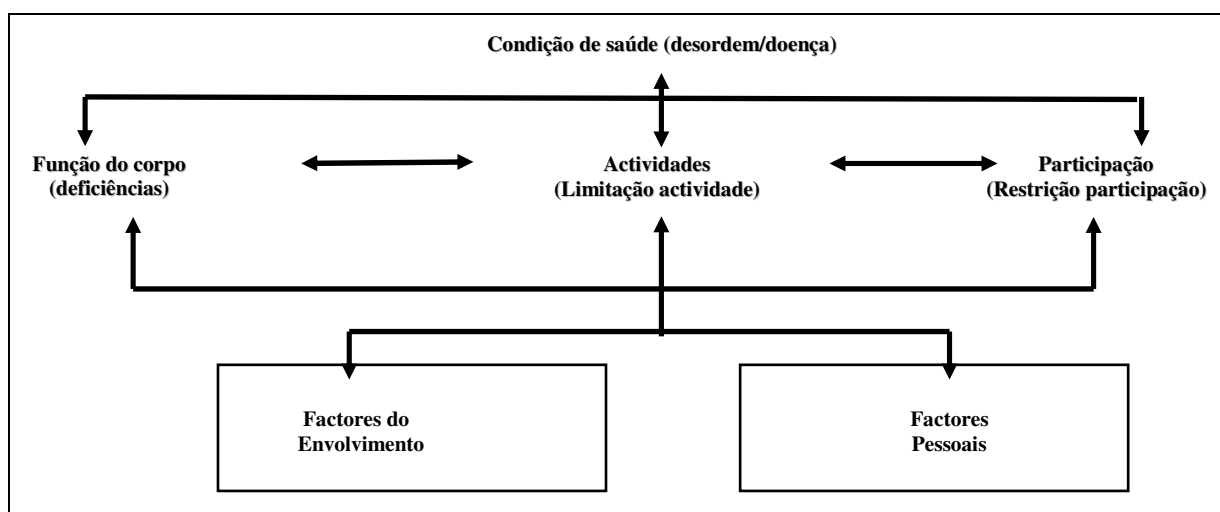


Figura 3 – Interações entre componentes da CIF (WHO, 2000b)

Os conceitos chave deste modelo são a condição de saúde, a actividade, a limitação nas actividades, a participação, a restrição à participação e os factores contextuais.

O primeiro termo, condição de saúde é definido como uma alteração ou atributo do estado de saúde de um indivíduo que pode conduzir a interferências com as actividades diárias ou com o contacto com serviços devido a doença, disfunção, trauma, ou outros estados relativos à saúde, tais como a gravidez, o envelhecimento, o stress, uma anomalia congénita ou uma predisposição genética (WHO, 2001).

O termo actividade, inclui tudo o que um indivíduo faz, desde actividades simples a comportamentos e habilidades complexas, incluindo funções físicas simples ou básicas, funções mentais básicas e complexas e conjuntos de actividades físicas e mentais com diferentes níveis de complexidade (WHO, 2001).

O conceito de limitação à actividade, substituindo o termo incapacidade, refere-se à dificuldade no desempenho, realização ou finalização de uma actividade a nível individual, sendo que esta limitação pode variar entre uma ligeira até uma limitação severa, em termos

quer de qualidade quer de quantidade, forma ou extensão esperada para a actividade em questão (WHO, 2001).

A noção de participação envolvendo a interacção entre as características do envolvimento social e físico, e os factores pessoais, refere-se ao envolvimento em todas as áreas ou aspectos da vida, a saber: manutenção pessoal, mobilidade, troca de informação, relações sociais, vida em casa e assistência a outros, educação, trabalho e emprego, vida económica, civil e comunitária.

Uma noção adicionada diz respeito à restrição à participação, que consiste numa desvantagem criada, ou agravada pelas características dos factores contextuais em interacção, assumindo diversas formas, tal como uma limitação adicional da capacidade ou a diminuição da extensão da participação esperada num indivíduo sem incapacidades num determinado contexto cultural ou social (Bickenbach, Chatterji, Badley & Ustun, 1999, WHO, 2001).

Os factores contextuais, incluem o contexto da vida de um indivíduo, e em particular funcionam como o enquadramento das condições de saúde e respectivas consequências para o funcionamento dos indivíduos.

A primeira componente dos factores do envolvimento, refere-se a todos os aspectos intrínsecos e extrínsecos do contexto de vida individual. Estes factores incluem o mundo físico e as suas componentes, o mundo construído pelo homem, outras pessoas, seus diferentes papéis e relações, atitudes e valores, sistemas e serviços sociais, políticas, regras e leis. A segunda componente, é composta pelos factores pessoais, considerados como factores contextuais intrínsecos como a idade, o sexo, o estatuto social, as experiências de vida, entre outros (WHO, 2001) ainda pouco desenvolvida neste modelo.

O termo deficiência, neste modelo, é desvalorizado, sendo apontado que, termos como anormalidade ou anomalia devem ser evitados e somente devem ser utilizados para

referir uma variação significativa em função de normas estatísticas estabelecidas (WHO, 2000).

Uma das vantagens assinaladas neste modelo prende-se com a possibilidade da sua utilização em diferentes disciplinas, proporcionando uma linguagem e subsequentes sistemas de codificação comuns, reconhecendo que um diagnóstico clínico não descreve a totalidade da pessoa, uma vez que não considera os factores do envolvimento físico e individual (WHO, 2001).

Post, de Witte & Schrijvers (1999) avaliando positivamente esta nova classificação, por possibilitar uma avaliação mais alargada dos resultados da reabilitação, propunham a adição do conceito de qualidade de vida, assinalando que este conceito deveria ser a componente fundamental e integradora no modelo biopsicossocial que suporta o novo modelo compreensivo da incapacidade.

Na mesma linha, Wyller (1997), reforçando a importância de um modelo compreensivo da deficiência e incapacidade que englobe os seus aspectos médicos, sociais e psicológicos, assinala a fraqueza deste modelo por não ter em conta as percepções subjectivas de bem-estar e da qualidade de vida do indivíduo.

Whiteneck, Fougeyrolles e Gerhat (1997), numa tentativa de avaliação do impacto deste modelo, apontavam que este poderia ser analisado como um retrocesso assim como uma evolução na compreensão da incapacidade. Enquanto o retrocesso diz respeito à pouca clareza e distinção entre os conceitos de actividade e participação, corroborada por Roussel e Barral (2003), enquanto evolução, relaciona-se com a inclusão implícita dos factores do envolvimento.

Whiteneck (2002), numa análise do modelo da CIF, aponta um conjunto de acções futuras a seguir de forma a melhorar este modelo, entre as quais assinala a necessidade de

claramente distinguir os conceitos de actividade e participação, a adição do conceito da qualidade de vida ao modelo, a elaboração dos factores envolvimento, a compreensão e organização taxonómica dos factores pessoais, o desenvolvimento de medidas e instrumentos nos domínios da incapacidade e a validação empírica do modelo.

Neste âmbito, uma meta-análise demonstrava que a severidade da deficiência estava altamente correlacionada com a participação em actividades de vida diária, não o sendo com a qualidade de vida, enquanto a participação era correlacionada com a qualidade de vida (Djikers, 1997).

Por sua vez, Perenboom (2003) avança com uma hipótese, assinalando que enquanto as actividades estão relacionadas com atributos ou características do indivíduo, a participação está dependente de factores do envolvimento. Este autor, num estudo minucioso tendo como objectivo a identificação e avaliação de instrumentos que se enquadravam na avaliação da participação segundo o modelo da CIF, assinalou a importância dos seguintes instrumentos, *Craig Handicap Scale* (Whiteneck, 2000); *Perceived Handicap Questionnaire* (Tate et al., 1994); *London Handicap Scale* (Harwood et al., 1994); *Re-integration to normal living Index* (Wood-Dauphine et al., (1988); *Impact on Participation and Autonomy* (Cardol et al., 1999); *Nothingham Health Profile* (Hunt et al., 1980); *Activity Enumeration Index* (Yelin et al., 1987); *Lubben Social Network Scale* (Lubben et al., 1988); *WHO Disability Assessment Schedule-WHODAS* (WHO, 2000); *World Health Organization Quality of Life - WHOQOL* (WHO, 1998); *SF36* (Aaranson et al, 1998), concluindo que, apesar de todos eles avaliarem a participação, nenhum destes o fazia na totalidade da concepção proposta pela CIF. Entre eles aqueles considerados mais próximos do modelo, são o *Perceived Handicap Questionnaire* e o *London Handicap Scale*.

Ainda no que respeita a inclusão do conceito da qualidade de vida neste modelo, esta hipótese prende-se com a necessidade de adicionar as percepções subjectivas das pessoas

com incapacidades. Algumas propostas que têm surgido apontam para a sua adição como um novo domínio associado à participação, como um qualificador adicional em cada domínio do modelo indicando o grau de satisfação com a participação, ou como qualificador para a percepção na realização de actividades ou nos capítulos das estruturas e funções do corpo lesadas. Uma outra hipótese aponta que a avaliação da qualidade de vida deve ser externa ao modelo, mas considerando-a como o resultado ou produto final influenciado pelo processo de incapacitação (Ueda, 2003) (fig.4).

Segundo Wang, Badley & Gignac (2006), importa ainda fazer um forte investimento no desenvolvimento de um modelo compreensivo das pessoas com deficiência e respectivo processo de incapacitação. Um dos aspectos a desenvolver são o conjunto dos factores contextuais assinalados. Algumas recomendações relativas a este modelo apontam também a necessidade de uma análise empírica em estudos de carácter multifactorial, assumindo as hipóteses diferenciais em que os factores contextuais podem ter um efeito independente, moderador, mediador ou confundidor no processo de incapacitação.

Uma das vantagens assinaladas no modelo da CIF, prende-se com a referência à possibilidade da sua utilização em diferentes disciplinas, proporcionando uma linguagem e subsequentes sistemas de codificação comuns, reconhecendo que um diagnóstico clínico não descreve a totalidade da pessoa, uma vez que não considera os factores do envolvimento físico e individual (WHO, 2001).

De acordo com esta premissa, é importante desenvolver estudos empíricos futuros de forma a especificar o modelo compreensivo proposto. Sugere-se que determinados factores contextuais terão uma probabilidade para desempenhar determinados papéis. Por exemplo, coloca-se a hipótese de que os factores relacionados com as tecnologias, alterações e mudanças no envolvimento natural, ou o suporte e relações interpessoais podem modificar o peso das limitações nas actividades, actuando como factores moderadores.

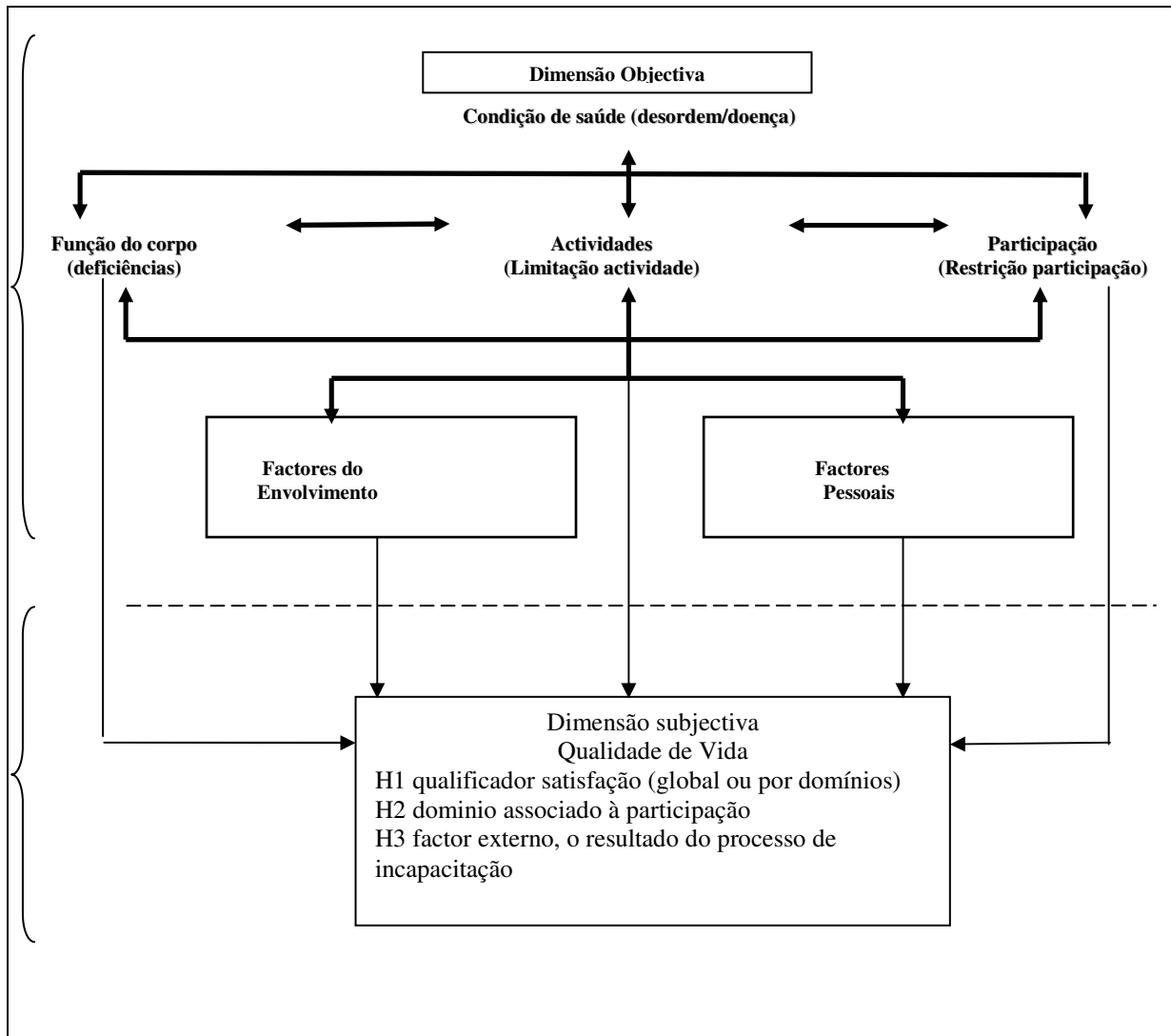


Figura 4 – Hipóteses de adição da Qualidade de Vida ao modelo da CIF (WHO, 2000b)

Apesar de conceptualmente estas hipóteses apontarem uma relação directa entre barreiras e participação, a especificação do modelo tende a ser mais complexa. Como exemplo, aponta-se o facto de um maior número de barreiras estar associado a uma menor participação, assim como o oposto se poder esperar, pois as pessoas com maior participação poderão encontrar também um maior número de barreiras, pelo simples facto de terem mais probabilidades de as encontrar (Witneck, Mead, Djikers, Tate, Bushnick & Forcheimer, 2004).

Outras acções propostas dizem respeito à produção de instrumentos válidos relacionados com a avaliação da participação e dos factores do envolvimento, para que a sua utilização mediante técnicas estatísticas multivariadas permita determinar a força das relações entre os conceitos propostos (Witneck, Mead, Djikers, Tate, Bushnick & Forcheimer, 2004).

No que respeita a necessidade de rever os factores pessoais, além de estudos apontarem uma relação entre o processo de incapacitação e factores sócio-demográficos, como por exemplo a idade ou o género, ou o nível sócio-económico, importa explorar o papel do conjunto de factores psicológicos dos indivíduos adicionados no modelo.

Tendo em consideração o contributo de várias áreas, sociológicas, sociais e psicológicas, que têm permitido o avanço do conhecimento no que respeita a reabilitação de pessoas com deficiência, aponta-se que o conhecimento dos adolescentes com deficiências e incapacidades deverá ser desenvolvido, na medida em que este grupo etário é aquele em que menos informação está disponível (Devine & Wilhite, 1999).

Relacionando esta questão com o modelo da CIF que descrevemos, uma das críticas que aponta a sua inadequação ou menor aplicabilidade às crianças e jovens (Lollar, 2000; Simeonsson, 2000, Battaglia, 2004).

Assim, após a publicação da CIF para adultos, recentemente encetou-se o desenvolvimento de uma versão para crianças e jovens, (WHO, 2001), que até à data ainda não existe disponível em versão portuguesa. Este trabalho decorreu entre 2001 e 2006, sendo o racional para a alteração da CIF para crianças e jovens associado com a necessidade de se constituir um instrumento sensível às características do funcionamento e desenvolvimento específico das crianças e jovens (Simeonsson, 2003).

Nesta versão houve uma expansão de conteúdos e o aumento de detalhes que descrevem as funções, estruturas, actividades, participação e envolvimento adequados ao período de desenvolvimento das crianças e adolescentes.

A validação do conteúdo da CIF para crianças e jovens realizou-se mediante uma investigação clínica em estudos internacionais, envolvendo os centros colaboradores da OMS, demonstrando-se a sua aplicabilidade e utilidade na avaliação e classificação das incapacidades em crianças e jovens (WHO, 2006).

As várias possibilidades de aplicação da CIF para crianças, enumeradas pela OMS, prendem-se com a sua possível utilização em sistemas administrativos, clínicos e investigação dirigida ao grupo de crianças e jovens, de diferentes idades e condições de saúde (WHO, 2006).

Esta versão englobando as características específicas das crianças e jovens, tomou em consideração o facto das duas primeiras décadas de vida serem caracterizadas por um rápido crescimento e desenvolvimento com alterações significativas no funcionamento físico, social e psicológico. Por outro lado, foi tomado em consideração que as manifestações do funcionamento, incapacidades e condições de saúde na infância e adolescência são diferentes em natureza, intensidade e impactos, quando comparadas com as dos adultos (Simeonsson, 2000, WHO, 2006).

De acordo com os promotores, as diferenças e as características associadas ao desenvolvimento e crescimento na infância foram identificadas e adicionadas. Basicamente as adições de conteúdos dizem respeito à inclusão de funções e estruturas do corpo, actividades, participação e envolvimento, específicos a crianças e adolescentes desde o nascimento até aos 17 anos (Simeonsson, 2000, WHO, 2006). As componentes adicionadas incluem funções mentais da atenção, memória, e percepção, bem como actividades

relacionadas com o jogo, a aprendizagem, a vida familiar, e a educação (Simeonsson, 2000, WHO, 2006).

A CIF para crianças define as componentes da saúde e componentes relacionadas com a saúde e bem-estar, assinalando que a base conceptual pressupõe uma linguagem e terminologia comum à versão para adultos, envolvendo funções, estruturas, actividades, participação e envolvimento importantes na infância, adolescência e juventude.

Tal como na CIF para adultos, a CIF - crianças tem uma ênfase no funcionamento, em detrimento do estabelecimento de diagnósticos. Aponta-se que este modelo poderá ser utilizado em diversas disciplinas, nomeadamente em sectores governamentais, nacionais ou internacionais, assim como na produção de documentação de informação na área da saúde, apoio social ou educação, e na descrição do funcionamento e desenvolvimento de crianças e jovens com incapacidades. Simeonsson (2003), assinala que a informação fornecida pela CIF - crianças pode ser utilizada de diversas formas incluindo a aplicação clínica, administrativa, epidemiológica, política ou na investigação.

A CIF - crianças pode ser usada para documentar um único problema ou um perfil de limitações, definindo a criança e suas dificuldades na saúde e funcionamento, esperando-se que possa contribuir para a melhoria na prática, política, e investigação de várias formas: suporte para a prática interdisciplinar; estabelecimento de perfis funcionais, clarificação de diagnósticos clínicos, fornecimento de uma descrição de base funcional para estabelecer planos individuais de intervenção, fornecimento de códigos comuns para identificar resultados da intervenção, fornecimento de uma base comum para produção de documentação relativa a mudanças no funcionamento, standardização da linguagem em documentos ou em variáveis de investigação (Simeonsson, Leonardi, Akesson, Lollar, Martinuzzi & TenNapel, 2006).

Na tabela que se segue, apresentamos um quadro com uma versão breve de questões propostas no âmbito do novo modelo da CIF que poderão ser uma orientação para estudos futuros a nível Nacional e Internacional tendo em vista a recolha de dados sobre as incapacidades da população (OMS,2001).

Tabela 3 - Questões propostas para recolha de dados sobre a incapacidade segundo CIF (OMS,2001)

<i>Parte 1 Qual o grau de incapacidade que tem?</i>
1. Qual o grau de dificuldade que tem em ver e reconhecer uma pessoa que conhece do outro lado da rua (i.e. a uma distância de 20 metros)?
2. Qual o grau de dificuldade que tem a ver e reconhecer um objecto à distância de um braço ou a ler?
3. Quão problemático é adormecer, tal como adormecer, acordar frequentemente durante a noite ou acordar muito cedo?
4. Quão problemático é sentir que não descansou ou sentir energia durante o dia (e.g. sentir-se cansado ou sem energia)?
5. Quanto sentiu dores no corpo?
6. Quanto desconforto sentiu no corpo?
7. Quanto teve sentimentos de tristeza, depressão?
8. Quanto sentiu preocupações ou ansiedade?
<i>Parte 2 Que dificuldades teve em:</i>
1. Ficar de pé durante longos períodos (mais do que 30 minutos)?
2. Andar longas distâncias, tal como 1 quilómetro?
3. Aprender uma nova tarefa, por exemplo, aprender a deslocar-se até um novo local?
4. Concentrar-se a fazer algo durante pelo menos 10 minutos?
5. Tomar banho?
6. Vestir-se ?
7. Ser responsável pelas responsabilidades domésticas?
8. Os trabalhos do dia-a-dia?
9. Relacionar-se com pessoas que não conhece?
10. Manter amizades?
11. Participar em actividades na comunidade (por exemplo, festas, actividades religiosas ou outras) da mesma forma que outra pessoa?
12. Sentir-se emocionalmente afectado pelos problemas de saúde?
Escala de resposta 1. Nenhuma 2. Ligeira 3. Moderada 4. Severa 5. Extrema/Não consegue realizar

Na medida em que o significado dos termos relacionados com esta classificação influenciam as percepções e a forma como as respostas às necessidades devem ser organizadas (Florinan, e tal, 2006), esta questão tem sido particularmente debatida no respeito o direito ao acesso ao ensino especial em Portugal, e em particular no direito à escolaridade inclusiva, que implica facilitar os recursos especializados em escolas de ensino regular às crianças e jovens elegíveis neste sistema.

Promover a saúde bem-estar e desenvolvimento das crianças e jovens com incapacidades é uma responsabilidade implícita das sociedades, e apesar de existir uma grande variabilidade, em função dos países a que nos reportamos, a privação dos direitos pode ter múltiplas expressões.

A CIF, entre os direitos básicos, aponta o direito à saúde, ao bem-estar e à educação, sendo estes definidos em diversas directivas legais nacionais e internacionais que importa preservar.

Este modelo, e subsequente sistema de classificação, se bem utilizado como instrumento de avaliação e descrição do funcionamento e saúde, em particular no domínio das restrições à participação, deverá servir como uma evidência da privação dos direitos das crianças e jovens, nomeadamente no que respeita o direito à educação inclusiva, e não como um instrumento que reduz as suas possibilidades.

Assim as eventuais limitações experimentadas pelas crianças e jovens no acesso a um ambiente físico, social ou psicológico inclusivo, em igualdade de oportunidades, que contribuam para o sucesso no seu desempenho escolar e na sua transição e aquisição das tarefas desenvolvimentais da adolescência, constituem no limite uma privação de direitos que importa ultrapassar.

ESTIMATIVAS DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E OU INCAPACIDADE

Em 1999 a estimativa de 7 a 10% de pessoas com deficiência na população global, assinalada pelo director geral da OMS, era associada a consequências devastadoras a nível social, educacional e económico (WHO/DAR, 2002).

Na União Europeia as estimativas de pessoas directamente afectadas por uma incapacidade, oscilam entre os 8 a 14% da população total (EHCP, 2002).

Ao tentarmos observar estudos nacionais, dados administrativos ou estatísticas, a heterogeneidade da prevalência e incidência de pessoas com deficiência tem sido um aspecto assinalado como um dos factores que mais dificuldades têm trazido à adopção de medidas ajustadas.

Esta grande heterogeneidade em grande parte é derivada das diferenças nos critérios utilizados para as estatísticas desenvolvidas a nível Nacional e Internacional (UN/DISTAT,2002), sendo importante assinalar a metodologia e os critérios de elegibilidade de forma a melhor compreender os números globais da prevalência assinalados a nível Nacional e a nível Internacional.

Importa assinalar que nas duas últimas décadas a informação disponível em Portugal permitiu um maior conhecimento e descrição da população com deficiência e incapacidade, nomeadamente através dos dados fornecidos pelos Censos Populacionais em 2001 (INE, 2001) e pelo estudo realizado pelo Secretariado Nacional de Reabilitação, “*Estudo Nacional sobre as Incapacidades, Deficiências e Desvantagens*”, que foi desenvolvido no Projecto QUANTI, em cooperação com o INE e o Departamento de Estatística do ex-Ministério do Emprego e da Segurança Social, entre Setembro de 1993 e Junho de 1995 (SNR, 1996). Estes podem ser assinalados como os estudos que pela primeira vez vieram colmatar uma lacuna no que respeitava uma informação alargada sobre as pessoas com deficiências e ou incapacidades em Portugal.

O estudo do *SNR* incluiu o levantamento, por amostragem estatística, do número e caracterização das deficiências, incapacidades e desvantagens bem como o levantamento dos recursos de reabilitação existentes. Tendo como base uma amostra estatisticamente

significativa ao nível do distrito e dos concelhos com mais de cem mil habitantes, foram recolhidos dados junto de 47.020 famílias, residentes em 73.375 alojamentos do Continente e das Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores, num universo que abrangeu 142.112 indivíduos (SNR, 1996).

Em 2001, o Recenseamento da População, de acordo com os critérios definidos nesta operação estatística, tendo como base a auto-avaliação de cada respondente, apurou 636 059 pessoas com deficiência residentes em Portugal.

De acordo com o conceito censitário adoptado entendeu-se por Deficiência “qualquer perda ou alteração de uma estrutura ou de uma função psicológica, fisiológica ou anatómica” sendo apenas observada a deficiência permanente. As deficiências temporárias não consideradas, englobam por exemplo, se um indivíduo se desloca com canadianas ou em cadeira de rodas porque fracturou uma perna, ou por exemplo se apresenta um descolamento parcial da retina que o obriga a andar com uma venda (INE, 2001).

As modalidades de deficiência utilizadas neste estudo foram a deficiência auditiva que incluindo as pessoas com surdez total em ambos os ouvidos ou grave redução da capacidade de receber mensagens verbais ou outras mensagens auditivas; abrange as que, nestas condições, podem ouvir utilizando qualquer tipo de dispositivo de amplificação do som. A deficiência visual, incluiu as pessoas com ausência ou redução grave de visão, incluindo os indivíduos incapazes ou com uma dificuldade grave de executar tarefas que requerem visão à distância ou periférica; assim como aqueles com uma dificuldade grave em executar tarefas de detalhe como por exemplo ler um jornal, escrever, distinguir imagens de um televisor a uma distância de 2 metros, ver as horas num relógio de pulso, reconhecer rostos, mesmo recorrendo a óculos ou a lentes de contacto (INE, 2001).

A deficiência motora referiu-se à redução ou incapacidade grave de realização de actividades relacionadas com a deslocação quer do próprio quer dos objectos. Incluem-se neste grupo os indivíduos que são incapazes ou têm grave dificuldade em se deslocar ou em manipular objectos sem o recurso a ajuda técnica ou dispositivo de compensação (por exemplo, cadeira de rodas, andarilho, canadianas, próteses e ortóteses dos membros ou do tronco). Incluem-se neste grupo os indivíduos que tenham hemiplegia, paraplegia, tetraplegia, paralisias dos membros, espondilite anquilosante, spina bífida, poliomielite, esclerose múltipla, distrofia muscular, paramiloidose, traumatismo crânio-encefálico, amputações dos membros.

A deficiência mental incluiu as pessoas com atraso mental ligeiro, moderado ou profundo ou com outros problemas de desenvolvimento, traduzidos no funcionamento intelectual significativamente abaixo da média, notório desde idades da infância (Não abrange doenças como psicoses, ou doenças que se enquadrem na classificação geral das perturbações psiquiátricas ou mentais frequentemente designadas por “doença mental”).

A categoria nos Censos relativa à Paralisia cerebral abrange segundo os critérios censitários os indivíduos que podem apresentar: movimentos limitados nas zonas do corpo afectadas; movimentos descoordenados e descontrolados; problemas de equilíbrio e coordenação, podendo ou não andar ou ter uma expressão verbal afectada.

Por fim, a modalidade de resposta designada por outra deficiência foi definida como abrangendo o conjunto deficiências que não se incluem nas restantes categorias (INE, 2001).

Além deste conjunto de categorias descritivas de tipos de deficiências foi incluída uma questão sobre o grau de incapacidade tendo como objectivo conhecer o grau de incapacidade atribuído por uma autoridade de saúde, em resultado de uma deficiência, sendo

esta avaliação de incapacidade calculada de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades, da responsabilidade de juntas médicas (INE, 2001).

Assim, segundo os dados dos Censos 2001, a população com pelo menos um tipo de deficiência representava 6,1% da população residente total, sendo a percentagem mais elevada entre os indivíduos do sexo masculino (6,7% do sexo masculino contra 5,6% da população feminina).

Do total de pessoas com deficiência, 40% apontaram ter uma deficiência a nível sensorial (auditiva e visual), embora com uma diferença entre os dois tipos: as pessoas com deficiência visual representam o dobro das que referem uma deficiência do tipo auditivo. A deficiência visual foi a única onde se verificou um maior número de mulheres (52,4% contra 47,6% dos homens). A deficiência motora foi apontada por cerca de 25% do total das pessoas com deficiência, e registou, a maior diferença entre os dois sexos, superior para os homens: 56,9% contra 43,1% das mulheres. A deficiência mental, com 11,2% e a paralisia cerebral, com 2,4%, eram os tipos de deficiência menos representativos na população. Por último, as outras deficiências contabilizavam 23,0% do total do grupo populacional em análise, também com uma proporção mais importante no sexo masculino (INE, 2001).

Os resultados relativos à incapacidade nos censos de 2001 apontavam que a maior parte da população com deficiência não tinha qualquer grau de incapacidade atribuído. Da restante população com deficiência, 16% detinha um grau de incapacidade entre 60 e 80%, cerca de 12% possuía um grau superior a 80%, e, a 10% tinha sido atribuído um grau entre 30% e 59%. Cerca de 9% da população registava um grau de incapacidade inferior a 30%, sendo esta repartição distinta em função dos tipos de deficiência. Assinala-se ainda que cerca de 70% da população com deficiência auditiva e visual não tinha qualquer atribuição de grau de incapacidade. Ao contrário, em todas as outras deficiências mais de 50% da população tinha algum grau de incapacidade atribuído, destacando-se as pessoas com paralisia cerebral,

em que 37.4% dos casos tinha um grau de incapacidade atribuído no intervalo máximo (com um valor superior a 80%). No que se refere à população com deficiência motora e com deficiências de outro tipo com grau de incapacidade atribuído, a maior parte (22% e 23%, respectivamente) encontrava-se no intervalo entre os 60% e 80%.

A distribuição segundo o sexo era muito idêntica, embora se verifique que nos intervalos extremos, isto é, nos indivíduos sem grau de incapacidade e com atribuição de um grau de incapacidade superior a 80%, a proporção é superior no género feminino, quer no que se refere ao total da população com deficiência, quer desagregando os diversos tipos de deficiência.

No que respeita o total de pessoas com deficiência, considerando os grupos etários abrangendo idades entre os 10 e os 24 anos, observa-se uma tendência crescente em todos os grupos de deficiência, com um total de pessoas com deficiência de 17.610 no grupo entre os 10 e 14 anos, 23.991 entre os 15 e 19 anos e, de 28.327 entre os 20 e 24 anos. O maior número é relativo aos jovens com deficiência visual (11.319) com idades entre os 20 e 24 anos (tabela 4).

Tabela 4 - Deficiência segundo tipo, sexo e grupo etário (INE, 2001)

	TOTAL		AUDITIVA		VISUAL		MOTORA		MENTAL	
	hm	h	hm	h	hm	h	hm	h	Hm	H
10-14	17610	9674	1985	1117	6458	3116	2043	1176	2936	1774
15-19	23991	13183	2567	1475	10071	4805	2719	1727	4051	2387
20-24	28327	16362	2981	1747	11319	5881	4050	2675	4931	2933

Por sua vez, o estudo do Secretariado Nacional de Reabilitação (1996), teve como base o conceito de deficiência, definindo-a como qualquer perda ou alteração de uma estrutura ou de uma função psicológica, fisiológica ou anatómica, de carácter temporário ou permanente, foram adoptados cinco grandes agrupamentos: deficiências psíquicas, sensoriais, físicas, mistas e nenhuma deficiência em especial, sendo que os critérios de definição para os

tipos de deficiência, respeitaram a Classificação Internacional de Deficiência, Incapacidades e Desvantagens (OMS, 1981).

As deficiências psíquicas incluíram as deficiências intelectuais a doença mental e as deficiências das funções gnósticas e práticas. Nas deficiências sensoriais incluíram-se as deficiências da visão, da audição e da fala. As deficiências físicas incluíram as deficiências dos órgãos internos (deficiência mecânica e motora dos órgãos internos (incluindo deficiências das funções cardiovascular e respiratória, deficiências da função gastrointestinal, deficiência da função urinária, deficiência da função reprodutora, anomalias dos órgãos internos ou outra deficiência dos órgãos internos), deficiência de outras funções específicas (deficiências dos órgãos sexuais, deficiência da mastigação e deglutição, deficiência relacionada com o olfacto e outras funções específicas) e as deficiências músculo-esqueléticas e estáticas da região da cabeça e tronco, deficiências dos membros superiores e inferiores (défice funcional, ausência de malformação ou deformação). As deficiências mistas referiam-se à deficiência cuja manifestação incide em mais do que um plano (psíquico, sensorial e físico) incluindo a paralisia cerebral e a microcefalia. A categoria, nenhuma em especial, foi definida de acordo com o conjunto de deficiências causadoras de incapacidade, não incluídas nas categorias anteriores, designadamente as incapacidades para “correr ou sair de casa”. Convém assinalar que os valores relativos à deficiência se referem à percepção dos inquiridos sobre a causa das suas incapacidades e não a uma avaliação directa tendo como base uma avaliação clínica (SNR, 1996).

O valor global dos resultados encontrados apurou um número total de 905.488 pessoas com deficiência, que corresponde a uma taxa nacional de 9.16% onde se observou uma distribuição muito semelhante entre sexos, com excepção para as deficiências físicas onde é predominante o sexo feminino (61.55% comparativamente com 53.80% no sexo masculino) (SNR, 1996).

Da distribuição das deficiências, por tipo, observa-se que 571,652 pessoas têm uma deficiência física, 219.311 uma deficiência sensorial; 127.289 uma deficiência psíquica, 25.352 uma deficiência mista e 42.289 nenhuma em especial.

Assinala-se que a maior percentagem corresponde ao grupo com deficiências físicas, responsáveis por cerca de 58% da totalidade das incapacidades encontradas, destacando-se nesta categoria as deficiências do aparelho locomotor.

No grupo etário dos 6 aos 15 anos, apurou-se que por cada mil jovens, 13.42 têm uma deficiência psíquica, 8.32 uma deficiência sensorial, 15.05 uma deficiência física e 2.2 uma deficiência mista. No grupo com idades entre os 16 e os 24 anos observa-se que 12.08 tem uma deficiência psíquica, 7.03 uma deficiência sensorial, 16.51 uma deficiência física e 1.42 uma deficiência mista.

Em termos totais, no grupo etário dos 6-15 anos, esta taxa corresponde a 20.279 jovens que têm uma deficiência física, 18.092 uma deficiência psíquica, 11.208 uma deficiência sensorial, 2.719 uma deficiência mista e 1.467 nenhuma deficiência em especial, tendência de distribuição relativamente semelhante no grupo etário 16-24 anos, em que 24.177 têm uma deficiência física, 17.680 uma deficiência psíquica, 11.208 uma deficiência sensorial, 10.999 uma deficiência mista e 2.408, nenhuma deficiência em especial (tabela 5).

Neste estudo, verifica-se o maior número de jovens, no grupo que reporta deficiências físicas (20.279 e 24.177), respectivamente nos grupos entre os 6-15 anos e 16-24 anos, seguindo-se as deficiências sensoriais (tabela 5).

Tabela 5 - Número total jovens com deficiência grupo etário 6-15 e 16-24 (SNR, 1996)

GRUPO ETÁRIO	DEFICIÊNCIAS				
	PSÍQUICAS	SENSORIAIS	FÍSICAS	MISTAS	NENHUMA ESPECIAL
6 - 15	18 092	11 208	20 279	2 719	1 467
16 -24	17 680	10 999	24 177	2 079	2 408
TOTAL	127 289	219 311	571 652	25 352	42 289

No que respeita o distrito de Setúbal a percentagem estimada foi de 6.53%, oscilando as distribuições percentuais por distrito a nível nacional entre os 4.84% no distrito de Aveiro e 20.90% em Viana do Castelo.

A nível Concelhio, em Almada, é assinalada uma percentagem de pessoas com deficiência, de 6.27%, o que nos remete para a estimativa de 9.550 pessoas de todos os grupos etários possuindo algum tipo de deficiência, tendo como base um número total de 152.271 habitantes no Concelho de Almada.

A distribuição em função dos tipos de deficiência no Concelho de Almada é a seguinte: deficiências psíquicas 0.90% (1.151 - número total de pessoas); deficiências sensoriais 1.65% (3.625- número total de pessoas); deficiências físicas 0.84% (4.775- número total de pessoas); deficiências mistas 1.74%, (441- número total de pessoas) e nenhuma em especial 1.88% (795 - número total de pessoas), assinalando-se, tal como na tendência nacional, um número mais elevado de pessoas que referem ter uma deficiência física e de seguida uma deficiência sensorial (SNR, 1996).

O estudo identificou ainda a população de acordo com a taxa de incapacidades associadas, tendo como base os critérios definidos pela Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (OMS, 1981), organizando os tipos de incapacidade segundo as seguintes categorias:

- Incapacidade para ver (ausência ou redução grave da visão, não resolvida com recurso a ajudas técnicas ou dispositivos de compensação adequados, incluindo as pessoas cegas ou que sofrem de incapacidade para executar tarefas visuais de conjunto e a ausência ou redução da capacidade para executar tarefas que requerem uma visão adequada à distância ou periférica) ou que sofrem de uma ausência ou redução da capacidade para executar tarefas que requerem acuidade visual adequada como ler, reconhecer rostos e escrever; ouvir

(ausência ou redução grave da capacidade auditiva que inclui as pessoas surdas com surdez total em ambos os ouvidos, não resolvida pela utilização de qualquer dispositivo de amplificação de som, ou com redução da capacidade de receber mensagens verbais ou outras mensagens audíveis);

- Incapacidade para falar (ausência de capacidade de articular palavras ou de produzir mensagens verbais audíveis e de transmitir o seu significado através da fala, incluindo gaguez grave);

-Outras incapacidades de comunicação (ausência ou redução da capacidade para escrever ou para ler, para comunicar através de símbolos ou gestos, para codificar a linguagem em palavras escritas e para executar mensagens escritas ou símbolos gráficos, e a ausência ou redução da capacidade de comunicação simbólica ou de expressão e comunicação não verbal, que significa a ausência ou redução da capacidade para compreender sinais ou símbolos gráficos, e a ausência ou redução na capacidade de receber e transmitir informação mediante gestos, expressões);

- Incapacidade nos cuidados pessoais (ausência ou redução grave da capacidade para cuidar de si próprio no que respeita as actividades fisiológicas básicas como a alimentação, higiene pessoal e o vestir);

- Incapacidade na locomoção (redução ou incapacidade grave de realização de actividades relacionadas com a deslocação do próprio ou dos objectos, incluindo incapacidades de ambulação, incapacidades que restringem a deslocação, utilização de transportes e outras incapacidades de locomoção, como por exemplo correr, subir escadas e outras);

- Incapacidade nas tarefas diárias (redução severa ou ausência da capacidade para realizar actividades quotidianas e tarefas relativas à actividade manual, como por exemplo

incluindo a incapacidade para manejar fechos, usar telefone, folhear um jornal, agarrar objectos e outras);

- Incapacidade face a situações (incapacidades associadas a dependência ou resistência física e incapacidades face ao ambiente ou a situações físicas, incluindo pessoas com dependência de qualquer equipamento externo de suporte de vida como ventiladores, rins artificiais, pace-makers, e pessoas com incapacidade em partilhar refeições, manter uma posição-sentado ou de pé; intolerância a factores do ambiente como frio, calor, luz solar, alergénios, e ainda incapacidade para acompanhar o ritmo do trabalho);

- Incapacidade no comportamento (referente à incapacidade a nível educacional, na segurança pessoal, no comportamento face a situações, no relacionamento a nível familiar ou na actividade profissional). Esta última categoria, na nossa opinião, pouco clara, inclui uma vasta gama de situações relacionadas com distintas áreas do comportamento. Por exemplo, são simultaneamente incluídas incapacidades em compreender relações entre objectos e pessoas (devido a deficiência mental), incapacidade para beneficiar de oportunidades de educação; incapacidade para evitar acontecimentos que coloquem em perigo a integridade física, como actos auto-agressivos, condutas suicidárias, ou condutas relacionadas com a perigosidade das consequências como deixar gás ou lume aceso, perder-se. São ainda incluídas pessoas com dependência de drogas, álcool, incapacidade em participar em actividades domésticas, como tomar refeições com a família, fazer visitas em conjunto, e ainda a incapacidade para demonstrar afecto, incapacidade no trabalho em cooperar, a falta de interesse no domínio do lazer, e a incapacidade relacionada com condutas delinquentes bem como a conduta pública que envolve ira arrogância e irritabilidade acentuada face a superiores, colegas ou vizinhos.

No total, o número de incapacidades assinaladas foi de 1.618.515, (a que correspondem 163.69 incapacidades por cada mil pessoas na população portuguesa). Importa

assinalar que este número não corresponde ao número de pessoas com uma incapacidade pois o mesmo indivíduo poderia assinalar mais do que uma categoria de incapacidade afectada.

A distribuição do número de pessoas total e por cada mil habitantes, pelo tipo de incapacidades, foi identificada da seguinte forma: ver 135.430 (83.67 por cada mil pessoas); ouvir 115.067 (71.09 por cada mil pessoas); falar 66.778 (41.26 por cada mil pessoas); outras de comunicação 87.655 (54.16 por cada mil pessoas); cuidado pessoal 130.800 (80.81 por cada mil pessoas); locomoção 357.492 (220.86 por cada mil pessoas); tarefas diárias 106.870 (66.02 por cada mil pessoas); face a situações 418.889 (258.79 por cada mil pessoas); comportamento 199.524 (123.27 por cada mil pessoas). Assinala-se que o maior número na população total se situou na percepção de incapacidades face a situações e à locomoção.

Tendo como base a análise da distribuição das incapacidades pelos grupos etários, sendo o grupo com maior prevalência as incapacidades comportamento, observa-se uma taxa relativamente semelhante em ambos os grupos etários aqui descritos que abrangem as idades entre os 6 e os 24 anos. Podemos observar que 4.3 e 3.77, respectivamente nos grupos etários dos 6-15 anos e dos 16-24 anos, têm uma incapacidade para ver. Neste estudo é assinalada uma taxa, correspondendo ao número de indivíduos com cegueira ou défice de visão, sendo estes valores bastante inferiores, respectivamente 0.21 e 0.09 para o número de crianças e jovens por cada mil com cegueira, respectivamente nos grupos etários 6-15 anos e 16-24 anos. Assinala-se ainda que 3.28 e 3.39 são o número de crianças e jovens por cada mil com um défice de visão, respectivamente nos grupos etários 6-15 e 16-24 anos (tabela 5).

Os valores relativos à incapacidade para ouvir, apontam 4.92 e 3.53 indivíduos por cada mil, respectivamente nos grupos etários 6-15 e 16-24 anos. A taxa da surdez é de 1.47 no grupo etário 6-15 anos, e de 0.84 no grupo 16-24 anos. O défice auditivo é relativamente superior, com 3.45 indivíduos por cada mil no grupo etário 6-15, e 2.69 no grupo etário 16-24

anos. A incapacidade para falar é de 8.07 e de 5.72 em cada mil indivíduos, respectivamente nos grupos etários 6-15 e 16-24.

As outras incapacidades de comunicação, correspondem a 8.87 no total da população, sendo no grupo etário dos 6-15 anos um pouco superior (12.21) e no grupo etário 16-24 de 8.35, por cada mil.

As incapacidades na locomoção, com um valor no total populacional bastante elevado, (36.16) é fortemente reduzido nestes grupos etários, correspondendo respectivamente a 4.59 e a 6.96 nos grupos dos 6-15 anos e dos 16-24 anos.

As incapacidades face a tarefas da vida diária correspondendo a 10.81 em cada mil, é também inferior nestes grupos etários, 2.66 e 3.88, respectivamente no grupo 6-15 anos e 16-24 anos. As incapacidades face a situações com uma taxa elevada no total populacional (42.37), baixa também no valor reportado nos grupos etários 6-15 (13.24) e 16-24 (13.42), sendo porém uma das incapacidades mais assinaladas nestas idades, que somente precede as elevadas incapacidades no comportamento, respectivamente, 15.30 (6-15 anos) e 15.56 (16-24 anos) (tabela 6).

Tabela 6 Numero de jovens por cada mil com incapacidades nos grupos etários 6-15 e 16-24 (SNR, 1996)

GRUPO ETÁRIO	INCAPACIDADES								
	VER	OUVIR	FALAR	OUTRAS DE COMUNICAÇÃO	CUIDADO PESSOAL	LOCOMOÇÃO	TAREFAS DIÁRIAS	FACE A SITUAÇÕES	COMPORTEAMENTO
6 - 15	4,3	4,92	8,07	12,21	4,17	4,59	2,66	13,24	15,30
	a)0,21	c)1,47							
	b)3,28	d)3,45							
16 -24	3,77	3,53	5,72	8,35	3,93	6,96	3,81	13,42	15,56
	a)0,09	c)0,84							
	b)3,93	d)2,69							
TOTAL	13,70	11,64	6,75	8,87	13,23	36,16	10,81	42,37	20,18
	*1,48	**1,94							

Leg. a) cegueira; b) défice visual; c) surdez d) défice auditivo

Este estudo, realizou ainda um conjunto de questões tendo como base o critério para a identificação de desvantagens (handicap), que, de acordo com a classificação Internacional da Organização Mundial de Saúde (OMS), corresponde ao conjunto de condições sociais de prejuízo sofridas por um dado indivíduo, resultante de uma deficiência ou de uma incapacidade, limitando ou impedindo o desempenho de uma actividade considerada normal para um ser humano, tendo em atenção a idade, o sexo e os factores sócio-culturais.

Este conceito representa a expressão social de uma deficiência ou incapacidade, e como tal reflecte as consequências culturais, sociais, económicas e ambientais que derivam da existência da deficiência e da incapacidade.

Os domínios subjacentes ao conjunto das desvantagens definidas são:

- Orientação - a capacidade do sujeito para receber os sinais provenientes do meio, assimilá-los e dar-lhes resposta adequada. Existe desvantagem quando esta capacidade se encontra diminuída ou ausente;

- Independência física - é a capacidade da pessoa para ter uma existência independente;

- Mobilidade é capacidade da pessoa para se deslocar no meio;

- Capacidade de ocupação - é a capacidade da pessoa para usar o seu tempo de uma forma considerada normal, de acordo com o seu sexo, idade e cultura;

- Integração social - é a capacidade da pessoa para estabelecer e manter relações sociais;

- Independência económica - é a capacidade da pessoa para manter uma independência económica normal, considerando o sexo, idade e cultura.

A análise das desvantagens associadas às incapacidades revelou a existência de efeitos diferenciais, tendo sido identificadas as percentagens de desvantagens mais elevadas na capacidade de ocupação (33%), na independência económica (19%), na mobilidade (14%) e na independência física (13%).

Nos grupos etários das crianças e jovens a desvantagem mais assinalada corresponde à capacidade de ocupação (23.732 e 31.818 nos grupos 6-15 e 16-24 anos) (SNR, 1996) (tabela 7).

Tabela 7 Numero de jovens por cada mil com incapacidades nos grupos etários 6-15 e 16-24 (SNR, 1996)

GRUPO ETÁRIO	DESVANTAGENS					
	ORIENTAÇÃO	INDEPENDÊNCIA FÍSICA.	MOBILIDADE	CAPACIDADE OCUPAÇÃO	INTEGRAÇÃO SOCIAL	INDEPENDÊNCIA ECONÓMICA.
6 - 15	9 539	8 014	9 115	23 732	11 450	12 714
16 -24	10 646	9 754	9 863	31 818	18 125	23 965
TOTAL	182 575	241 047	263 021	591 983	212 368	355 707

Não deixando de salientar a importância de um estudo desta dimensão, interessa referir algumas dificuldades na interpretação e análise dos dados. Um dos aspectos que salientamos diz respeito à inclusão de duas categorias de deficiência: mistas e nenhuma em especial que não seguem os critérios do sistema de classificação da OMS (WHO, 2000). Por outro lado, salientamos a importância deste estudo na medida em que é possível observar a relação entre tipos de incapacidades, deficiências, e desvantagens.

Tendo como base os valores identificados salientamos ainda a importância de adoptar critérios claros em estudos posteriores, para que nos seja possível estabelecer uma comparação dos resultados. Assinalamos ainda a dificuldade em comparar ambos os dados assinalados na medida em que os grupos etários descritos não são similares.

Tendo como consideração o conceito distinto, porém associado, de Necessidades Educativas Especiais (NEE), apresentamos um conjunto de dados que vem sendo recolhido

pelo Observatório dos Apoios Educativos referente aos alunos em situação escolar. Inicialmente importa observar os critérios associados a este conceito. A população com necessidades educativas especiais a receber apoio educativo está organizada nos termos do Decreto-Lei nº 319/91, de 23 de Agosto.

A designação alunos com Necessidades Educativas Especiais diz respeito a crianças e jovens com NEE que, são alvo do apoio educativo ao abrigo do ensino especial.

O Decreto-Lei 6/2001, de 18 de Janeiro, relativo ao novo modelo de gestão curricular para o ensino básico, definiu na legislação portuguesa o conceito de Necessidades Educativas Especiais de carácter permanente/prolongado, que engloba crianças e jovens que experienciam graves dificuldades no processo de aprendizagem e participação no contexto educativo/escolar, decorrentes da interacção entre factores ambientais (físicos, sociais e atitudinais) e limitações de grau acentuado ao nível do funcionamento do aluno num ou mais domínios. Estes domínios são o domínio sensorial (audição, visão e outros), o domínio cognitivo, o domínio motor, o domínio da comunicação, o domínio da linguagem e/ou fala, o domínio emocional/personalidade e por fim o domínio da saúde física.

No domínio sensorial integram-se as crianças e jovens que apresentam uma surdez de grau moderado, severo ou profundo, significando que possui uma deficiência auditiva que impossibilita ouvir ou se traduz na dificuldade em ouvir determinados sons. O grau de surdez é definido em categorias: ligeiro; perda média entre 20 e 39 dB), moderado ou médio (perda média entre 40 e 69 dB) severo (perda média de 70 a 99 dB); profundo (perda superior a 100 dB).⁵ De acordo com o Ministério da Educação o número de alunos com surdez nos 2º e 3º ciclo em 2002/2003 era respectivamente de 307 e 348 alunos.

5 Necessidades Educativas Especiais de Carácter Prolongado. Direcção Geral Inovação Desenvolvimento Curricular/Educação Especial e apoio Sócio-educativo. Retirado http://www.dgdc.min-edu.pt/especial/areasintervencao_NEECP.asp

São também consideradas as crianças e jovens com limitações no domínio sensorial daquelas que apresentam baixa visão, que do ponto de vista clínico, inclui os indivíduos com uma acuidade visual baixa (inferior a 0.3) e/ou problemas de campo visual, não corrigível com lentes convencionais ou cegueira quando existe uma ausência total de visão ou apenas percepção de luz. 6

Integrado no âmbito do Observatório dos Apoios Educativos, um estudo caracterizando a população com limitações acentuadas no domínio sensorial da visão, em 2002/2003 eram sinalizados 86 indivíduos no 2º ciclo e 83 indivíduos no 3º ciclo com baixa visão moderada; 26 indivíduos no 2º ciclo e 67 indivíduos no 3º ciclo com baixa visão severa, com cegueira assinalavam-se 12 indivíduos no 2º ciclo e 30 no 3º ciclo.7

No domínio da audição e visão incluem-se as crianças e jovens que apresentam simultaneamente surdez moderada, severa ou profunda e cegueira ou baixa visão (surdo-cegos). No Domínio da comunicação linguagem e/ou fala incluem-se as crianças e jovens que apresentam graves problemas de comunicação, linguagem (oral e escrita) e/ou fala, intrínsecos à própria criança/jovem, não incluindo manifestações decorrentes do meio onde a (o) própria (o) se insere (factores extrínsecos), incluindo anomalias anatómicas (crânio-faciais tais como fenda palatina; má implantação dentária; lábio leporino; anomalias no aparelho fonador; disfunções ou lesões do sistema nervoso central (afasias; perturbações específicas no desenvolvimento da linguagem; apraxia/dispraxia); défice no processamento visual/ fonológico/ ortográfico (problemas específicos de linguagem escrita -dislexia); dificuldades motoras que se manifestam em problemas de execução gráfica (disgrafias); e

6Folheto Informativo sobre Domínio Sensorial Visão. Direcção Geral Inovação Desenvolvimento Curricular/Educação Especial e apoio Sócio –educativo. Retirado http://www.dgicd.min-edu.pt/fichdown/ensinoespecial/panfleto_DS_V.doc

7 Informação disponível no Ministério da Educação; Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular; Direcção de Serviços da Educação Especial e do Apoio Sócio-Educativo-Relatório do Observatório dos Apoios Educativos Domínio Sensorial do ano lectivo de 2002/2003. Retirado <http://www.dgci.min-edu.pt/especial>

grandes dificuldades em aceder a processos cognitivos inerentes à planificação, estruturação e produção de linguagem escrita (disortografias).⁸

No domínio cognitivo incluem-se as crianças e jovens que apresentam problemas cognitivos, que comprometem acentuadamente a sua aprendizagem e participação no contexto educativo/escolar.

No domínio emocional/personalidade incluem-se as crianças e jovens que apresentam graves perturbações a nível da personalidade ou da conduta que comprometem acentuadamente a sua adaptação escolar e as suas aprendizagens como as dos seus pares.

No domínio da saúde física incluem-se as crianças e jovens que por motivos graves de saúde física, necessitam de adaptações ou medidas terapêuticas regulares e sistemáticas, apresentando uma baixa assiduidade.

No domínio motor incluem-se as crianças e jovens com graves problemas motores que comprometem acentuadamente o seu desempenho e a sua participação (assinala-se que a paralisia cerebral deverá ser incluída neste domínio).

No domínio cognitivo-sensorial e/ou motor incluem-se as crianças e jovens com multideficiência, ou seja, os que apresentam graves problemas cognitivos associados a uma ou mais deficiências sensoriais (visual ou auditiva) ou motora.

De acordo com o Observatório dos Apoios Educativos a designação de alunos com outras Necessidades Educativas Especiais refere-se a crianças e jovens que experienciam dificuldades no processo de aprendizagem e participação no contexto educativo/escolar que decorrem da interacção entre factores ambientais (físicos, sociais e atitudinais) com o seu nível de funcionamento nos diferentes domínios. As eventuais limitações que estes alunos

⁸Informação disponível sobre Domínio da Comunicação Linguagem e Fala. Retirado <http://www.dgicd.min-edu.pt/especial/defaultDCLF.asp>

possam apresentar ao nível do seu funcionamento nos diferentes domínios, consideram-se que serão sempre de grau ligeiro e terão um carácter temporário.

Segundo dados do Observatório dos Apoios Educativos em 2001/2002, a percentagem de alunos com NEE representava 6% da população escolar total, sendo a distribuição percentual das NEE de carácter prolongado, pelos domínios funcionais afectados a seguinte: audição 4,5%, motor 5,8%, emocional/personalidade 21,1%; visão 2,7%, cognitivo 38,4%, saúde física 3,4%, audição/visão 0,2%; comunicação linguagem e fala 16,5%; cognitivo-sensorial e/ou motor 7,0% (OAE, 2003).

A título descritivo o Observatório dos Apoios Educativos apontava que no ano lectivo de 2004/2005, os apoios educativos foram dirigidos a 56.646 crianças e jovens, correspondendo a 5% do total da população escolar.

Do total das crianças e jovens com apoio educativo, a maior percentagem (79%) era relativa às NEE de carácter prolongado, em comparação com as 21% identificadas como outras NEE de carácter temporário (OAE, 2005).

Neste relatório, a distribuição de crianças e jovens com NEE de carácter prolongado, pelos diferentes domínios, a nível nacional, apontava que, das 44.640 crianças e jovens identificados, a maior percentagem apresentava limitações no domínio cognitivo (41%), seguindo-se o domínio emocional/personalidade (20%) e o domínio da comunicação, linguagem e fala (18%).

Nos domínios restantes, os valores percentuais mais baixos, eram os seguintes: audição/visão (0,1%), visão (2%), audição (4%) e saúde física (4%) (OAE, 2005)⁹

⁹ Informação constante no Observatório Apoios Educativos 2005. Retirada de http://www.dgidec.min-edu.pt/especial/CDI_observatorio.asp

Relativamente à idade, a maioria de crianças e jovens com apoio educativo enquadrava-se no intervalo etário entre os 6 aos 15 anos, em que o maior número frequentava o 1º Ciclo do Ensino Básico (CEB), independentemente do domínio afectado. A partir do 1º CEB verifica-se um decréscimo do número de alunos com NEE de carácter prolongado apoiados, sendo este mais acentuado do 1º CEB para o 2º CEB (OAE, 2005).

Pelos dados anteriormente descritos, podemos afirmar que estimar o número de jovens com deficiências ou incapacidades não é uma tarefa fácil. Por um lado a descrição em estatísticas nacionais e internacionais inclui os jovens em grupos etários distintos. Tem sido assinalado que, em países com um maior desenvolvimento económico e social existem maiores taxas de prevalência, uma vez que o conceito de incapacidade tende a ser mais amplo, permitindo a identificação de mais adolescentes com incapacidades ligeiras e moderadas (Suris, 1999).

Aponta-se que, os diferentes tipos de incapacidades devem ser vistos em dependência com o contexto sócio-cultural que atribui valores distintos à incapacidade em função da natureza da sociedade em que cada indivíduo vive. Por exemplo, uma limitação no funcionamento físico que implica dificuldades na deslocação e mobilidade num determinado contexto (por exemplo num meio rural) poderá ser mais incapacitante em comparação com a mesma dificuldade num outro ambiente (meio urbano) em que existam espaços acessíveis ou transportes públicos adaptados, que permitam ao indivíduo a sua integração no espaço da sua comunidade.

Por outro lado, assinala-se a grande heterogeneidade na definição e critérios de elegibilidade nos estudos realizados. Este facto vem confirmar um dos problemas assinalados que se prende com a falta de consenso sobre a concepção exacta do termo incapacidade e sua aplicabilidade em estudos de carácter alargado que permitam um maior conhecimento deste grupo de jovens (United Nations, 2002).

IMPACTO DA DEFICIÊNCIA E INCAPACIDADES

A experiência de ter uma deficiência deve ser vista como estando ligada à história de vida, única de cada indivíduo. Muito embora se reconheçam semelhanças e similaridades entre elas, não é simples falar de uma identidade deficiente, enquanto grupo.

O isolamento social, a pobreza ou a discriminação estabelecem um conjunto de problemas ou riscos adicionais em jovens com deficiências e incapacidades (Neueldt, 1984; Helander, 1995; Harriss-White, 1996).

Apesar de algumas culturas serem mais tolerantes para com as pessoas com uma incapacidade (ESCAP, 1995), as pessoas com deficiência têm estado historicamente associadas ao estigma e a uma interpretação negativa do significado da incapacidade (Helander, 1993). Uma das consequências prende-se com a sub-valorização da deficiência ou incapacidades em estudos baseados em auto-relatos.

No que respeita a associação da deficiência a alguns aspectos sócio-demográficos os estudos que assinalam o impacto das deficiências ou incapacidades, são em grande parte dirigidos à população adulta e idosa, facto que se deve à sua grande representatividade quando comparados com o grupo dos jovens.

Além de estudos que associam a idade com o aumento da incapacidade funcional (Hebert, Brayne, & Spiegelhalter 1997; Rathouz, Kasper, & Zeger, 1998), os investigadores têm demonstrado diferenças significativas na sua prevalência em função do género (Leveille

et al., 2000; Murtagh & Hurbert, 2004; Wray & Blaum, 2001; Leveille et al., 2000; Murtagh & Hurbert, 2004; Wray & Blaum, 2001).

Um outro aspecto prende-se com a associação do baixo estatuto sócio-económico com a maior prevalência de incapacidades parecendo plausível que este factor interage fortemente na produção e no processo de incapacitação (Chiu et al., 2005; Liu et al., 1995).

No que respeita o período da adolescência, os impactos são referidos em torno da sua exclusão, na medida em que os programas dirigidos a pessoas com deficiência são organizados para crianças ou adultos ou idosos.

Um facto associado aos adolescentes com deficiência, prende-se com a diminuição da participação dos adolescentes em programas e serviços especializados, sem que as suas necessidades a nível social, educacional, formativo ou a nível económico sejam tomadas em consideração (Wallace, 1990; Broch, 1995).

Sendo os adolescentes e jovens com deficiências e incapacidades, são muitas vezes afectados num ciclo de estigma e exclusão, parece que são as raparigas o grupo com um maior risco, daí que ser do género feminino e ter uma deficiência é frequentemente referido como uma “*dupla incapacidade*” (ESCAP, 1995).

Este facto é ainda mais notório em sociedades em que o género feminino é menos valorizado, verificando-se por exemplo um menor investimento na sua educação, nos cuidados de saúde ou na formação profissional (Boylan, 1991).

Por outro lado aponta-se que, pertencer a uma minoria étnica parece traduzir-se num maior risco de tratamento desigual ou de exclusão, uma vez que o facto de ter uma cultura ou uma língua distinta, tem sido relacionado com a maior probabilidade de ser excluído de serviços e programas reeducativos.

A escolaridade, tem sido um elemento chave assinalado, isto é o maior risco de insucesso e abandono escolar precoce. Entre outros factores relacionados com esta situação, são referidas as barreiras físicas que impedem o acesso à escolaridade, a insuficiência de recursos e professores não especializados, bem como a inexistência de políticas inclusivas.

Na idade da adolescência, o abandono escolar é um problema que vem sendo assinalado, sendo esta probabilidade ainda maior em jovens com deficiências ou incapacidades, pois apesar do interesse crescente e adopção de práticas inclusivas, a maioria dos esforços tem sido direccionada para os grupos etários mais baixos.

Alguns problemas que a nível internacional se vem chamando à atenção, prende-se com os desafios a que os jovens são confrontados, como o envolvimento em situações de criminalidade, exploração sexual, consumo de drogas (UNICEF, 1999).

Alguns dados, apontam o risco adicional associado ao grupo de crianças e jovens com deficiências e incapacidades, se bem que este quadro diz respeito ao retrato da infância e juventude a nível mundial, em particular nos países em desenvolvimento. Segundo a UNICEF (2002), estima-se que um terço das crianças e jovens de rua têm uma deficiência ou incapacidade. Aponta-se que apesar de existirem ainda poucas estatísticas disponíveis, os indivíduos com deficiência têm pelo menos três vezes mais probabilidade de serem vítimas de violência doméstica, ou de abuso sexual (Groce, 2003; Crossmaker, 1991; MDRI, 2002).

Um dos aspectos que vem sendo referido, prende-se com um fraco ou inexistente reconhecimento social da sexualidade dos jovens com deficiência, que não facilita a disponibilização de uma educação sexual para este grupo (Wallace, 1990; Cheng & Udry, 2002).

Esta situação coloca, em particular risco o grupo das raparigas, no que diz respeito à gravidez na adolescência ou a probabilidade de contrair doenças sexualmente transmitidas.

Nesta linha, um estudo nos Estados Unidos, designado por *National Longitudinal Study* (1993) refere que após o ensino secundário, as raparigas com deficiência são mais provavelmente mães do que as raparigas sem uma deficiência.

No que respeita a saúde, uma das áreas de preocupação assinaladas são a inacessibilidade a cuidados de saúde e a acções de promoção da saúde em virtude de existirem aspectos associados às desigualdades na saúde que afectam estes jovens.

CAPITULO 4 - DESIGUALDADES NA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

Actualmente reconhece-se que as desigualdades na saúde são um problema crescente que a maioria dos países enfrenta (WHO,1998). A definição dos conceitos associados a esta temática, nomeadamente as desigualdades, disparidades e iniquidades, assim como a forma como se procede à sua avaliação é diversa.

Mackenbach (2005) ao rever dados recentes refere que o problema das desigualdades na saúde é universal, assinalando que um pior nível em indicadores sócio-económicos, tais como o estatuto ocupacional, o emprego, o nível de rendimentos ou o nível educacional implica um maior risco para a incidência de resultados adversos na saúde.

As desigualdades¹⁰ ou iniquidades¹¹ na saúde são conceitos associados, porém distintos, pois enquanto o termo desigualdades na saúde se refere à diferença nos estados de saúde, as iniquidades na saúde, implicando um julgamento moral estão relacionadas com as diferenças no estado de saúde que se julgam ser injustas (Carter-Pokras & Baquet, 2002).

Segundo Carter-Pokras & Baquet (2002), o termo disparidades na saúde¹², pode ser definido de várias formas, sendo que estas normalmente se referem a uma noção de diferença

¹⁰ Desigualdades do conceito em inglês inequalities

¹¹ Iniquidades do conceito em inglês inequity. O termo significa injustiça, significando que a iniquidade na saúde deverá estar de acordo com as respostas necessárias para promover oportunidades para bem-estar de todos. A estratégia global da OMS da Saúde para Todos é fundamentalmente dirigida para que se alcance uma maior igualdade na saúde entre os indivíduos e entre os países. As iniquidades ocorrem fundamentalmente como consequência de diferenças nas oportunidades que resultam em desigualdades no acesso a serviços de saúde, à habitação ou a uma nutrição adequada. (WHO, 1996)

¹² Disparidades do conceito em inglês disparity (WHO, 1996)

ou variação no estado de saúde em sub-grupos populacionais distintos, em função da idade, género, etnicidade, classe social, localização geográfica ou estatuto sócio-económico.

As desigualdades sociais que podem ser distinguidas entre desigualdades horizontais (género, raça, religião, idade) e desigualdades verticais associadas aos rendimentos e bem-estar-material, têm sido relacionadas com indicadores da saúde como, a mortalidade, morbilidade, doenças psicossomáticas e somáticas (Kennedy et al., 1998, Mackenbach, Kunst, Kavelaars, 1997).

Marmot e Wilkinson (2000) corroboram que os determinantes sócio-económicos têm um efeito nas desigualdades da saúde.

Em particular, consideramos importante no contexto da análise das desigualdades na saúde, observar os grupos que de alguma forma estão numa situação de exclusão social, traduzida num impacto na sua saúde, como é o caso das pessoas com deficiências e incapacidades.

A saúde e o nível sócio-económico, têm sido associados, e independentemente da forma como se procede à sua avaliação, o baixo nível sócio-económico tem sido associado a um menor estado de saúde, inclusive a uma maior probabilidade de ocorrência de situações de doença e de incapacidades (Lee, 1999).

As desigualdades na saúde, regularmente associadas a indicadores sócio-económicos como a posição social, educação e rendimentos, representam um ciclo recorrente de transmissão das mesmas desigualdades entre famílias e entre gerações, uma vez que a pobreza desencadeia desigualdades na saúde, o que por sua vez desencadeia desvantagens sociais e económicas. Este ciclo é frequentemente descrito em relação à presença de doenças e incapacidades.

O fosso das desigualdades económicas, que tem vindo a aumentar em vários países, nomeadamente, mediante o aumento das pessoas que vivem no limiar da pobreza, tem sido assinalado nos países em desenvolvimento bem como nos países desenvolvidos. Tal situação, contribui para a redução das condições de vida, um bem-estar material reduzido e, conseqüentemente, maiores desigualdades na saúde.

A pobreza e as desigualdades sócio-económicas, têm sido referidas como um determinante do empobrecimento da saúde, e uma consequência da mesma, por ser associada a uma menor esperança de vida, uma maior mortalidade, um maior risco de doenças infecciosas, uma maior prevalência de doenças, depressão, suicídio, comportamentos anti-sociais e maior risco de exposição a riscos ambientais (Crombie, Lawrence, Wallace, 2005).

Reconhece-se que estas disparidades na saúde são associadas a determinados grupos populacionais, como por exemplo, prisioneiros, sem-abrigo, pessoas com deficiência física e pessoas com doença mental (Crombie, Lawrence, Wallace, 2005).

Em 2000, o Banco Mundial assinalava que meio bilião de pessoas com incapacidades em todo o mundo, estava inquestionavelmente entre os “mais pobres dos pobres” (Metts, 2000). Porém, mais uma vez, a necessidade de obter estatísticas incluindo pessoas com deficiência, comparáveis e válidas, não deve ser considerada como uma tarefa isolada, isto é deve estar disponível nos estudos nacionais e internacionais como variável adicional que permita melhor conhecer este grupo. Esta situação é pertinente quer se aborde o estudo da saúde ou em particular o estudo das desigualdades a ela associadas, ou outros temas de interesse. Segundo Yeo (2001), a pobreza não diz respeito somente ao rendimento, mas diz também respeito à exclusão social, exclusão que conduz à escassez de recursos, menores expectativas e menor saúde.

A recente chamada de atenção para a necessidade de conhecer melhor as ligações entre deficiência ou incapacidade, pobreza e desigualdades económicas (UN, 2004) justifica no nosso ponto de vista a articulação destas dimensões no nosso estudo.

Importa referir, que o estudo das pessoas com deficiência ou incapacidades, ao ser considerado como uma temática de especialidade, tem tendência a ser realizado separadamente, sendo que muitas estatísticas e estudos sobre a saúde dos jovens, não consideram a inclusão de pessoas com incapacidades (DISTAT, 2002).

A informação disponível, acerca das desigualdades na saúde prende-se na maioria dos casos com as correlações identificadas entre a deficiência e a idade, o nível educacional, os rendimentos, a etnia, as condições de vida, o género, a saúde ou a pobreza.

Estas correlações apontam que a deficiência tem uma relação causal com a pobreza, assim como as condições de pobreza adicionam um maior risco da deficiência (Elwan, 1999).

Um dos elementos apontados, como necessitando de uma maior investigação prende-se com o estudo de modelos explicativos dos percursos de pobreza “ *modelling of potential poverty paths*” em populações com incapacidades (Ewan, 1999).

Assinala-se também o enunciado do Comité de Desenvolvimento da O.C.D.E., que acordou sete alvos para o desenvolvimento Internacional até 2015. Um destes alvos é dirigido a pelo menos metade das pessoas que vivem em extrema pobreza. Entre outros grupos, são assinaladas as necessidades particulares das pessoas com deficiência, na medida em que se estima que uma elevada proporção de pessoas com deficiência ou incapacidades vive numa situação de pobreza crónica (WHO, 2001, Metts, 2000, Yeo, 2001).

Rainwater & Smeeding (1995) afirmavam que 5% a 15% dos jovens com menos de 16 anos, vivem em condições de pobreza, mediante a avaliação de standards nacionais, porém a identificação da associação das desigualdades sócio-económicas com a saúde e bem-estar

em jovens é escassa em comparação com a sua associação em adultos e crianças (Kennedy et al., 1998, Waldman, 1982).

Se bem que nos jovens, a saúde é mais caracterizada pela igualdade da saúde ao longo do espectro do estatuto sócio-económico, a análise dos itens associados ao estatuto sócio-económico aponta que os comportamentos de saúde e bem-estar variam num gradiente, de acordo com as circunstâncias sócio-económicas (Arber & Lahekma, 1995).

Outros autores assinalam que os jovens de famílias com maior afluência financeira se envolvem mais em actividades saudáveis e apresentam níveis superiores de bem-estar, tais como: estão mais satisfeitos, mais felizes, mais confiantes e reportam menos sintomas físicos e psicológicos. (Mullan & Currie, 2000).

O estudo *HBSC/OMS* tem vindo a reforçar a importância do impacto do estatuto sócio-económico na saúde dos jovens (Matos e tal., 2000). Tendo em vista a identificação das disparidades na saúde, um dos objectivos enunciados para a promoção da saúde dos jovens aponta a necessidade de reduzir as diferenças na saúde quando associadas a desvantagens sócio-económicas e a desigualdades sociais (Matos e tal., 2000).

Neste sentido, para melhor compreender as desigualdades sócio-económicas associadas à saúde dos jovens, a conceptualização do estatuto sócio-económico (SES) dentro do *HBSC/OMS*, assume uma visão sócio-envolvimental, incluindo um conjunto de medidas ou indicadores considerados apropriados para adolescentes. Entre outros, assinala-se a importância de avaliar o nível sócio-económico mediante a afluência familiar (Currie et al., 1998).

Este facto, prende-se com a constatação de que, em estudos realizados junto de jovens utilizando indicadores como a ocupação parental, poderemos não representar correctamente

as diferenças sócio-económicas nas vidas dos jovens em virtude do grande número de não respostas (GlennDinning, et al., 1992).

Assim, uma das questões prende-se com a utilização de medidas de afluência familiar em jovens, por forma a evitar o elevado número de não respostas quando outros indicadores são utilizados (Townsend, 1987 cit. Currie et al. 1997).

Neste sentido uma das linhas de desenvolvimento dentro do *HBSC/OMS* constituiu-se na definição de uma medida de avaliação subjectiva do bem-estar material, a Escala de Afluência Familiar (FAS) (Currie et al, 1997). Este instrumento pretendeu testar e desenvolver um conjunto de questões, simples e sensíveis ao nível sócio-económico dos jovens, tendo como base índices de privação material (Townsend, 1987 cit. Currie et al. 1997), com similaridades a um índice de afluência familiar (Wardle, Robb & Johnson, 2002).

Os itens desta escala foram, inicialmente, o número de telefones em casa, o número de carros na família, e quarto próprio utilizados no estudo *HBSC/OMS* em 1990 e 1994, tendo-se observado gradientes significativos na saúde em função deste indicador, nomeadamente na percepção de saúde, consumo de tabaco, consumo de álcool, consumo frutas e vegetais, consumo de batatas fritas, prática de actividade física e tempo a ver televisão (Currie et al., 1997).

Posteriormente, o mesmo instrumento foi validado, composto pelos itens: número de computadores, carros na família, quarto próprio e férias com a família (Currie, Smith, Boyce & Smith, 2001).

Alguns modelos recentes relativos à compreensão das desigualdades sócio-económicas na saúde, propostos no estudo *HBSC/OMS*, associam o estatuto sócio-económico e a saúde com o capital social. Propõem-se que este actua como moderador ou mediador da saúde e bem-estar (Wilkinson,1996; Campbell,1999 cit. Currie, 1997) (figura 5, 6).

Enquanto Wilkinson (1996) defende que as desigualdades sócio-económicas afectam a saúde porque afectam o capital social (capital social como mediador), Campbell (1999) sugere que o capital social pode actuar reduzindo os efeitos das desigualdades sócio-económicas (capital social como moderador) (cit Currie et al., 2001).

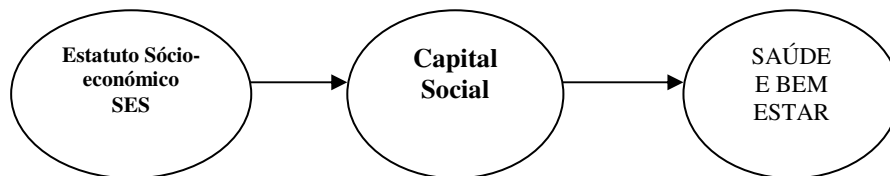


Figura 5 – Modelo efeito mediador estatuto sócio-económico, capital social e saúde (Wilkinson, 1996)

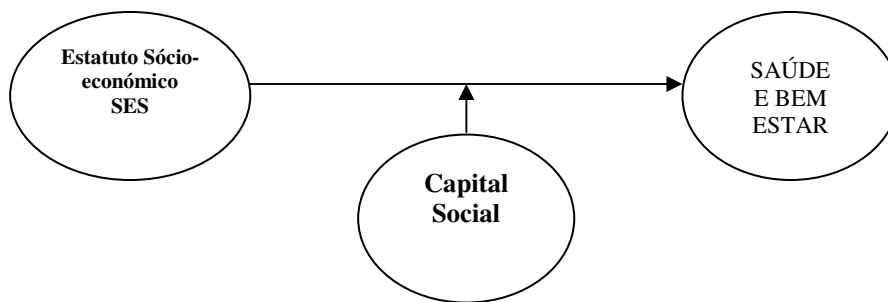


Figura 6 – Modelo efeito moderador do capital social na Saúde (Campbell, 1999)

Apesar da falta de suporte empírico destes modelos, uma das linhas de investigação aponta a necessidade de testar modelos compreensivos em que o estatuto sócio-económico tenha efeitos independentes na saúde e bem estar, bem como modelos em que o capital social tenha um efeito moderador ou mediador na relação entre o estatuto sócio económico e a saúde e bem estar dos jovens.

Este conceito de capital social segundo o *HBSC/OMS*, é conceptualizado em 4 contextos, vizinhança, família, casa e pares, incluindo as seguintes dimensões: redes sociais, identidade local, atitudes face a instituições e recursos da área local; envolvimento comunitário e cívico. Assim, as questões de base que colocamos prendem-se com a determinação da relação/dependência entre o nível sócio-económico e a saúde, de forma a melhor compreender as possíveis desigualdades nos jovens com deficiência.

CAPITULO 5 - MÉTODO E PROCEDIMENTOS

APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

Uma lacuna básica sentida, diz respeito à escassez de estudos comparativos da saúde de jovens com e sem um problema de saúde, deficiências ou incapacidades.

Alguns autores, têm assinalado a importância de desenvolver novas teorias sobre as experiências de saúde diferenciais em função de vários grupos populacionais, em diferentes circunstâncias ou contextos (Gillies, 1998; Earls & Carlson, 2001) tendo em vista a identificação das disparidades e desigualdades inerentes.

Contudo, a literatura não estabeleceu ainda um consenso absoluto sobre o impacto das deficiências ou incapacidades nos comportamentos de saúde (Donald, 1997; Gajdosik & Cicirello 2001; Kalnins et al., 1999; Kinne, Patrick & Doyle 2004; Krahn, Hammond & Turner, 2006; Simeonsson, McMillen & Huntington, 2002, Zajicek-Farber, 1998).

Esta questão, traduz-se ainda num designado “*paradoxo da deficiência*” (Albrecht, 1999), pois enquanto alguns autores, referem a existência de características semelhantes em termos de comportamentos de saúde e percepções subjectivas de satisfação e bem-estar, outros assinalam que uma deficiência ou incapacidade está associada a comportamentos de saúde menos positivos em jovens (CDC, 2005; Blum, Kelly & Ireland, 2001; Gajdosik & Cicirello, 2001; Murphy, 2005; Steele et al., 2004; Stevens et al., 1996).

A literatura, refere a existência de problemas secundários, associados à presença de uma deficiência ou incapacidade, sendo que os estudos não são conclusivos no que respeita a probabilidade de existirem maiores riscos para a presença de comportamentos, tais como o consumo de álcool, uso de substâncias ilícitas, as relações sexuais precoces, a menor prática de actividade física, o envolvimento em actividades de lazer bem como a redução na qualidade das relações com a família ou com os pares (CDC, 2005).

O estudo *HBSC/OMS*, tem pretendido compreender a saúde e os comportamentos de saúde dos adolescentes, explorando as influências sociais, envolvimento e psicológicas na saúde, desenvolvendo ao longo dos anos, módulos de questões que permitiram demonstrar factores e influências na saúde e bem-estar dos jovens, descrevendo os múltiplos comportamentos de saúde e os diversos contextos sociais associados.

Os relatórios anteriores do *HBSC/OMS*, salientaram a importância de factores como as circunstâncias familiares, escolares, os pares e factores sócio-económicos, como contextos chave relacionados com a saúde e comportamentos de saúde.

Ao se pretender que o conjunto de informações do *HBSC/OMS*, forneça evidências sobre as desigualdades na saúde entre grupos, nomeadamente em função das suas características sócio-económicas, localização geográfica, género, raça e etnicidade, assinala-se a relevância de também estudar em maior profundidade as potenciais desigualdades na saúde e bem-estar de jovens com deficiências ou incapacidades (Currie, Smith, Boyce & Smith, 2001 ; Matos, et al., 2003)

O desconhecimento das eventuais semelhanças ou diferenças relativas aos aspectos sócio-demográficos, determinantes (factores) e comportamentos de saúde que caracterizam os jovens com deficiências e incapacidades, tem sido em parte relacionado com a inexistência de diferentes modelos compreensivos da concepção da deficiência e incapacidade, o que por sua

vez se traduz em distintos modelos assentes em critérios variáveis e de difícil comparabilidade.

A recente mudança de conceitos relativos à classificação de pessoas com deficiência, emergindo de uma mudança de paradigma na compreensão da incapacidade, aplicável na intervenção e na investigação reveste-se de particular interesse para os estudos dirigidos ao grupo de jovens com deficiências e incapacidades, e sua percepção de saúde bem-estar e qualidade de vida.

Uma das alterações observadas recentemente, relaciona-se com a aproximação aos conceitos da saúde positiva e da qualidade de vida, tendo como base a compreensão da incapacidade segundo um universal do funcionamento do ser humano (OMS, 2001).

Tendo como base um modelo biopsicossocial, a associação entre a percepção de saúde, incapacidade a participação nos diversos contextos, nomeadamente na escola, na comunidade, na família, implica a compreensão de factores integrados no modelo de compreensão da deficiência e incapacidade, tais como a associação entre condições de saúde, a realização e participação de actividades, com factores contextuais e factores pessoais (Arthanat, Nochajski & Stone, 2004; Mayo et al., 2004; Stucki & Cieza, 2004; Stuifbergen & Becker, 1994; Stuifbergen, Seraphine & Roberts, 2000; Sutherland, Couch & Iacono, 2002).

Sendo a qualidade de vida e bem-estar dos adolescentes e jovens com deficiências e incapacidades, um objectivo implícito a diversos níveis, político, social, educativo, da promoção da saúde ou da reabilitação, é fundamental a sua avaliação desenvolvendo estudos que permitam o melhor conhecimento dos factores associados à saúde, qualidade de vida e bem-estar de jovens com deficiências e incapacidades.

Numa perspectiva associada à promoção de saúde, é fundamental promover oportunidades de participação activa das pessoas na sua mudança.

Assim, uma abordagem tendo como base os conceitos actuais de saúde e sua promoção, com ênfase nos aspectos positivos da mesma, associados ao bem-estar, qualidade de vida e interações de factores contextuais, deve incluir a percepção subjectiva dos indivíduos (Brown, 1996).

Espera-se que desta forma, possamos melhor compreender as eventuais disparidades e desigualdades na saúde, associadas à exclusão e vulnerabilidade referenciada, sendo que estas podem constituir elementos prioritários para a definição de políticas e acções futuras.

Apesar da controvérsia na definição da qualidade de vida, associada à enorme diversidade e inclusão de distintos domínios e factores de natureza subjectiva ou objectiva, a literatura refere a importância de desenvolver estudos que reforcem o conhecimento desta área junto de jovens com deficiência e ou incapacidades.

Os estudos realizados, não são conclusivos no que respeita as relações observadas entre a incapacidades, deficiências e a percepção de qualidade de vida, referindo a existência de múltiplas dimensões, factores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo, bem como dimensões subjectivas e objectivas na sua avaliação.

Tendo em consideração a multidimensionalidade do conceito de qualidade de vida, englobando entre outros, aspectos associados à satisfação pessoal, bem-estar, felicidade, apoios, saúde, e a variabilidade encontrada nos pesos e valores atribuídos às diversas dimensões, será relevante explorar estes aspectos no estudo do *HBSC/OMS*.

OBJECTIVOS DO ESTUDO

De acordo com as questões de investigação assinaladas, propomo-nos desenvolver um estudo de forma a identificar os aspectos sócio-demográficos, os factores contextuais e pessoais da qualidade de vida, bem-estar e saúde de jovens com deficiências e incapacidades, bem como explorar um modelo compreensivo da qualidade de vida de jovens com e sem deficiências, incapacidades, e Necessidades Educativas Especiais, em função de diferentes critérios de elegibilidade das mesmas.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

Pretendemos estudar as variáveis sócio-demográficas, pessoais e contextuais, na percepção de saúde de jovens com deficiência e ou incapacidades.

Considerando a multidimensionalidade e multifactorialidade do fenómeno em estudo, serão considerados critérios associados à percepção do tipo de problema de saúde, deficiência, incapacidades, e Necessidades Educativas Especiais e respectivas percepções de saúde dos jovens.

Os dados, serão provenientes da auto-avaliação subjectiva dos participantes, mediante a resposta a um conjunto de itens retirados do instrumento de avaliação de carácter

quantitativo desenvolvido no âmbito do estudo *HBSC/OMS-Health Behaviour in School Aged Children*.

Esperamos que os contributos deste trabalho, assentem nos seguintes parâmetros:

- Fornecer informação descritiva, sobre a população de jovens com um problema de saúde e/ou uma deficiência a nível Nacional e a nível Local no Concelho de Almada.

- Fornecer informação descritiva, sobre a saúde da população de jovens com um problema de saúde, deficiências, incapacidades e Necessidades Educativas Especiais a nível Nacional e a nível Local no Concelho de Almada.

- Descrever factores associados à percepção de qualidade de vida, saúde e bem-estar de jovens com e sem deficiências, incapacidades e Necessidades Educativas Especiais a nível Nacional e a nível Local no Concelho de Almada.

- Descrever um modelo explicativo da qualidade de vida, saúde e bem-estar incluindo factores sócio-demográficas, pessoais e contextuais em jovens com e sem deficiências, incapacidades e Necessidades Educativas Especiais.

HIPÓTESES

De acordo com o referencial teórico exposto na revisão da literatura, pretende-se estudar as desigualdades na saúde, bem-estar e qualidade de vida de jovens, estabelecendo uma comparação em função da existência de um problema de saúde, deficiências e Necessidades Educativas Especiais e ainda, explorar um modelo explicativo da predição do bem-estar material sobre a saúde, bem-estar e qualidade de vida dos jovens.

Assim, espera-se que:

HIP I - As variáveis associadas ao nível sócio-económico, que avaliam o bem-estar material, apresentam uma relação com a percepção de um problema de saúde, deficiências, incapacidades e necessidades educativas especiais, isto é, os valores amostrais assinalam que as proporções são significativamente distintas nos jovens com e sem um problema de saúde, doença crónica, deficiência motora, deficiência sensorial, outra situação de deficiência, incapacidades e necessidades educativas especiais.

HIP II - A percepção de saúde, bem-estar e qualidade de vida, apresentam uma relação com a percepção de um problema de saúde, deficiências, incapacidades e necessidades educativas especiais, isto é, os valores amostrais, assinalam que as proporções

são significativamente distintas nos jovens, com e sem um problema de saúde, doença crónica, deficiência motora, deficiência sensorial, uma outra situação de deficiência, incapacidades e necessidades educativas especiais.

HIP III - Os comportamentos de saúde (consumos, actividade sexual, comportamentos sociais, actividade física, actividade desportivas, actividades de lazer apresentam uma relação com a percepção de um problema de saúde, deficiências, incapacidades e necessidades educativas especiais, isto é, os valores amostrais assinalam que as proporções são significativamente distintas nos jovens com e sem um problema de saúde ou deficiência, doença crónica, deficiência motora, deficiência sensorial, uma outra situação de deficiência, incapacidades e necessidades educativas especiais.

HIP IV - Os factores sociais (relações e suportes sociais na família, pares, professores, apresentam uma relação com a percepção de um problema de saúde e ou deficiência, isto é, os valores amostrais, assinalam que as proporções são significativamente distintas nos jovens com e sem um problema de saúde, uma doença crónica, uma deficiência motora, uma deficiência sensorial ou uma outra situação de deficiência, incapacidades e necessidades educativas especiais.

HIP V - Existe uma associação entre os factores sócio-económicos (afluência familiar), factores psicossociais (sintomas) e a percepção de qualidade de vida avaliada mediante a percepção de saúde, satisfação, felicidade, bem como existe uma influência destes factores em função da presença de um problema de saúde, deficiência, incapacidades e necessidades educativas especiais.

MÉTODO

Este estudo englobou 2 amostras, a saber:

AMOSTRA 1

O presente estudo, teve como base a amostra nacional do estudo HBSC de 2002 (Matos et al., 2003). Desta amostra representativa da população escolar portuguesa com idades indicadas no protocolo internacional (11, 13 e 15 anos), em turmas do 6º, 8º e 10º ano, seleccionámos todos os jovens que responderam afirmativamente nas questões relativas à percepção de um problema de saúde, de uma doença crónica, deficiência motora, sensorial, ou outra, obtendo-se um total de 968 jovens que responderam afirmativamente a uma ou mais destas questões. Tendo como base a amostra nacional do estudo HBSC (Matos et al., 2003) consideraram-se as restantes respostas negativas nestas questões como o grupo de comparação constituído por 5163 jovens. Tendo como base, os procedimentos posteriormente apresentados as amostras são sub-divididas de acordo com o tratamento dos dados por cada questão referente ao problema, deficiência ou incapacidade, constituindo-se assim os distintos sub-grupos de estudo e correspondentes grupos de comparação.

AMOSTRA 2

A amostra 2, foi constituída pelo conjunto de todos os alunos sinalizados com Necessidades Educativas Especiais, frequentando escolas do 2º, 3º ciclo e Secundário do Concelho de Almada.

Optou-se por seleccionar alunos da mesma turma sem Necessidades Educativas Especiais, de forma a se obter uma amostra comparativa para este estudo, sendo a amostra, no total, constituída por 282 jovens (ver anexo 4, 5).

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

Adoptou-se a utilização dos dados obtidos através do questionário do estudo *HBSC/OMS - Health Behaviour in School-aged Children* em 2002, (Matos et al., 2003). Para efeitos deste trabalho foram seleccionadas, de acordo com os objectivos identificados, um conjunto de questões a estudar.

O instrumento de avaliação, descrito no relatório do estudo *HBSC/OMS* de 2002 (Matos et al., 2003) é composto por um questionário de auto-preenchimento pelos jovens.

De forma a explicitar os itens utilizados apresentamos de seguida uma tabela (tabela 8) que aponta as questões utilizadas neste estudo. No anexo 6, são apresentadas as variáveis incluídas, respectivas modalidades de reposta e codificação.

<p>Percepção de deficiência ou problema de saúde Problema de saúde Doença crónica Deficiência motora Deficiência sensorial Outra situação Problema de saúde afecta participação Problema da saúde impede fazer o que os colegas da idade fazem (estudo 2) Informação sócio-demográfica região género grupo etário ano escolaridade idade Nacionalidade e grupo de identificação nacionalidade nacionalidade pai nacionalidade mãe grupo de identificação/etnia Nível sócio-económico pai tem emprego mãe tem emprego profissão do pai profissão da mãe nível instrução pai nível instrução mãe Percepção nível financeiro Bem-estar material - Nível afluência familiar Transporte próprio na família Quarto próprio Viagens de férias com a família Ter computador em casa Percepção de saúde Felicidade Satisfação geral com a vida Gostar como coisas correm Vida corre bem Mudar coisas na vida Gostava diferente tipo de vida Tenho uma boa vida Sinto-me bem com o que me acontece Satisfação global Ajustamento psicossocial - Sintomas Dor de cabeça Dores de estômago Dores de costas Dores de pescoço e ombros Cansaço e exaustão Tonturas Estar deprimido Dificuldades em adormecer Estar irritado Estar nervoso Medo Competências pessoais Capaz de defender direitos Capaz de dizer não Capaz de dizer o que sente Capaz de manter opinião nas discussões Capaz de livrar de situações que não agradam Percepção professores sobre capacidade académica</p>	<p>Escola - Suporte social na escola Sentimento escola Escola aborrecido Ficar sozinho na escola Professores ajudam quando preciso Professores interessam se por mim Colegas simpáticos e prestáveis Colegas aceitam-me como sou Família e pares - Suporte social Falar pai Falar mãe Falar amigo Amigos mesmo sexo Amigos sexo oposto Nº amigos íntimos Nº amigas íntimas Ficar com amigos depois das aulas Sair amigos à noite Comportamentos de saúde Consumo de tabaco Embriaguez Consumo drogas ultimo mês Relações sexuais Uso preservativo Envolvimento em lutas Provocado escola últimos meses Provocou escola últimos meses Prática de actividade física semana Modalidade desportiva praticada futebol ginástica natação basquetebol ciclismo/b.t.t. voleibol atletismo andebol outra</p> <p>Participação-Ocupação tempos livres música ler jogar cartas, video, computador cinema, teatro, concertos trabalhar para ganhar dinheiro conversar amigos praticar desporto praticar desporto individual praticar desporto competição assistir acontec. desportivos ajudar nos trabalhos domésticos praticar desporto não orientado por treinador fazer tpc ou mais trabalhos escola ir ao café ir à discoteca namorar/estar c/ namorado estar só (pensar, relaxar) dormir fazer compras/ver montras estar c/ amigos fazer uma colecção navegar na internet solidariedade social actividades associativas visitar conhecidos/familiares outra</p>
---	---

Tabela 8 Itens utilizados no estudo

Na globalidade, o questionário inclui questões sócio-demográficas, um conjunto de questões relacionadas com as expectativas futuras, ambiente na escola (amigos, professores e violência), história de consumos, bem-estar e apoio familiar, queixas psicológicas e somáticas, crenças e atitudes face ao VIH/SIDA, prática de exercício físico e tempos livres, hábitos alimentares e de higiene, sexualidade, competências sociais, comportamento anti-social e ambiente na comunidade de residência.

No segundo estudo, procedeu-se à aplicação de um conjunto de questões retiradas deste questionário, numa versão mais reduzida, tendo em consideração os objectivos do estudo e as características dos jovens participantes.

Um dos critérios utilizados prendeu-se com a necessidade de diminuir o tempo de aplicação e considerar a eventual dificuldade acrescida na compreensão das questões pelos jovens com Necessidades Educativas Especiais. No anexo 3, apresenta-se o questionário em versão reduzida utilizado.

PROCEDIMENTOS AMOSTRA 1

A recolha de dados relativos à amostra 1 realizou-se em Março e Abril de 2002, tendo sido seleccionados os 6º, 8º e 10º anos de escolaridade, distribuídos por 135 escolas públicas do ensino regular (Matos et al., 2003). No sentido de se obter uma amostra representativa da população escolar portuguesa das idades indicadas no protocolo internacional (11, 13 e 15 anos), foram seleccionadas aleatoriamente escolas de uma lista nacional, estratificada por regiões do país (cinco regiões escolares).

De acordo com o protocolo de aplicação do questionário do *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC/OMS)*, a técnica de escolha da amostra foi a “*cluster sampling*” onde o “*cluster*” ou unidade de análise foi a turma. Em 2002 a amostra recolhida consistiu em 6431 adolescentes e jovens.

A administração dos questionários, realizou-se no contexto sala de aula. O preenchimento dos questionários, foi supervisionado por um professor, ao qual era dirigida uma carta relativa aos procedimentos para a sua aplicação. Préviamente ao preenchimento, os alunos foram informados que a resposta ao questionário era voluntária, confidencial e anónima. O tempo de preenchimento do questionário situou-se entre os 60 e os 90 minutos.

PROCEDIMENTOS AMOSTRA 2

A recolha de dados relativos à amostra 2 realizou-se entre Janeiro e Maio de 2003, tendo sido identificados jovens dos 5º,6º, 7º,8º, 9º e 10º e 11ª anos de escolaridade, distribuídos pelas escolas públicas do ensino regular do Concelho de Almada.

A identificação inicial dos alunos elegíveis por apresentarem Necessidades Educativas Especial de carácter prolongado foi realizada e disponibilizada pela Equipa de Coordenação dos Apoios Educativos (ECAE) de Almada/Sesimbra dos alunos, após a qual se procedeu à solicitação de participação junto dos Concelhos Executivos e Pedagógicos das Escolas.

No total, foram contactadas 19 escolas, sendo que 16 escolas acederam participar.

De seguida, procedeu-se ao contacto com os professores de apoio das escolas respectivas, no sentido de descrever o estudo, sua metodologia e identificar os jovens elegíveis em cada escola.

Seguidamente, foram informados os encarregados de educação, de forma a solicitar a autorização para o seu educando participar no estudo, de acordo com consentimento informado por parte dos mesmos.

A opção por alargar o estudo a um número de anos de escolaridade maior em comparação com o estudo Nacional *HBSC/OMS*, prendeu-se com o objectivo de se obter uma amostra mais alargada em função dos números inicialmente indicados. As idades dos jovens, consideradas neste estudo, foram a idade mínima dos 11 anos, não se considerando limite superior de forma a incluir os alunos identificados com NEE do Concelho de Almada, pelos registos da equipa de Coordenação dos Apoios Educativos de Almada/Sesimbra.

Procedeu-se a um critério de exclusão dos jovens que, de acordo com os professores de apoio das escolas, teriam dificuldades na compreensão das questões, nomeadamente devido a dificuldades no domínio cognitivo de carácter mais severo.

A administração dos questionários, realizou-se no contexto sala de aula ou de sala dos apoios educativos, de acordo com cada caso e respectivas necessidades específicas (leitura ou ajuda no preenchimento).

O preenchimento dos questionários, foi supervisionado por um professor. A todos os alunos, foi reforçado o carácter voluntário, confidencial e anónimo do estudo, bem como no caso de ser ajudado no preenchimento, foi reforçado que a resposta que deveria corresponder somente à sua opinião.

O tempo de preenchimento do questionário situou-se entre os 90 e 120 minutos. Em função do cansaço revelado por alguns jovens, o preenchimento foi repartido em mais de uma sessão.

Em simultâneo, foi seleccionado aleatoriamente um grupo de jovens sem Necessidades Educativas Especiais do mesmo grupo turma, para preencher o mesmo questionário de forma a se obter uma amostra de comparação para os estudos a realizar.

No total a amostra incluiu 282 jovens.

ANÁLISE DOS DADOS

Após a recepção, os questionários foram digitalizados, traduzidos e interpretados através do programa “Eyes & Hands – Forms” versão 5.

Estes dados, foram posteriormente transferidos para uma base de dados no programa “Statistical Package for Social Science – SPSS – Windows” (versão 11.5 e versão 13.0). No estudo 2 os dados foram inseridos manualmente.

O procedimento de introdução dos dados na amostra 2 foi manual, constituindo-se similarmemente uma base de dados no SPSS para posterior análise e tratamento estatístico.

CAPITULO 6 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, é apresentada a descrição univariada, bivariada, a transformação das variáveis originais mediante a técnica estatística de optimal scaling, os procedimentos e resultados obtidos na análise factorial, análise diferencial dos factores em estudo, e posteriormente a apresentação dos modelos de equações estruturais explorados, inicialmente com os modelos de medição dos factores afluência familiar, ajustamento psicossocial, bem-estar/qualidade de vida, e por fim a análise do impacto da afluência familiar nos factores anteriormente referidos, quer, nas amostras totais do estudo quer para os sub-grupos com deficiência, incapacidades e com necessidades educativas especiais em ambas as amostras. Por fim, apresenta-se a discussão dos resultados obtidos.

Na descrição univariada, apresentam-se as frequências obtidas para cada variável isoladamente, tendo em consideração os resultados totais obtidos nas duas amostras previamente descritas. As amostras, ao longo deste capítulo, são designadas como amostra 1 e amostra 2, correspondendo respectivamente à amostra Nacional de Jovens (amostra 1) e à amostra Local de Jovens provenientes do Concelho de Almada (amostra 2) que inclui os sub-grupos amostrais de jovens, 1) com e sem a percepção de uma deficiência ou problema de saúde, 2) com doença crónica, 3) deficiência sensorial, 4) deficiência motora, 5) outra situação subjectivamente percebida, de acordo com a formulação das questões do enunciado do questionário utilizado (anexo 3). Na amostra 2, adiciona-se esta descrição em função da,

6) identificação de Necessidades educativas especiais e da 7) identificação de limitações à participação e, 8) restrições na realização de actividades.

Na primeira parte deste capítulo a que corresponde a apresentação univariada dos resultados, os dados são descritos em simultâneo para a amostra 1 e 2.

Na maioria dos casos, optou-se por inserir os quadros descritivos dos resultados, em anexo (anexo 1), sendo a referência aos mesmos, realizada ao longo da descrição.

Os quadros descritivos, incluem as frequências absolutas (número de respostas em cada modalidade de resposta), as frequências relativas (proporções em percentagens), e a média e desvio padrão, de acordo com a tipologia das variáveis em análise, i.e., variáveis nominais (valores sem relação de ordem), variáveis ordinais (valores incluindo relações de ordem) e variáveis quantitativas ou de escala (valores medidos numa escala métrica).

A descrição, será agrupada em quadros, de acordo com os determinantes (factores) de saúde em análise, nomeadamente os aspectos sócio-demográficos, sócio-económicos, as percepções de saúde, bem-estar e satisfação, as competências sociais e relações interpessoais, a participação em actividades desportivas e de lazer e os comportamentos de saúde.

Sendo um dos objectivos do estudo, a análise das associações entre as variáveis associadas à saúde, bem-estar e qualidade de vida dos jovens, em função da percepção subjectiva de uma deficiência ou problema de saúde, incapacidades e da identificação de Necessidades Educativas Especiais, associadas a limitações na realização de actividades ou restrições à participação devido a um problema de saúde ou deficiência, apresenta-se no seguimento deste capítulo, a descrição bivariada. Esta descrição será feita separadamente para a amostra 1 e 2.

A análise bivariada, pretende determinar a relação de associação entre as variáveis em estudo com a percepção de uma deficiência ou problema de saúde, incapacidades e

Necessidades Educativas Especiais, incluindo a associação entre a percepção de saúde e seus factores com a percepção de, 1) um problema de saúde ou deficiência, 2) doença crónica, 3) deficiência sensorial, 4) deficiência motora, 5) outra situação e, adicionalmente na amostra 2, 6) Necessidades Educativas Especiais de carácter permanente, 7) restrições à participação e 8) limitações na realização de actividades.

Na maioria dos casos os quadros completos, com as frequências totais, valores do qui-quadrado, graus de liberdade e grau de significância são inseridos em anexo (anexo 1), sendo feita a sua referência ao longo do texto. Optou-se por apresentar neste capítulo, quadros síntese em que somente se apresentam os valores do Qui-Quadrado, graus de liberdade e significância obtidos. Para este efeito utilizou-se o Teste do Qui-Quadrado para as variáveis nominais. Nos quadros, para facilitar a leitura, a formatação dos valores a bold, corresponde a associações significativas. Para a determinação das proporções significativamente distintas, foram analisados os valores dos resíduos ajustados na forma estandarizada, considerando a associação significativa nessa modalidade de resposta, quando os valores são iguais ou superiores ao módulo de 2. No caso das variáveis contínuas a significância estatística da diferença entre grupos foi avaliada mediante o Teste T-Student.

Para este estudo, o grupo de comparação correspondeu ao grupo de jovens que na respectiva questão não assinalou ter um problema de saúde ou deficiência, adicionalmente, na amostra 2, o grupo de jovens sem Necessidades Educativas Especiais.

De seguida, apresentam-se os procedimentos de transformação das variáveis, o teste das diferenças nos scores dos factores em estudo, bem como a análise factorial realizada.

Por fim, faz-se a apresentação dos modelos estruturais testados, descrevendo os modelos para cada variável latente, seguindo-se os modelos finais para a amostra 1 e 2, e os modelos por grupos com um problema de saúde e com necessidades educativas especiais.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS UNIVARIADOS - AMOSTRA 1 E 2

Nesta primeira secção, assinalam-se os resultados tendo como base a amostra do estudo nacional (amostra 1) e a amostra do estudo em Almada (amostra 2). Apesar de não utilizarmos a amostra 1 e 2 em simultâneo, optámos por apresentar os dados da amostra 1 e 2 em conjunto, de forma a obtermos uma visão global genérica dos mesmos. Reforçamos que esta descrição não pretende estabelecer um quadro de comparação entre as duas amostras obtidas, em virtude dos critérios de amostragem da amostra 1 e 2 serem distintos.

Passamos a apresentar a descrição dos jovens em função do problema de saúde ou deficiências percebidas a que nos iremos reportar ao longo dos estudos, assinalando a distribuição e percentagem de sujeitos (quadro 1).

Na amostra 1, no que respeita a questão relativa à percepção de um problema de saúde ou deficiência, **11.1%** dos jovens referem ter um **problema de saúde** ou **deficiência** que os impede de fazer algumas coisas que os outros colegas da mesma idade fazem. As questões seguintes relativas à percepção de uma deficiência ou doença crónica, **5.8%** dos jovens assinalam ter uma **doença crónica**, **1.6%** assinalam ter uma **deficiência motora**, **4.1%** dos jovens referem ter uma **deficiência sensorial** e **5%** referem uma **outra situação** (quadro 1).

No estudo em Almada, a que corresponde a amostra 2, **44%** dos jovens referem ter um **problema de saúde**, **17%** assinalam ter uma **doença crónica**, **3.5%** afirmam ter uma **deficiência motora**, **10.6%** uma **deficiência sensorial** e **13.5%** **outra situação** (quadro 1).

Importa reforçar que neste estudo, a amostra é constituída por um grupo de jovens seleccionados de acordo com o critério de elegibilidade associado à presença de uma necessidade educativa especial de carácter permanente, sendo que os jovens sem NEE foram seleccionados para participar como grupo de comparação. Salientamos que, **40.4%** dos jovens, nesta amostra, tem **Necessidades Educativas Especiais de carácter permanente**, não representando contudo a prevalência de jovens com NEE no estudo local.

Quadro 1 – Frequência e Percentagem de sujeitos incluídos nas Amostras 1, 2 em função do Problema de Saúde ou Deficiência percebido e da identificação de Necessidades Educativas Especiais (NEE).

<i>Amostra 1</i>			<i>Amostra 2</i>		
	<i>N</i>	<i>%</i>		<i>N</i>	<i>%</i>
Problema de Saúde	6005	-	Problema de saúde	282	-
Não	5339	88.9	Não	158	56.0
Sim	666	11.1	Sim	124	44.0
Doença crónica	6131	-	Doença crónica	282	-
Não	5775	94.2	Não	234	83.0
Sim	356	5.8	Sim	48	17.0
Deficiência motora	6131	-	Deficiência motora	282	-
Não	6031	98.4	Não	272	96.5
Sim	100	1.6	Sim	10	3.5
Deficiência sensorial	6131	-	Deficiência sensorial	282	-
Não	5881	95.9	Não	252	89.4
Sim	250	4.1	Sim	30	10.6
Outra situação	6131	-	Outra situação	282	-
Não	5825	95.0	Não	244	86.5
Sim	306	5.0	Sim	38	13.5
			Identificação NEE	282	-
			Não	168	59.6
			Sim	114	40.4

Nota: As questões utilizadas para a identificação dos grupos em estudo foram:

- 1) Tens algum problema de saúde ou deficiência que te impeça de fazer algumas coisas que os outros colegas da tua idade fazem? Resposta: Sim/Não;
 - Se sim assinala qual:
 - a. Doença Crónica? Resposta: Sim/Não;
 - b. Deficiência Motora? Resposta: Sim/Não;
 - c. Deficiência Sensorial? Resposta: Sim/Não;
 - d. Outra? Resposta: Sim/Não.

Na amostra 2, a proporção de jovens que assinalam a percepção de um problema de saúde ou deficiência, tendo em consideração o facto de ter ou não necessidades educativas especiais de carácter permanente, existe em ambos os grupos, em proporções distintas.

Considerando os jovens identificados com NEE, 34.4% referem ter um problema de saúde, 19% uma doença crónica, 4,8% uma deficiência motora, 14,9% uma deficiência sensorial, e 19% uma outra situação, enquanto que no grupo de jovens sem NEE, estes valores são muito inferiores, 9.6% afirmam ter um problema de saúde ou uma deficiência, 14% referem ter uma doença crónica, 1.8% uma deficiência motora, 4.4% uma deficiência sensorial e 5.3% uma outra situação (quadro 2).

Quadro 2 – Frequência e Percentagem de sujeitos incluídos na Amostra 2 em função do Problema de Saúde ou Deficiência percebido com e sem Necessidades Educativas Especiais (NEE).

<i>Percepção subjectiva de um(a):</i>	<i>Necessidades Educativas Especiais (N=282)</i>	
	<i>Sim (N=114)</i> N (%)	<i>Não (N=168)</i> N (%)
<i>Problema de saúde</i>	97 (34.4%)	27 (9.6%)
<i>Doença crónica</i>	32 (19.0%)	16 (14%)
<i>Deficiência motora</i>	8 (4.8%)	2 (1.8%)
<i>Deficiência sensorial</i>	25 (14.9%)	5 (4.4%)
<i>Outra situação</i>	32 (19.0%)	6 (5.3%)

Constata-se que não existe uma simultaneidade absoluta entre a identificação de necessidades educativas especiais e a resposta afirmativa face à percepção de um problema de saúde, de uma deficiência ou doença crónica. Esta situação, poderá ter algumas justificações. Assinalamos o facto das respostas que aqui apresentamos serem assentes na percepção subjectiva individual face à identificação de uma deficiência ou problema de saúde de cada participante.

Os dados sócio-demográficos observados, dizem respeito à distribuição em função da região, o género, ano de escolaridade, grupo etário e média de idades (anexo 1 quadro 1).

É possível verificar que a região Norte e região de Lisboa e Vale do Tejo, apresentam a maior percentagem dos indivíduos incluídos nesta amostra, correspondendo a 42.9% na

região Norte e a 30.7% na região de Lisboa e Vale do Tejo. Pelas características da amostra 2, que foi na totalidade constituída em escolas do Concelho de Almada todos os jovens são deste Concelho.

No que respeita o género, na amostra 1, aproximadamente metade (51%) são raparigas, enquanto na amostra 2 a proporção de rapazes é um pouco superior (61%).

Na amostra 1, no que respeita o ano de escolaridade, 38.6% frequentam o 6º ano, 35.6%, o 8º ano e, 25.8% o 10º ano. Observa-se que a maior proporção de jovens em função do ano de escolaridade na amostra 2, frequenta o 8º ano (56.7%), enquanto 23% frequenta o 10º ano e 20.2% frequenta o 6º ano.

No respeitante ao grupo etário, na amostra 1 a maior percentagem de indivíduos, situa-se no grupo com 13 anos (34%), seguindo-se o grupo com 15 anos (29.8%), o grupo com 11 anos (19.1%) e por fim o grupo com mais de 16 anos (17%).

Na amostra 2, a maior proporção de jovens, situa-se no grupo com 15 anos (46.2%), e no grupo com idades superiores a 16 anos (43.2%). O grupo com 13 anos, corresponde a aproximadamente 10% da amostra e o grupo com 11 anos tem uma proporção inferior a 1%. A média de idades, na amostra na amostra 1 é de 14 anos ($M=14$, $DP=1.8$) e na amostra 2 é ligeiramente superior ($M=15.4$, $DP=1.8$).

Relativamente ao grupo de identificação e nacionalidade (quadro 2 anexo 1), a grande maioria dos jovens, identifica-se como pertencendo ao grupo caucasiano “branco” nas duas amostras, sendo que 92.4% dos jovens afirma ser branco na amostra 1, enquanto que na amostra 2, esta percentagem é de 86.9 %. Em relação à nacionalidade, na amostra 1, 93.5% refere ser de nacionalidade portuguesa, sendo esta tendência similar para a nacionalidade do pai (92%) e da mãe (91.1%). Na amostra 2, 92.2% afirma ter nacionalidade portuguesa,

84.4% refere a nacionalidade portuguesa do pai e 84% refere a nacionalidade portuguesa da mãe.

Dos dados referentes ao nível financeiro, situação dos pais face ao emprego, situação profissional e nível de instrução (anexo 1, quadro 3), observamos que na amostra 1 aproximadamente metade dos jovens afirma ter um nível financeiro muito bom/bom (52%), 39 % tem um nível financeiro médio e 8% tem um nível financeiro mau ou muito mau, enquanto na amostra 2, somente 36% afirma ter um nível financeiro muito bom/bom, quase metade (48%) afirma que a família tem um nível financeiro médio e 15% refere um nível financeiro mau ou muito mau.

Quanto à situação face ao emprego do pai, na amostra 1, a quase totalidade dos jovens refere que o pai tem emprego (93.6%). Na amostra 2, 83.5% dos jovens refere que o pai tem emprego. A mesma tendência é observada nas respostas relativas ao emprego da mãe, sendo porém menor a percentagem de jovens que refere a mãe ter um emprego, 73.2% e 77.9% respectivamente na amostra 1 e 2.

No que respeita o estatuto profissional do pai e da mãe, em que se atribuiu um nível, numa escala de 5 níveis (de acordo com a classificação de Graffard a que o valor 1 corresponde ao nível mais elevado e o valor 5 o mais baixo), a maior percentagem de respostas, centra-se em ambas as amostras no nível 4, que corresponde ao segundo nível mais baixo da classificação profissional da Escala de Graffard, respectivamente na amostra 1 a 42.4% e na amostra 2 a 27.7% das respostas.

A mesma tendência, é observada no nível profissional da mãe, a que corresponde a maior percentagem de respostas no nível 4, 22.6% na amostra 1 e, 29,8% na amostra 2. Refira-se que, em 33.1% e 20.2%, respectivamente na amostra 1 e 2, a resposta não é classificável, isto é, a informação escrita pelo aluno não permitiu classificar o nível

profissional da mãe, verificando-se uma situação similar, numa percentagem de 16.2% e 18.8%, respectivamente na amostra 1 e 2, na classificação do estatuto profissional do pai.

No que respeita o nível de instrução do pai, a maior percentagem de respostas corresponde, ao 1º ciclo, respectivamente 44.5% na amostra 1 e 33.1% na amostra 2. O nível de instrução da mãe mais assinalado, corresponde ao 1º ciclo (43.4%) na amostra 1, e na amostra 2 corresponde ao 2º / 3º ciclo (33.8%).

Relativamente à percepção do bem-estar material em que se enquadram os itens que compõem o nível de afluência familiar (anexo 1 quadro 4), na amostra 1, aproximadamente metade dos jovens (49.3%) refere ter dois ou mais carros na família, e (42.8%) refere ter um carro. Na amostra 2, a maior percentagem de respostas, situa-se no grupo que afirma ter um só carro (44%) enquanto 40.8% refere ter dois ou mais carros. No que respeita à questão, ter quarto próprio, 71.8% refere ter um quarto só para si enquanto na amostra 2 esta percentagem é de 70.6%. A maior percentagem de respostas relativamente às viagens de férias com a família, na amostra 1, situa-se no grupo que refere fazer viagens de férias mais de duas vezes por ano (31.8%), sendo esta distribuição relativamente similar pelas restantes categorias de resposta, com valores percentuais próximos dos 20%. Na amostra 2, observa-se que a maior percentagem de jovens (29.4%) afirma fazer viagens de férias mais de duas vezes por ano com a família, sendo um pouco inferior a percentagem de jovens que afirma fazer viagens de férias uma vez por ano (26%), por sua vez, 20% afirma que fazer férias duas vezes por ano e 14% afirma que não faz viagens de férias com a família.

Aproximadamente metade dos jovens (48.8%), referem ter um computador em casa na amostra 1, enquanto 36.4% dos jovens, referem não ter computador em casa. Na amostra 2, aproximadamente metade dos jovens têm um computador em casa (53.3%), enquanto 22.7%, referem não ter nenhum computador, são ainda 18% os jovens aqueles que referem ter dois computadores e, 5.3% afirmam ter mais de dois computadores.

Relativamente ao nível de afluência familiar (FAS), valor obtido mediante o somatório dos 4 itens (transporte da família, quarto próprio, viagens de férias com a família, computador em casa), obtendo-se um valor baixo do alfa de Cronbach (.445), observa-se um nível de afluência familiar de $M= 4.21$; $DP 1.6$ e $M= 4.23$; $DP 1.7$, respectivamente na amostra 1 e 2). Tendo como base a transformação do nível de afluência familiar (FAS) numa escala ordinal com três níveis (baixo 0-3, médio 4-5 e alto 6-7), na amostra 1 aproximadamente metade dos jovens (47.3%) referem ter um nível de afluência médio, 28.1% um nível baixo e 24.6% um nível de afluência familiar alto. Na amostra 2, 38.3% dos jovens referem um nível de afluência familiar médio, 33.7% um nível baixo e 24.7% um nível alto.

No que respeita os itens relativos à percepção de saúde e bem-estar (percepção global de saúde, a percepção de felicidade, a satisfação com a vida) (quadro 5 anexo 1). Na amostra 1, aproximadamente metade dos jovens, referem ter uma boa saúde (54.1%), 26.1% referem ter uma saúde excelente, 18.9% referem ter uma saúde razoável e somente 0.9% dos jovens afirmam ter uma saúde má. Na amostra 2, a maior percentagem de respostas (48.2%), é referente aos jovens que afirmam ter uma boa saúde, enquanto 30.5% afirmam ter uma saúde excelente, 18.1% uma saúde razoável, e por fim somente 3.2% afirmam ter uma saúde má.

Na amostra 1, um pouco mais de metade dos jovens afirma sentir-se feliz (53.6%), 29.4% referem sentir-se muito felizes, 14% afirmam sentirem-se pouco felizes, e por fim 3.1% sentem-se infelizes. Na amostra 2, 52,7% dos jovens afirmam sentirem-se felizes, 26.5% afirmam sentirem-se muito felizes, 15.1% pouco felizes e, 5.7% afirmam sentirem-se infelizes. Em relação à satisfação geral com a vida, passamos a descrever as frequências das respostas nos itens que compõem esta escala. Um pouco menos de metade (46.3%) na amostra 1, e na amostra 2 (42.8%), afirmam gostar como as coisas correm às vezes, 4.8% na amostra 1 e 7.9% na amostra 2 afirmam nunca gostar como as coisas correm, e

aproximadamente $\frac{1}{4}$ dos jovens referem gostar como as coisas correm (quase sempre), respectivamente, 22.8% na amostra 1 e, 23.7% na amostra 2. A percentagem de jovens que afirma gostar sempre como as coisas correm corresponde a aproximadamente um quarto da amostra 1 (26%) e, na amostra 2 (25.5%).

Na amostra 1, 35.8% dos jovens, afirmam que a vida corre sempre bem, enquanto 34% dos jovens, afirmam que a vida corre bem às vezes, 27.5% afirmam que vida corre quase sempre bem e por fim, 2.7% afirmam que a vida nunca corre bem. Na amostra 2, 37.1% dos jovens, afirmam que a vida às vezes corre bem, 31.3% dos jovens afirmam que a vida corre quase sempre bem, 28.8% afirmam que a vida corre sempre bem e 2.9% afirmam que a vida nunca corre bem.

Na amostra 1, um pouco menos de metade dos jovens (43.5%) refere que às vezes gostaria de mudar coisas na vida, aproximadamente um quarto dos jovens (25.7%) afirmam querer mudar coisas na vida (sempre), 20.9% afirmam que quase sempre gostariam de mudar coisas na vida e, 9.7% referem que nunca gostariam de mudar coisas na sua vida. Na amostra 2, 39.2% afirmam querer mudar coisas na vida (às vezes), 26.6% sempre, 22.3% quase sempre e, 11.9% afirmam nunca querer mudar coisas na vida.

Na amostra 1, 38.1% dos jovens, afirmam que às vezes, desejam um tipo de vida diferente, enquanto 32.5% dos jovens afirmam que nunca desejam um tipo de vida diferente, 16.4% sempre e, 13% desejam quase sempre um tipo de vida diferente. Na amostra 2, sendo a distribuição relativamente similar, 36.3% desejam um tipo de vida diferente, às vezes, 28.4% nunca, 19.1% sempre e, 16.2% desejam quase sempre um tipo de vida diferente.

A percentagem de jovens que consideram ter sempre uma boa vida, é para a amostra 1, 43%, enquanto aproximadamente um quarto dos jovens, afirmam ter uma boa vida, quase sempre (28.4%), às vezes (25.2%) e somente, 3.2% afirmam nunca ter uma vida boa.

Na amostra 2, 36.2% referem ter sempre uma vida boa, enquanto 29.7% afirmam ter uma vida boa nas modalidades de resposta às vezes ou quase sempre e, 4.3% afirmam nunca ter uma vida boa.

Na amostra 1, aproximadamente 40% dos jovens referem que às vezes se sentem bem com o que lhes tem acontecido, enquanto aproximadamente um quarto dos jovens afirmam que se sentem bem com o que lhes tem acontecido, quase sempre (27.1%), ou sempre (27.2%), e somente 5.7% dos jovens afirmam nunca se sentir bem com o que lhes tem acontecido. Na amostra 2, a tendência das proporções de respostas nas modalidades é similar, sendo que 39%, afirmam que se sentem bem (às vezes) com o que lhes acontece, 31.4% sentem-se quase sempre bem com o que lhes acontece, 22% sentem-se sempre bem com o que lhes acontece, e 7.6% referem nunca se sentir bem com o que lhes tem acontecido.

No que respeita ao somatório dos itens que compõem a percepção de satisfação global com a vida (Huebner, 1991), as médias obtidas são relativamente próximas, correspondendo na amostra 1 (M =16.7, DP 3.8) e na amostra 2 (M =16.2, DP 3.9), valores que se encontram um pouco acima do percentil 50. Relativamente à percepção de satisfação com a vida, “*Escada de Cantril*” (Cantril, 1965), o valor da média obtido (M = 7.36, DP=1.9 na amostra 1; M = 7.08, DP=2.1 na amostra 2), permite-nos considerar que os jovens referem uma satisfação global positiva em ambas as amostras.

O ajustamento psicossocial, de acordo com os itens que descrevem o conjunto de sintomas físicos e psicológicos, na maioria das respostas, corresponde genericamente a uma percepção de bem-estar positiva (quadro 6 anexo 1). Na amostra 1, no que respeita os sintomas físicos, a maior proporção dos jovens, responde à afirmação nunca ou raramente ter sintomas físicos, respectivamente nunca ter dores de cabeça (64.1%), nunca ter dores de estômago (78.2%), nunca ter dores de costas (61.9%), nunca ter dores de ombros e pescoço (65%) e nunca ter cansaço ou exaustão (35.1%). Observando os mesmos itens no que respeita

a proporção que assinala ter quase todos os dias sintomas físicos, a maior proporção surge no item sentir-se cansado ou exausto (16.8%), sendo as outras percentagens inferiores, respectivamente, 6.7% dores de costas, 6.4% dores de cabeça, 5.4% dores de pescoço e ombros e 2.2% dores de estômago.

Em relação aos sintomas psicológicos, a maior percentagem de respostas, é da mesma forma referente às modalidades de respostas mais positivas, isto é os jovens referem nunca ou raramente sentirem-se deprimidos (56.1%), terem dificuldades em adormecer (71.1%), sentirem-se irritados (46%), sentirem-se nervosos (37%), sentirem-se com medo (74.2%) ou terem tonturas (83.7%). Inversamente, a proporção de jovens que afirmam ter sintomas psicológicos quase todos os dias, corresponde a percentagens baixas, respectivamente, sentirem-se nervosos (11.3%), terem dificuldades em adormecer (8.3%), estarem deprimidos (7%), estarem irritados (6.1%); terem medo (5.5%); e terem tonturas (2.4%) quase todos os dias.

Na amostra 2, em relação aos sintomas físicos, a maior proporção dos jovens que afirmam nunca ou raramente ter sintomas negativos, corresponde às seguintes percentagens: dores de cabeça (67.4%), dores de estômago (76.7%), dores de costas (61.6%), dores de ombros e pescoço (63.4%), sendo esta tendência inferior no item correspondente à sensação de cansaço ou exaustão, em que somente 29.7% dos jovens, afirmam nunca ou raramente se sentirem cansados.

Na amostra 2, no que respeita aos sintomas psicológicos, a maior percentagem de respostas, é referente a raramente ter sintomas, isto é, os jovens referem nunca ou raramente sentirem-se deprimidos (61.2%), terem dificuldades em adormecer (66.7%), sentirem-se irritados (43%), sentirem-se nervosos (39.6%), sentirem-se com medo (73.7%) ou com tonturas (81.5%). A proporção de jovens que afirmam ter sintomas quase todos os dias, corresponde a, sentirem-se nervosos (13.3%), terem dificuldades em adormecer (11.8%),

estarem deprimidos (10.4%), estarem irritados (7.9%), terem medo (5.8%), e terem tonturas (2.2%).

Do somatório dos itens relativos aos sintomas físicos e psicológicos, anteriormente descritos, que constitui uma medida associada ao conjunto de queixas físicas e psicológicas, corresponde uma média na amostra 1 de $M = 45.7$, $DP = 7.61$, e na amostra 2 de $M = 44.8$, $DP = 7.75$.

No que respeita as percepções da experiência e suporte na escola (quadro 7 anexo 1), na amostra 1, um pouco mais de três quartos dos jovens (76.7%), referem gostar da escola e mais de três quartos (86%) consideram ter uma capacidade escolar boa ou média.

No que respeita o facto de ficarem sozinhos na sua escola, 73.1% afirmam nunca ficar sozinhos e 23.4% afirmam que às vezes ficam sozinhos na escola. Uma proporção muito reduzida, 3.5%, dos jovens afirmam que ficam sozinhos na escola uma vez por semana ou mais. A grande maioria dos jovens (86.2%), considera que os professores os ajudam quando precisam e que se interessam por eles. Similarmente, a maioria dos jovens concorda fortemente ou concorda que os colegas são simpáticos e prestáveis (79.2%), e concordam fortemente ou concordam, com a afirmação relativa ao facto de se sentirem aceites pelos colegas (86.5%).

Relativamente à percepção do problema de saúde, afectar a participação nas actividades escolares, 9.7% dos jovens, afirmam que o problema de saúde ou deficiência afecta a sua participação na escola. Na amostra 2, as percepções face ao contexto escolar, apresentam uma tendência de respostas positivas para a maioria dos jovens de forma similar, sendo que aproximadamente três quartos dos jovens (74.8%) referem gostar da escola, e afirmam ter uma capacidade escolar boa ou média (75.4%). Nesta questão, 16% referem ter uma capacidade escolar inferior à média e, 8.7% afirmam ter uma capacidade escolar

superior à média. No que respeita, ficarem sozinhos na sua escola, 71.7% dos jovens afirmam nunca ficarem sozinhos e 23.2% afirmam que às vezes ficam sozinhos na escola. Uma proporção reduzida, 5.1% afirma ficar sozinho na escola, pelo menos, uma vez por semana ou mais.

Assinala-se que um pouco menos de três quartos dos jovens (72.9%) referem que os professores os ajudam quando precisam, e um pouco mais de metade dos jovens (54.7%) considera que os professores se interessam por eles. Um pouco mais de três quartos dos jovens, concordam/concordam fortemente que os colegas são simpáticos e prestáveis (79.2%), enquanto 13.6%, discorda/discorda fortemente desta afirmação. A maioria, concorda/concorda fortemente que os colegas o aceitam, sendo que somente 8.6% discordam/discordam fortemente desta afirmação. Relativamente à percepção do problema de saúde afectar a participação nas actividades escolares, 11.7% dos jovens concorda com a afirmação.

Relativamente aos comportamentos sociais (quadro 8 anexo 1), na amostra 1, a maior proporção de jovens refere, que é capaz de defender os seus direitos (66.2%), dizer não (65.5%), dizer o que sente (53.6%), manter opinião nas discussões (58%), e livrar-se de situações que não agradam (muitas vezes) (47.7%). Na amostra 2, a maior proporção de jovens, assinala similarmente que são capazes de defender os seus direitos (65.5%), dizer não (66.5%), dizer o que sentem (52.2%), manter opinião nas discussões (59.7%), e livrar-se de situações que não agradam (muitas vezes) (53.2%).

No que diz respeito a percepção das relações com a família e pares (quadro 9 anexo 1), na amostra 1 um pouco mais de metade (57.7%), considera fácil/muito fácil falar com o pai, 35.6% considera difícil/muito difícil falar com o pai e 6.7%, refere que não tem ou não vê o pai. Uma grande maioria (79.6%), considera fácil ou muito fácil falar com a mãe, 16.7% refere que é difícil ou muito difícil falar com a mãe e 3.6%, afirma que não tem ou não vê a

mãe. No que respeita a comunicação com os pares, a grande maioria (90%), refere que é fácil ou muito fácil falar com o melhor amigo, enquanto 7%, refere que é difícil ou muito difícil falar com o melhor amigo, e somente 3%, refere que não tem ou não vê o melhor amigo. Relativamente à facilidade em falar com os amigos do mesmo sexo, a grande maioria (85.9%), afirma que é fácil ou muito fácil falar com amigos do mesmo sexo, 11.4% refere que é difícil/muito difícil e, 2.7% refere que não tem ou não vê o amigo do mesmo sexo. No que respeita a facilidade em falar com amigos do sexo oposto, esta proporção é um pouco inferior, sendo que, um pouco mais de metade dos jovens (63%), refere ser fácil ou muito fácil falar com amigos do sexo oposto, 32.1% afirmam ser difícil ou muito difícil falar com amigos do sexo oposto e, 4.8% afirmam não ter ou não ver os amigos do sexo oposto.

O número de amigos íntimos, para a grande maioria dos jovens (82.6%), é de dois ou mais ou mais amigos, enquanto 12.4% afirmam ter um amigo e, 5.1% dos jovens referem não ter amigos íntimos. Similarmente o número de amigas íntimas, é de duas ou mais para 88.4% dos jovens, 9% dos jovens, afirmam ter uma amiga e 2.6% dos jovens afirmam, não ter amigas íntimas.

Em relação ao número de dias que ficam com os amigos após terminarem as aulas, um pouco menos de metade (43.7%), diz ficar um a três dias com os amigos após as aulas, 40.6% afirma ficar quatro ou mais dias com os amigos após as aulas e 15.7% nunca fica com os amigos após as aulas. Aproximadamente metade dos jovens (53.6%), refere que não sai à noite com os amigos, enquanto 31.7%, afirma que sai à noite um a três dias por semana com os amigos, e 9.3%, sai quatro ou mais dias por semana com os amigos.

Na amostra 2, no que diz respeito a percepção da qualidade das relações com a família e pares, um pouco mais de metade (55.4%), considera fácil/muito fácil falar com o pai, 31.4% considera difícil/muito difícil falar com o pai e 13.3%, refere que não tem ou não vê o pai. Aproximadamente três quartos (75.5%), consideram fácil ou muito fácil falar com a mãe,

19%, referem que é difícil ou muito difícil falar com a mãe e 5.6%, afirma que não tem ou não vê a mãe. No que respeita a comunicação com os pares, a grande maioria (84.5%), refere que é fácil ou muito fácil falar com o melhor amigo, enquanto 7.6%, refere que é difícil ou muito difícil falar com o melhor amigo e 8%, refere que não tem ou não vê o melhor amigo.

Relativamente à facilidade em falar com os amigos do mesmo sexo, a maioria (78.2%) afirma que é fácil ou muito fácil falar com amigos do mesmo sexo, 19.2% refere que é difícil/muito difícil e 2.7% refere que não tem ou não vê o amigo do mesmo sexo.

No que respeita a facilidade em falar com amigos do sexo oposto, esta proporção é um pouco inferior, sendo que, um pouco mais de metade dos jovens (61.5%), refere ser fácil ou muito fácil falar com amigos do sexo oposto, 32.3% afirma ser difícil ou muito difícil falar com amigos do sexo oposto e 6.2%, afirma não ter ou não ver os amigos do sexo oposto.

O número de amigos íntimos, para a grande maioria dos jovens (84.4%), é de dois ou mais ou mais amigos, enquanto 9.4%, afirma ter um amigo e 6.2% dos jovens, refere não ter amigos íntimos. Similarmente, o número de amigas íntimas é de duas ou mais para 84.4% dos jovens, 9.3% dos jovens, afirmam ter uma amiga e 6.3% dos jovens, afirmam não ter amigas íntimas.

Em relação ao número de dias que ficam com os amigos após terminarem as aulas, um pouco menos de metade (42.6%), afirma ficar quatro ou mais dias com os amigos após as aulas, 41.5% afirma que fica um a 3 dias após as aulas com os amigos e 15.9%, afirma que nunca fica com os amigos após as aulas.

Um pouco mais de metade dos jovens (56.5%), refere que nunca sai à noite com os amigos, 40.6% afirma que sai à noite um a três dias por semana com os amigos, e 2.9% refere que sai quatro ou mais dias por semana com os amigos.

Relativamente à prática de actividades desportivas e de tempos livres (quadro 10 anexo 1), na amostra 1, cerca de metade dos jovens (49,5%) pratica actividade física três vezes por semana ou mais, 36,1% pratica actividade física menos de três vezes por semana, 10,3%, pratica actividade física todos os dias e 4,1%, nunca pratica actividade física.

Na amostra 1, as actividades desportivas referidas como as mais praticadas pelos jovens são o futebol (47,5%), seguindo-se por ordem decrescente o basquetebol (18,5%), a ginástica (18,3%), o voleibol (17,3%), natação (14,3%), outra (14%), ciclismo/BTT (12,4%), andebol (9,9%) e o atletismo (8%).

Na amostra 2, um pouco menos de metade dos jovens (44,6%) pratica actividade física, menos de 3 vezes por semana, 40,6% pratica actividade física três vezes por semana ou mais, 10,5% pratica actividade física todos os dias e 4,3% nunca pratica actividade física.

Na amostra 1, as actividades desportivas mais praticadas são o futebol (47,5%) seguindo-se com uma percentagem mais baixa a ginástica (18,3%) e o baquetebol (18,5%). Na amostra 2 as actividades desportivas referidas como as mais praticadas, seguindo uma ordem um pouco distinta, são o futebol (33,8%), a ginástica (20,6%), outra (17,3%), o voleibol (9%), natação (7,9%), atletismo (6,1%), andebol (5,8%), basquetebol (5,1%) e o ciclismo/BTT (3,6%).

Relativamente à realização de actividades nos tempos livres, (quadro 11 anexo 1), iremos assinalar somente as actividades com uma proporção de respostas mais elevada, em cada uma das amostras, podendo observar-se no quadro em anexo as restantes frequências.

Na amostra 1, as actividades assinaladas por mais de 80% dos jovens são: ir à praia na primavera e verão (90,9%), estar com amigos (89,9%), conversar com os amigos na primavera e verão (89,4%), ouvir música na primavera e verão (86,9%) e praticar desporto em grupo na primavera e verão (84,1%). Na amostra 2, a maior percentagem de respostas

corresponde às seguintes actividades: ir à praia (91.3%), conversar com os amigos (90,2%), ouvir música (88,4%), estar com amigos (86.91%) na primavera e verão.

De seguida, passamos a descrever as frequências de respostas relativas ao conjunto de comportamentos de saúde estudados (quadro 12 anexo 1).

Na amostra 1, a maioria dos jovens (81%), refere que não fuma, enquanto 8.5% refere que fuma todos os dias, 5.6% afirma fumar menos de uma vez por semana e 4.5% fuma pelo menos uma vez por semana. Aproximadamente 3/4 dos jovens (75.5%), referem que nunca ficaram embriagados e a grande maioria dos jovens (93.4%), refere não ter consumido drogas no último mês. Relativamente à questão sobre relações sexuais, um pouco mais de 3/4 (76.4%) dos jovens refere não ter tido relações sexuais, sendo a percentagem (76.3%) de jovens que refere nunca ter tido relações sexuais na questão relativa ao uso de preservativos, enquanto que dos restantes jovens, 16.6% afirmam usar preservativo e 7.1% afirmam não usar preservativos.

São aproximadamente dois terços os jovens (63.1%), que referem não terem estado envolvidos em lutas no último mês, 16.6% referem ter estado envolvidos em lutas uma a três vezes no último mês e 20.4%, afirmam ter estado envolvidos em lutas no último mês.

Aproximadamente metade dos jovens (50.7%), referem nunca ter sido provocados, sendo menos de metade (41.6%) aqueles que referem ter sido provocados entre uma vez no período a uma vez na semana, enquanto 7.7% afirma ter sido provocado várias vezes na semana. Um pouco mais de metade (63.4%), referem não ter provocado os seus colegas, e aproximadamente um terço (32.6%) referem ter provocado os colegas uma vez no período a uma vez na semana, 4% afirma ter provocado os colegas várias vezes na semana.

Na amostra 2, a maioria dos jovens (89.2%), refere que não fuma, enquanto 4.3% refere que fuma todos os dias, 3.6% afirma fumar menos de uma vez por semana e 2.9%

fuma pelo menos uma vez por semana. Um pouco mais de três quartos dos jovens (77.2%), referem que nunca ficaram embriagados e a grande maioria dos jovens (97.1%) referem não ter consumido drogas no último mês. Um pouco mais de três quartos (78.4%) dos jovens, referem não ter tido relações sexuais, sendo este valor ligeiramente mais elevado (80.1%) na questão relativa ao uso do preservativo, 14.7% afirmam usar preservativo e 5.1% afirmam não usar preservativo.

Um pouco mais de dois terços os jovens (69.7%), referem não terem estado envolvidos em lutas no último mês., 19.9% referem ter estado envolvidos em lutas, uma a três vezes no último mês, e 10.5% afirmam ter estado envolvidos em lutas no último mês.

Aproximadamente metade dos jovens (50.7%) referem nunca ter sido provocados, sendo um pouco menos (39.6%), aqueles que referem ter sido provocados entre uma vez no período a uma vez na semana, enquanto 9.7% afirmam ser provocado várias vezes na semana. Um pouco mais de metade (63.2%), referem não ter provocado os seus colegas, cerca de um terço dos jovens (31.4%), referem ter provocado os colegas, uma vez no período a uma vez na semana, enquanto 5.4%, afirmam ter provocado os colegas várias vezes na semana.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS BIVARIADOS - AMOSTRA 1 E 2

O tratamento estatístico dos dados, tendo como objectivo a análise bivariada, foi realizado tendo em conta o cruzamento das variáveis apresentadas na descrição univariada com a percepção de um problema de saúde ou deficiências e adicionalmente na amostra 2 em função da identificação de NEE e a percepção de incapacidades, forma a verificar a existência de relações de dependência entre as variáveis em estudo (Pestana & Gajeiro, 1998).

Para este estudo foi utilizado o teste de Qui – quadrado (χ^2) (exceptuando as variáveis sócio-demográficas em que serão somente apresentadas as frequências por cada grupo), por forma a verificar a relação de dependência, mediante o estudo do grau de associação dos resíduos ajustados estandarizados.

O teste T de Student foi utilizado de forma a testar se as médias amostrais obtidas nas variáveis originais quantitativas e nas variáveis transformadas, são ou não significativamente distintas. Reforçamos o facto de que somente na amostra 1, sendo esta aleatória, os resultados poderão ser inferidos para o universo populacional em estudo.

Os quadros totais, tal como na descrição anterior, serão apresentados em anexo (anexo 1), onde se descrevem as percentagens observadas para as modalidades das variáveis consideradas, o valor do χ^2 , graus de liberdade e nível de significância.

Os quadros são construídos em função das dimensões em análise, aspectos sócio-demográficos, sócio-económicos, percepção de saúde, sintomas, satisfação, felicidade e bem-estar, relações de suporte, participação em actividades desportivas e de lazer e comportamentos de saúde/risco em função da associação com as variáveis identificadoras da percepção de um problema de saúde ou deficiência.

Na amostra 2, os resultados da análise bivariada são adicionalmente apresentados em função da identificação de Necessidades Educativas Especiais e das percepções de incapacidades relacionadas com as restrições à participação.

ANÁLISE COMPARATIVA DAS PERCEPÇÕES DE SAÚDE EM JOVENS COM E SEM UM PROBLEMA DE SAÚDE, DOENÇA CRÓNICA, DEFICIÊNCIA MOTORA, DEFICIÊNCIA SENSORIAL OU OUTRA SITUAÇÃO - AMOSTRA 1

De seguida apresenta-se uma descrição dos grupos com e sem um problema de saúde e deficiências, no que diz respeito o género, idade, ano de escolaridade e região, assinalando as distribuições nos grupos definidos em função da percepção de um problema de saúde, doença crónica, deficiência sensorial, deficiência motora ou outra situação e respectivos grupos de comparação que correspondem aos jovens que não responderam afirmativamente nestas questões (quadro 13 anexo1).

Ao comparar os grupos incluídos na amostra 1, no grupo de jovens que reportam um problema de saúde ou deficiência, existe um número de jovens do sexo masculino (49.1%) que representa uma percentagem um pouco superior ao grupo de jovens sem um problema de saúde (48.5%). Contudo a distribuição em função do género é muito similar em ambos os grupos, isto é, as raparigas correspondem a um pouco mais de metade em ambas as amostras, nomeadamente, 51.5% no grupo de jovens sem um problema de saúde e 50.9% no grupo de jovens que referem ter um problema de saúde.

Ao observarmos a distribuição pelo gênero nos restantes grupos constituídos em função da percepção de ter ou não uma doença crónica, deficiência motora, sensorial ou outra situação, esta distribuição é distinta. No grupo de jovens com doença crónica, 55.1% são rapazes, enquanto no grupo sem doença crónica, um pouco menos, 48.7% são rapazes. No grupo de jovens com deficiência motora, três quartos são rapazes (74%), no grupo que não assinala ter uma deficiência motora somente 48.6% são rapazes. No grupo de jovens com uma deficiência sensorial, a tendência da percentagem de raparigas é aproximadamente metade, isto é, 50.9% são raparigas no grupo sem deficiência sensorial, no grupo com deficiência sensorial, um pouco mais de metade, 53.2% são raparigas. No grupo que assinala uma outra situação 50.7% são rapazes, enquanto no grupo sem outra situação um pouco menos de metade, 48.9% são rapazes.

Tendo em consideração a percentagem de jovens em função da distribuição pelos grupos etários, as maiores diferenças são observadas no grupo com 13 anos, em que a percentagem de jovens neste grupo etário é superior para os jovens que apontam ter uma doença crónica (40.4%), deficiência motora (50.0%) e deficiência sensorial (42.4%), em comparação com os grupos de jovens que não referem ter uma destas deficiências. Esta percentagem é ainda tendencialmente inferior no grupo com 15 anos, para os jovens que referem ter uma doença crónica (24.7%), deficiência motora (17.0%), deficiência sensorial (22.0%) e outra situação (24.5%) quando comparada a frequência dos jovens sem uma destas deficiências. Assinala-se ainda uma percentagem tendencialmente inferior nos grupos de jovens que referem ter uma doença crónica (14.9%), deficiência motora (11.0%), e outra situação (16.0%) no grupo com 16 anos em comparação com a percentagem de jovens neste grupo etário sem uma deficiência crónica (17.3%) , motora (17.3%) ou outra situação (17.3%).

Ao observar a distribuição segundo o ano de escolaridade, observa-se uma tendência de distribuição pelos anos de escolaridade similar nos grupos de jovens com e sem um problema de saúde, sendo a maior proporção de jovens aqueles que frequentam o 6º ano de escolaridade em ambos os grupos com e sem uma deficiência, respectivamente 37.8% no grupo sem um problema de saúde e 40.8% no grupo com um problema de saúde. Esta tendência é similar no grupo de jovens com e sem uma doença crônica, em que, 43.8% dos jovens com doença crônica frequentam o 6º ano e 38.3% de jovens sem doença crônica frequentam o 6º ano. Observam-se diferenças na distribuição, em função da percepção de uma deficiência motora, sendo que a percentagem de jovens que frequenta o 6º ano é bastante superior no grupo que afirma ter uma deficiência motora (66.0%) em comparação com a percentagem de jovens sem deficiência motora que frequenta o 6º ano (38.2%). Ao contrário, a percentagem de jovens com deficiência motora que afirma frequentar o 10º ano (11.0%) é bastante inferior em comparação com a percentagem de jovens sem deficiência motora que frequenta o 10º ano (26.0%). No grupo de jovens com deficiência sensorial, 50.4% afirma frequentar o 6º ano, sendo esta percentagem inferior (38.1%) no grupo de jovens sem uma deficiência sensorial. No 10º ano, são mais os jovens sem uma deficiência sensorial que o frequentam (26.1%) em comparação com a percentagem de jovens com uma deficiência sensorial neste nível de escolaridade (17.6%).

Estas diferenças na distribuição são também observadas no grupo de jovens que referem ter uma outra situação, existindo mais jovens com uma outra situação que referem frequentar o 6º ano (45.4%), quando comparados com a percentagem de jovens que não tem uma outra situação de deficiência (38.3%).

No que respeita a distribuição dos jovens pelas regiões do país observa-se que a maior percentagem de jovens que refere ter um problema de saúde, doença ou deficiência pertence à região do Norte (40.1%), e comparativamente com o grupo que não refere um problema de

saúde a Região de Lisboa e Vale do Tejo é aquela em que proporcionalmente se observa uma percentagem maior de jovens que referem ter um problema de saúde (34.4%). Esta tendência é similar para os restantes grupos de jovens que referem ter uma doença crónica (33.1%), deficiência motora (32.0%), deficiência sensorial (32.0%). Apesar de em todos os grupos a maior percentagem corresponder aos jovens que referem ser da região Norte, oscilando os valores percentuais entre 40.1% (problema de saúde) e 50% (deficiência motora), esta percentagem é comparativamente superior nos jovens reportando uma deficiência motora (50.0%) e uma deficiência sensorial (43.2%).

Em relação à idade, mediante a comparação das médias de idades obtidas, observa-se que as médias oscilando entre os 13 e 14 anos, são tendencialmente superiores nos grupos de jovens com um problema de saúde ou deficiência. Esta diferença nas médias de idades é significativa somente no grupo de jovens que referem ter uma deficiência motora, sendo este grupo mais novo quando comparado com o grupo de jovens sem deficiência motora. Nos restantes grupos a média de idades, é inferior, apesar de não significativa (quadro 14, anexo 1).

De seguida, apresentam-se os dados sócio-demográficos, nos quais se inclui a distribuição em função do grupo de identificação, nacionalidade do jovem e dos pais (quadro 15 anexo 1).

Quanto ao grupo de identificação e nacionalidade reportada pelos jovens, observam-se diferenças na distribuição dos grupos com e sem um problema de saúde e/ou deficiência. Quando questionados sobre o grupo de identificação, os jovens assinalam em menor proporção pertencer ao grupo de etnia “branco”, sendo porém esta percentagem correspondente a uma grande maioria em ambos os grupos, respectivamente, no grupo com problemas de saúde (88.0%), com doença crónica (87.4%), com deficiência motora (67.0%), com deficiência sensorial (86.4%) e com outra situação (84.5%), sendo a tendência de

resposta similar para a maioria dos jovens em ambos os grupos com e sem um problema de saúde ou deficiências. O grupo em que se verifica uma maior diferença, é nos jovens que referem uma deficiência motora (67%) em comparação com os jovens sem uma deficiência motora (92.8%). No que respeita a nacionalidade, a maioria refere ter nacionalidade portuguesa, sendo que os jovens com um problema de saúde ou deficiência referem em menor proporção ter nacionalidade portuguesa, 90.4% no grupo com um problema de saúde e doença crónica, 72.3% no grupo com deficiência motora, 89.5% no grupo com deficiência sensorial e 87.6% com uma outra situação.

Esta tendência é similar nas respostas obtidas no que respeita a nacionalidade de ambos os pais, isto é, existe uma proporção inferior de jovens com um problema de saúde ou com uma deficiência que referem a nacionalidade portuguesa dos pais, correspondendo a 87.8% no grupo com um problema de saúde, 90.5% com uma doença crónica, 79.6% com uma deficiência motora, 85.9% com uma deficiência sensorial e 87.2% com uma outra situação. Quando comparados os grupos com e sem um problema de saúde ou deficiências, a percentagem de jovens que referem ter outra nacionalidade é superior nos grupos com um problema de saúde (9.6%), com doença crónica (9.6%), com deficiência motora (27.7%), deficiência sensorial (10.5%) e com outra situação (12.4%).

Da mesma forma, sendo a nacionalidade portuguesa maioritariamente referida por todos os jovens, verifica-se que a percentagem de jovens que refere outra nacionalidade do pai, é superior nos grupos de jovens que afirmam ter um problema de saúde (12.2%), doença crónica (9.5%), deficiência motora (20.4%), deficiência sensorial (14.1%) e outra situação (12.8%), quando comparados com os jovens sem um problema de saúde ou deficiências. A nacionalidade da mãe é também proporcionalmente mais assinalada como sendo outra diferente da portuguesa, pelos jovens com um problema da saúde (14.5%), doença crónica

(13.3%), deficiência motora (24.2%), deficiência sensorial (12.6%) ou outra situação (17.0%).

A distribuição relativa ao nível financeiro percebido, profissão e nível de instrução dos pais apresenta algumas diferenças nas percentagens observadas em função da percepção de um problema de saúde ou deficiências, que passamos de seguida a assinalar (quadro 16 anexo 1).

Aproximadamente metade dos jovens, em todos os grupos, afirmam ter um nível financeiro muito bom/bom, sendo que estes valores percentuais oscilam entre 45.7% a 53.7%. A percentagem de jovens que percepcionam um fraco nível financeiro (bastante mal/não muito bem) é tendencialmente superior nos grupos de jovens com um problema de saúde ou deficiências, respectivamente, no grupo com um problema de saúde (15.2%), doença crónica (13.9%), deficiência motora (14.1%), deficiência sensorial (14.1%) e outra situação (13.8%). Nos grupos de comparação sem um problema de saúde ou deficiências estas percentagens oscilam entre os 7.2% e 8.1%. Estas diferenças são observadas da mesma forma no que respeita a modalidade de resposta mais positiva (muito bem/bem), sendo esta inferior nos grupos de jovens que referem ter um problema de saúde (45.3%), uma doença crónica (47.4%), deficiência motora (50.5%), deficiência sensorial (49%) ou outra situação (45.7%).

Os jovens referem que a maioria dos pais tem emprego, sendo esta percentagem ligeiramente inferior nos grupos de jovens que reportam um problema de saúde (92.1%), doença crónica (90.9%), deficiência motora (89.9%), outra deficiência (92.1%), exceptuando-se o grupo de jovens que refere ter uma deficiência sensorial em que esta percentagem é ligeiramente superior (94.2%) em comparação com o grupo sem deficiência sensorial (93.6%). O grupo onde comparativamente esta diferença é maior, corresponde aos jovens com uma deficiência motora. No que respeita o facto da mãe ter emprego, a tendência de resposta é similar, apresentando contudo valores percentuais mais baixos. Observa-se que

menos jovens com um problema de saúde (71.1%), doença crónica (69.8%), deficiência motora (70.8%), deficiência sensorial (72.6%) e outra situação (72.2%) referem que a mãe tem um emprego, apesar destas percentagens se apresentarem com valores muito próximos em ambos os grupos com e sem um problema de saúde ou deficiências.

A distribuição das respostas pelos níveis de estatuto social são relativamente similares em ambos os grupos com e sem um problema de saúde ou deficiências. Enfatizamos os valores percentuais no nível quatro, (segundo nível mais baixo do estatuto social-profissão do pai), mais elevados nos jovens com deficiência motora (47%) e com deficiência sensorial (45.2%). Ainda no que respeita o estatuto social em função da profissão do pai, a percentagem de jovens com um problema de saúde (18.9%), doença crónica (20.8%), deficiência motora (24.0%), deficiência sensorial (20.0%) e outra situação (18.6%) enquadrada na modalidade de respostas não classificáveis é superior quando comparada com os grupos de jovens sem um problema de saúde ou deficiências.

No que respeita o estatuto social/profissão da mãe, assinalam-se valores percentuais elevados, superiores a 30% nas respostas não classificáveis em todos os grupos, sendo estas percentagens tendencialmente superiores nos grupos de jovens que referem ter um problema de saúde (34.7%), doença crónica (35.7%), deficiência motora (39%), deficiência sensorial (34.4%) ou outra situação (35.0%). A modalidade de respostas em que se verifica a maior percentagem de respostas é o nível quatro, correspondendo a aproximadamente um quarto das respostas, sendo que os jovens com um problema de saúde (23.4%), doença crónica (25.8%), deficiência sensorial (22.8%) e outra situação (23.5%) representam um valor percentualmente superior aos grupos sem um problema de saúde ou deficiências.

Relativamente ao nível de instrução do pai, um pouco menos de metade dos pais estudou até ao primeiro ciclo, correspondendo aos seguintes valores percentuais, problema de saúde (44.9%), doença crónica (38.8%), deficiência motora (45.5%), deficiência sensorial

(48.0%), e outra situação (46.0%), valores muito próximos em comparação com os grupos sem um problema de saúde deficiências. Sendo a percentagem de jovens que refere o pai estudar até ao 2º e 3º ciclo um pouco inferior nos jovens que reportam um problema de saúde (23.6%), uma doença crónica (26.4%), uma deficiência motora (23.2%), uma deficiência sensorial (27.2%), e outra situação (24.5%), verifica-se uma percentagem ligeiramente superior de jovens em que o pai frequentou o ensino superior no grupo de jovens com um problema de saúde (15.1%), doença crónica (15.7%), e outra situação (11.6%), bem como uma percentagem ligeiramente superior de jovens que assinalam o pai nunca ter estudado, nos grupos com um problema de saúde (3%), doença crónica (4.9%), deficiência motora (13%), deficiência sensorial (4.5%) e outra situação (2.3%). Nesta modalidade assinalamos a diferença quatro vezes superior no grupo de jovens com deficiência motora em comparação com os jovens sem deficiência motora.

No que diz respeito o nível de instrução da mãe, a maior percentagem de respostas diz respeito ao nível de 1º ciclo de instrução da mãe. Esta tendência é ligeiramente inferior nos grupos que referem ter um problema de saúde (41.4%), doença crónica (39.6%), e ligeiramente superior nos grupos com deficiência motora (44.8%), deficiência sensorial (47.3%), e outra situação (43.9%) em comparação com os grupos sem um problema de saúde ou deficiências. A percentagem de jovens que refere a mãe nunca ter estudado é ligeiramente superior em todos os grupos, respectivamente, com um problema de saúde (3.7%), doença crónica (4.6%), deficiência motora (8.3%), deficiência sensorial (4.5%), e outra situação (2.3%), correspondendo a uma diferença muito baixa, de um a dois valores percentuais, à excepção do grupo de jovens com deficiência motora em que a diferença é três vezes superior.

De seguida no que respeita a percepção de bem-estar material, composta pelas respostas nos itens que compõem a escala de afluência familiar: ter carro, ter quarto próprio,

passar férias com a família e ter computador (quadro 17 anexo 1) e seu somatório, verifica-se uma associação significativa com a percepção de um problema de saúde ou deficiências somente em alguns dos itens estudados, observando-se nestes casos uma afluência ou bem-estar material tendencialmente inferior nos grupos de jovens com um problema de saúde ou deficiências. Passamos a descrever em detalhe os resultados obtidos em função dos itens estudados, assinalando que existe uma associação significativa entre a percepção de um problema de saúde e de uma doença crónica e o facto de ter transporte próprio (quadro 3).

Quadro 3 - Associação entre percepção de problema de saúde/deficiências com a percepção de afluência familiar (amostra 1)

	<i>Problema de Saúde</i>	<i>Doença crónica</i>	<i>Deficiência motora</i>	<i>Deficiência sensorial</i>	<i>Outra Situação</i>
Transporte próprio na família (carro) a)	$\chi^2 = 17.408^{***}$	$\chi^2 = 20.860^{***}$	$\chi^2 = .337$	$\chi^2 = 2.789$	$\chi^2 = 2.674$
Quarto próprio b)	$\chi^2 = 5.747^*$	$\chi^2 = 2.107$	$\chi^2 = 1.797$	$\chi^2 = 5.234^*$	$\chi^2 = 5.153^*$
Viagens de férias com a família c)	$\chi^2 = 13.843^{**}$	$\chi^2 = 9.064$	$\chi^2 = 4.901$	$\chi^2 = 10.042^*$	$\chi^2 = 3.410$
Computador em casa c)	$\chi^2 = 12.614^{**}$	$\chi^2 = 7.643$	$\chi^2 = .6.244$	$\chi^2 = 9.231^*$	$\chi^2 = 9.901^*$
FAS-Nível de Afluência Familiar a)	$\chi^2 = 5.357$	$\chi^2 = 5.318$	$\chi^2 = .181$	$\chi^2 = 4.385$	$\chi^2 = 1.128$

Leg. a) gl = 2; b) gl=1; c) gl= 3; *p<.05; **p<.01; ***p<.001

Verifica-se que existe uma maior proporção de jovens com um problema de saúde (11.9%) que afirmam não ter transporte próprio na família, em comparação com o grupo de jovens sem problema de saúde (7.4%). Nesta questão esta associação é ainda significativa em relação à percentagem de jovens que afirmam ter dois ou mais carros, sendo menor a percentagem de jovens com um problema de saúde (45.7%) em comparação com os jovens sem um problema de saúde (49.8%).

No grupo de jovens que referem uma doença crónica existe uma maior a percentagem de jovens com doença crónica (14.1%) que afirmam não ter transporte próprio na família, em comparação com os jovens sem uma doença crónica (7.5%). Observa-se ainda uma menor

percentagem de jovens com uma doença crónica que referem ter um carro (37.6%) em comparação com os jovens sem doença crónica que afirmam ter um carro (43.1%).

Não se verificam associações significativas entre ter um transporte próprio e a percepção de uma deficiência motora, sensorial ou outra situação, contudo, aponta-se uma tendência para a maior percentagem de jovens com uma deficiência motora (8.1%); deficiência sensorial (10.5%) e outra situação (10.2%) que não tem transporte próprio na família em comparação com a distribuição observada nos grupos de jovens sem a percepção de uma destas deficiências.

Existe uma associação significativa entre ter quarto próprio e a percepção de um problema de saúde, sendo a percentagem de jovens com um problema de saúde que afirmam não ter quarto próprio (32.2%) superior, em comparação com a percentagem de jovens sem um problema de saúde (27.8%).

No grupo de jovens que referem ter uma doença crónica ou uma deficiência motora, não se observam associações significativas, verificando-se uma tendência percentual mais favorável para os jovens que afirmam ter uma doença crónica ou deficiência motora, i.e., são mais os jovens com doença crónica ou deficiência motora aqueles que afirmam ter quarto próprio, (respectivamente 75.1% e 77.9%) em comparação com os jovens sem doença crónica e sem deficiência motora (respectivamente 71.5% e 71.7%).

No grupo de jovens que referem uma deficiência sensorial há uma associação significativa, sendo que a percentagem de jovens com deficiência sensorial que referem ter um quarto de dormir para si (65.3%) menor em comparação com o grupo de jovens sem deficiência motora (72%).

No grupo de jovens com uma outra situação, observa-se uma associação significativa com a questão ter um quarto para si, sendo a percentagem de jovens que não tem um quarto só para si (66%) inferior em comparação com os jovens sem uma outra situação (72.1%).

Os jovens com um problema de saúde assinalam em maior proporção nunca realizar viagens de férias com a família (27.1%) e em menor proporção, realizar pelo menos uma viagem de férias com a família (20.6%). Da mesma forma, no grupo de jovens com uma deficiência sensorial, uma maior proporção afirma nunca realizar viagens de férias (29%) e uma menor proporção afirma realizar somente uma viagem de férias (18.1%) em comparação com os grupos de jovens sem deficiência sensorial. Nos restantes grupos não se verificam associações significativas entre a percepção de uma doença crónica, deficiência motora ou outra situação e as viagens de férias com a família.

Existe uma associação significativa entre ter um computador e a percepção de um problema de saúde, sendo menor a proporção de jovens com um problema de saúde que afirma ter um computador (44%) e maior a proporção de jovens que afirma ter mais de dois computadores (5.7%).

Esta associação é ainda significativa nos grupos com uma deficiência sensorial e outra situação, observando-se uma proporção significativamente superior de jovens com uma deficiência sensorial ou uma outra situação que afirmam ter mais de dois computadores (respectivamente 6.8% e 7%). Nos restantes grupos com uma doença crónica ou com uma deficiência motora não se observam diferenças significativas.

Ao observar a distribuição das respostas em função dos níveis de afluência familiar obtidos, não se observam diferenças significativas entre os grupos de jovens com ou sem um problema de saúde ou deficiências. Contudo verifica-se uma tendência para uma percentagem superior no grupo de jovens com um problema de saúde (31.2%) com um nível baixo de

afluência familiar, bem como nos grupos com uma doença crónica (29.9%), com uma deficiência sensorial (34.1%) e com outra situação (29.9%). No nível médio de afluência familiar, a percentagem é inferior nos grupos de jovens com um problema de saúde (43.2%), doença crónica (41.4%), deficiência sensorial (42.2%) e outra situação (44.2%), em comparação com os jovens sem estas deficiências. Observa-se também que, no nível mais alto de afluência familiar, a proporção de jovens com um problema de saúde (25.6%), doença crónica (28.7%), e outra situação (25.9%) é superior em relação aos grupos de jovens sem problema de saúde ou deficiências.

No que respeita a associação entre os itens relativos à percepção de saúde, satisfação, felicidade e a percepção de um problema de saúde ou deficiência (quadro 18 anexo1), observa-se uma associação significativa em todos os itens, sendo que os grupos com um problema de saúde ou deficiências apresentam valores mais baixos, tal como passamos a descrever de seguida (quadro 4).

Quadro 4 - Associação entre percepção de um problema de saúde/deficiências e a percepção de saúde, felicidade, satisfação com a vida (amostra 1)

	<i>Problema de saúde</i>	<i>Doença Crónica</i>	<i>Deficiência Motora</i>	<i>Deficiência Sensorial</i>	<i>Outra Situação</i>
Percepção de saúde a)	$\chi^2=313.435^{***}$	$\chi^2=169.091^{***}$	$\chi^2 = .42.423^{***}$	$\chi^2 = 16.164^{***}$	$\chi^2 = 77.706^{***}$
Percepção de felicidade a)	$\chi^2= 91.210^{***}$	$\chi^2=55.189^{***}$	$\chi^2=13.257^{**}$	$\chi^2=14.582^{**}$	$\chi^2=39.046^{***}$
Satisfação com a vida na última semana correm a)					
Gostar como as coisas correm a)	$\chi^2=63.744^{***}$	$\chi^2 = 34.121^{***}$	$\chi^2 = 36.010^{***}$	$\chi^2 = 14.440^{**}$	$\chi^2 = 26.896^{***}$
A vida corre bem a)	$\chi^2=45.423^{***}$	$\chi^2 = 32.905^{***}$	$\chi^2 = 33.717^{***}$	$\chi^2 = 15.684^{***}$	$\chi^2 = 18.430^{***}$
Gostar de mudar coisas na vida a)	$\chi^2=41.851^{***}$	$\chi^2 = 11.475^{***}$	$\chi^2 = 7.335$	$\chi^2 = 16.263^{***}$	$\chi^2 = 23.227^{***}$
Desejar um tipo de vida diferente a)	$X^2=53.933^{***}$	$\chi^2 = 31.138^{***}$	$\chi^2 = 11.147^*$	$\chi^2 = 25.829^{***}$	$\chi^2 = 24.135^{***}$
Ter uma boa vida a)	$\chi^2=25.847^{***}$	$\chi^2 = 42.002^{***}$	$\chi^2 = 22.376^{***}$	$\chi^2 = 11.074^*$	$\chi^2 = 14.408^{**}$
Sentir-se bem com o que tem acontecido a)	$\chi^2=60.573^{***}$	$\chi^2 = 23.590^{***}$	$\chi^2 = 9.009^*$	$\chi^2 = 19.727^{***}$	$\chi^2 = 29.262^{***}$

Leg. a) gl = 3; *p<.05; **p<.01; ***p<.001

A percepção de saúde apresenta uma associação significativa com os todos os grupos de jovens que reportam um problema de saúde ou deficiências, verificando-se que a proporção de jovens com a percepção de uma saúde excelente é significativamente inferior

nos jovens que referem ter um problema de saúde (12.7%), uma doença crónica (14.4%), deficiência sensorial (19.8%) ou outra situação (18.8%) em comparação com os grupos sem um problema de saúde ou deficiências.

A resposta mais frequente, para todos os grupos, é a percepção de uma saúde “boa”, oscilando entre 44.2% e 55.4%. No que respeita os jovens que referem ter um problema de saúde a percentagem de jovens que refere ter uma saúde boa é significativamente inferior (45.2%), enquanto a percentagem de jovens com um problema de saúde que percebe a sua saúde como razoável é significativamente superior (37.4%). O mesmo sucede na percentagem significativamente superior de jovens com um problema de saúde que referem uma saúde má (4.7%) em comparação com os jovens sem um problema de saúde (.05%). Estas diferenças são similares no grupo de jovens que referem uma doença crónica, existindo uma proporção significativamente inferior de jovens com uma doença crónica que considera ter uma saúde excelente (14.4%), ou boa (46.2%). No grupo de jovens com deficiência motora existe uma associação significativa na percepção de saúde, sendo a percentagem inferior para os jovens que referem uma saúde boa (47%) e a percentagem superior nos jovens que referem ter uma saúde má (7%). No grupo de jovens com deficiência sensorial existem diferenças significativas, na medida em que se observa uma proporção superior de jovens com deficiência sensorial que referem ter uma saúde má (2.4%) e razoável (25.4%) e uma proporção inferior de jovens que referem ter uma saúde excelente (19.8%). No grupo com uma outra situação existe uma associação significativa em todas as modalidades de resposta, tendo este grupo uma proporção inferior de jovens que consideram ter uma saúde excelente (18.8%) ou boa (44.2%) e uma maior proporção que afirma ter uma saúde razoável (33.3%) ou má (4%) (quadro 4).

Tendo em consideração as respostas sobre a percepção de felicidade, existe uma associação significativa com a percepção de um problema de saúde, doença crónica, deficiência motora, sensorial ou outra situação. Os jovens destes grupos referem proporcionalmente uma maior sensação de infelicidade em comparação com os jovens sem um problema de saúde ou deficiência.

Observa-se que aproximadamente metade dos jovens em todos os grupos, se consideram felizes, sendo que existe uma proporção significativamente inferior de jovens com um problema de saúde ou deficiências que se consideram felizes, respectivamente, (47.7%) problema de saúde, (48.1%) doença crónica, (42.5%) deficiência motora, (47.7%) deficiência sensorial e (43.8%) no grupo que refere outra situação. A proporção de jovens que se consideram infelizes é significativamente superior em todos os grupos, respectivamente, 6.4% problema de saúde, 8.7% doença crónica, 9.2% deficiência motora, 6.4% deficiência sensorial e 7.1% no grupo com outra situação, correspondendo a uma percentagem pelo menos duas vezes superior em relação aos grupos sem um problema de saúde ou deficiências.

Relativamente à avaliação da satisfação global existe uma associação significativa com a percepção de um problema de saúde ou deficiência na maioria dos itens que compõem esta escala. As diferenças significativas nas percentagens observadas entre os grupos com e sem um problema de saúde ou deficiências, indicam que a percepção de satisfação é menos positiva nos grupos de jovens que referem um problema de saúde, doença crónica, deficiência motora, sensorial ou outra situação. Exceptua-se a proporção de respostas no item gostar de mudar coisas na vida que não se distingue nos grupos com e sem uma deficiência motora.

Similarmente, verifica-se que a média da satisfação com a vida (Escala de Cantril) é significativamente inferior nos grupos de jovens que referem um problema de saúde, doença crónica, sensorial ou outra, não se observando diferenças significativas entre o grupo de jovens com e sem uma deficiência motora. Os valores correspondem a uma avaliação de

satisfação com a vida positiva, oscilando entre 6.83 no grupo de jovens com um problema de saúde e 7.44 no grupo de jovens sem um problema de saúde (quadro 19 anexo 1).

No que respeita o ajustamento psicossocial, ao analisarmos a distribuição das percentagens nos itens relativos à frequência de sintomas físicos e psicológicos, observam-se diferenças significativas na proporção de respostas para cada modalidade em função da percepção de um problema de saúde, doença crónica, deficiência sensorial, deficiência motora e outra situação, na maioria dos itens. Exceptuam-se estas diferenças significativas nas proporções de respostas obtidas em alguns itens percepção no grupo de jovens com e sem uma deficiência motora (sentir-se deprimido, dificuldades em adormecer, sentir-se nervoso, sentir medo) (quadro 20 anexo 1).

Refira-se que estas diferenças significativas são mais negativas para os jovens com um problema de saúde, doença crónica, deficiência sensorial, deficiência motora, ou outra situação, na medida em que estes proporcionalmente referem uma maior frequência de sintomas do domínio físico e psicológico (quadro 5), que passamos a descrever.

Os jovens com um problema de saúde referem mais ter dores de cabeça quase todos os dias (11.3%) ou mais do que uma vez por semana (12.7%), enquanto a maioria das respostas neste grupo (50.5%) correspondem aos jovens com um problema de saúde que afirmam ter dores de cabeça raramente ou nunca. Os jovens sem um problema de saúde, proporcionalmente afirmam mais nunca ter dores de cabeça (65.7%).

Os jovens com doença crónica, afirmam mais ter dores de cabeça quase todos os dias (9.6%) ou mais do que uma vez por semana (14%) em comparação com os jovens sem uma doença crónica, respectivamente, 6.2% e 8%. Comparativamente, existe ainda uma diferença significativa na proporção inferior de jovens com uma doença crónica (54.7%) que referem nunca ou raramente ter dores de cabeça em comparação com o grupo de jovens sem uma

doença crónica (64.6%). Os jovens com uma deficiência sensorial afirmam mais vezes ter dores de cabeça quase todos os dias (11.5%) e mais do que uma vez por semana (12.8%) em comparação com os jovens sem uma deficiência sensorial, respectivamente (6.2% e 8.2%). São os jovens com uma deficiência sensorial aqueles que proporcionalmente menos vezes referem raramente ou nunca ter dores de cabeça (53.1%) em comparação com os jovens sem uma deficiência sensorial (64.5%)

Quadro 5 - Associação entre percepção de problema de saúde ou deficiências e ajustamento psicossocial(amostra1)

	<i>Problema de saúde</i>	<i>Doença crónica</i>	<i>Deficiência motora</i>	<i>Deficiência sensorial</i>	<i>Outra situação</i>
<i>Sintomas físicos a)</i>					
Dor de cabeça	$\chi^2 = 70.033$ ***	$\chi^2 = 245.579$ ***	$\chi^2 = 3.828$	$\chi^2 = 21.399$ ***	$\chi^2 = 21.858$ ***
Dores de estômago	$\chi^2 = 54.798$ ***	$\chi^2 = 23.450$ ***	$\chi^2 = 21.044$ ***	$\chi^2 = 34.517$ ***	$\chi^2 = 42.447$ ***
Dores de costas	$\chi^2 = 117.308$ ***	$\chi^2 = 43.463$ ***	$\chi^2 = 19.284$ ***	$\chi^2 = 14.169$ **	$\chi^2 = 76.270$ **
Dores de pescoço e ombros	$X^2 = 68.442$ ***	$\chi^2 = 28.644$ ***	$\chi^2 = 10.498$ *	$\chi^2 = 30.055$ ***	$\chi^2 = 75.731$ ***
Cansaço e exaustão	$X^2 = 48.057$ ***	$\chi^2 = 23.116$ ***	$\chi^2 = 10.531$ *	$\chi^2 = 28.840$ ***	$\chi^2 = 13.161$ *
<i>Sintomas psicológicos a)</i>					
Sentir-se deprimido	$X^2 = 62.305$ ***	$\chi^2 = 27.410$ ***	$\chi^2 = 27.908$ ***	$\chi^2 = 19.087$ ***	$\chi^2 = 35.315$ ***
Sentir dificuldades em adormecer	$\chi^2 = 42.144$ ***	$\chi^2 = 38.522$ ***	$\chi^2 = 3.579$	$\chi^2 = 23.193$ ***	$\chi^2 = 15.484$ **
Sentir-se irritado	$\chi^2 = 48.165$ ***	$\chi^2 = 38.057$ ***	$\chi^2 = 14.888$ **	$\chi^2 = 23.305$ ***	$\chi^2 = 16.772$ **
Sentir-se nervoso	$\chi^2 = 75.479$ ***	$\chi^2 = 42.004$ ***	$\chi^2 = 1.638$	$\chi^2 = 32.219$ ***	$\chi^2 = 15.324$ **
Sentir medo	$\chi^2 = 67.954$ ***	$\chi^2 = 27.243$ ***	$\chi^2 = 8.769$	$\chi^2 = 22.373$ ***	$\chi^2 = 39.054$ ***
Tonturas	$X^2 = 78.838$ ***	$\chi^2 = 65.025$ ***	$\chi^2 = 23.646$ ***	$\chi^2 = 19.190$ ***	$\chi^2 = 42.604$ ***

Leg. a) gl = 4; *p<.05; **p<.01; ***p<.001

No grupo de jovens com outra situação, uma maior proporção refere ter dores de cabeça todos os dias (11.4%) em comparação com os jovens sem outra situação (6.1%), enquanto menos jovens referem nunca ou raramente ter dores de cabeça (53.9%) em comparação com os jovens sem uma outra situação (64.6%).

Os jovens com um problema de saúde referem mais ter dores de estômago quase todos os dias (4.4%), mais do que uma vez por semana (7.2%), e todas as semanas (5.2%), em comparação com os jovens sem um problema de saúde que referem ter dores de cabeça

todos os dias (1.9%), mais do que uma vez por semana (7.2%), e todas as semanas (2.6%). A proporção de jovens com um problema de saúde que afirma nunca ou raramente ter dores de estômago (70.4%) é significativamente inferior, em comparação com o grupo de jovens sem um problema de saúde (79.1%). No grupo de jovens com doença crónica existe uma proporção significativamente superior que afirma ter dores de estômago quase todos os dias (4.4%) e mais do que uma vez por semana (7.3%), em comparação com os jovens sem doença crónica (2.1% e 3.7%). Neste grupo existe ainda uma proporção significativamente inferior de jovens com doença crónica (71.4%) que afirmam raramente ou nunca ter dores de estômago, em comparação com o grupo de jovens sem doença crónica.

No grupo com deficiência motora mais jovens referem ter dores de estômago quase todos os dias (8.8%) em comparação com o grupo sem deficiência motora (2.1%). O mesmo se verifica no grupo de jovens com deficiência sensorial, em que mais jovens referem ter dores de estômago quase todos os dias (5.8%) e mais do que uma vez por semana (8.7%) em comparação com os jovens sem uma deficiência sensorial (2.1%, 3.7%). Os jovens com outra situação afirmam mais frequentemente ter dores de estômago quase todos os dias (5.1%), mais do que uma vez por semana (7.5%) e todas as semanas (6.8%) em comparação com o grupo de jovens que não referem ter uma outra situação, correspondendo respectivamente às seguintes percentagens (2.1%, 3.7% e 2.7%). São ainda proporcionalmente menos os jovens com uma outra situação (70.1%) que referem raramente ou nunca ter dores de estômago, em comparação com o grupo de jovens que não refere ter uma outra situação associada a uma deficiência ou problema de saúde (78.6%).

Os jovens com um problema de saúde referem mais frequentemente ter dores de costas quase todos os dias (14.1%) ou mais do que uma vez por semana em comparação com o grupo de jovens sem um problema de saúde, respectivamente (5.7% e 6.6%). A proporção neste grupo de jovens que afirma raramente ou nunca ter dores de costas é inferior (46.8%)

em comparação com os jovens sem um problema de saúde. No grupo com deficiência crónica existe uma maior proporção de jovens que afirma ter dores de costas quase todos os dias (14.2%) ou mais do que uma vez por semana (11%) em comparação com os jovens sem uma doença crónica, respectivamente (6.2% e 7%). Do mesmo modo, é menor a proporção de jovens com uma doença crónica que afirmam que raramente ou nunca ter dores de costas (53.6%) em comparação com o grupo sem doença crónica (64.2%). No grupo com deficiência motora existe uma diferença na proporção de jovens que afirma ter dores de costas quase todos os dias (17.7%), em comparação com os jovens sem uma deficiência motora (6.5%).

No grupo com deficiência sensorial esta associação é significativa na proporção de jovens com deficiência sensorial que afirma ter dores de costas quase todos os dias (11.3%) que é superior em relação grupo de jovens sem deficiência sensorial (6.5%). São menos os jovens com deficiência sensorial, que raramente ou nunca têm dores de costas (54.2%) em relação à percentagem de jovens sem deficiência sensorial (62.2%). Os jovens com outra situação assinalam mais ter dores de costas quase todos os dias (15.5%) e mais do que uma vez por semana (13.6%) comparativamente com os jovens sem uma outra situação, respectivamente (6.2% e 6.9%). A proporção de jovens com uma outra situação é inferior na modalidade de resposta ter dores de costas raramente ou nunca (42.6%) em comparação com o grupo sem outra situação (62.9%).

No que respeita as dores de pescoço e ombros, são os jovens com um problema de saúde que mais afirmam ter dores de pescoço quase todos os dias (10.5%), mais do que uma vez por semana (10.7%), todas as semanas (9.4%) e que menos referem nunca ou raramente ter dores de pescoço (53.7%). No grupo com doença crónica esta tendência é similar, verificando-se uma maior proporção de jovens com doença crónica que referem ter dores de pescoço e ombros quase todos os dias (9.4%) e mais do que uma vez por semana (12%) e

uma menor proporção que afirma nunca ou raramente ter dores de pescoço ou ombros (55.4%).

No grupo com deficiência motora a associação é significativa nos jovens que referem ter quase todos os dias dores de pescoço e ombros (11.7%), sendo este valor aproximadamente o dobro do grupo sem deficiência motora (5.3%). Os jovens com deficiência sensorial referem mais ter dores de pescoço e ombros quase todos os dias (12.2%) em comparação com os jovens sem uma deficiência sensorial (5.1%). A relação é ainda significativa no grupo com deficiência sensorial que refere ter dores de pescoço e ombros todas as semanas (10.1%) e todos os meses (10.9%). No grupo com outra situação existe uma maior proporção de jovens que apontam ter dores de pescoço e ombros quase todos os dias (14.6%) ou mais do que uma vez por semana (13.6%) e uma menor proporção de jovens que referem nunca ou raramente ter dores de pescoço e ombros (52.9%) em comparação com os grupos sem uma outra situação.

No que respeita o cansaço e exaustão, existe uma maior proporção de respostas na modalidade quase todos os dias no grupo de jovens com um problema de saúde (24.7%) e uma menor frequência de respostas na modalidade raramente ou nunca, em comparação com os jovens sem um problema de saúde.

Os jovens com uma doença crónica referem mais ter cansaço ou exaustão quase todos os dias (25.7%), ao contrário do grupo de jovens com deficiência motora em que a proporção de respostas é significativamente inferior nos jovens com deficiência motora que afirmam sentir cansaço ou exaustão todas as semanas (4.3%). São os jovens com deficiência sensorial aqueles que referem mais, sentir cansaço ou exaustão quase todos os dias (26.3%), mais do que uma vez por semana (18.9%) e todos os meses (14.4%) em comparação com os jovens sem deficiência sensorial.

Nos jovens com uma outra situação, existe uma maior frequência de respostas na modalidade mais do que uma vez por semana (18.9%) em comparação com os jovens sem outra situação que apontam sentir cansaço ou exaustão (13.9%) e uma menor proporção de jovens com uma outra situação que apontam nunca ou raramente sentir cansaço ou exaustão (24.7%).

Os jovens com um problema de saúde apontam mais sentir tonturas quase todos os dias (5.5%), mais do que uma vez por semana (6.9%) todas as semanas (4.7%) e todos os meses (10%). Ainda neste grupo existe uma menor proporção de jovens com um problema de saúde (72.8%) que nunca ou raramente sente tonturas quando comparados com os jovens sem uma problema de saúde. O mesmo sucede no grupo com doença crónica, sendo a associação significativa, nas modalidades de resposta ter tonturas quase todos os dias (7.9%), mais do que uma vez por semana (6.7%), todas as semanas (4.4%), percentagens superiores para este grupo e comparação com os jovens sem doença crónica.

No grupo com deficiência motora a associação é significativa existindo uma proporção superior de jovens com deficiência motora que afirmam ter tonturas quase todos os dias (8.8%) e uma proporção inferior que afirma nunca ou raramente sentir tonturas (84.1%).

No grupo com deficiência sensorial observa-se uma maior proporção de jovens que afirmam ter tonturas quase todos os dias (5.9%) e uma menor proporção que responde raramente ou nunca ter tonturas. O mesmo perfil de respostas ocorre no grupo com outra situação, sendo o número de jovens com outra situação superior nas modalidades ter tonturas quase todos os dias (6.2%) e mais do que uma vez põe semana (7.2%) e menor nas modalidades ter tonturas todos os meses (11.6%) e raramente ou nunca (71.2%).

Observa-se que existe uma maior proporção de jovens que se sente deprimido quase todos os dias em todos os grupos com um problema de saúde (13.2%), doença crónica (13.1%), deficiência motora (10.8%), deficiência sensorial (13.3%) e outra situação (14.4%) sendo os valores nos grupos sem um problema de saúde ou deficiências significativamente mais baixos (6-7%). Inversamente são mais os jovens sem um problema de saúde (57.2%), doença crónica (56.4%), e outra situação (56.5%) aqueles que raramente se sentem deprimidos.

As dificuldades em adormecer quase todos os dias são mais frequentes no grupo com um problema de saúde (13.9%), doença crónica (15.9%), deficiência sensorial (16.7%) e outra situação (12.6%) em comparação com os grupos sem estes problemas, enquanto os jovens que afirmam nunca ter dificuldades em adormecer são em menor número nos grupos com um problema de saúde (63.6%), deficiência sensorial (62.5%) e outra situação (63.5%). Esta diferença é significativa ainda no grupo com uma doença crónica, apesar de neste caso ser o grupo com uma doença crónica (71.8%) aquele que mais refere raramente sentir dificuldades em adormecer. A proporção de jovens com um problema de saúde ou deficiências que sentem-me irritados quase todos os dias é significativamente superior nos jovens com um problema de saúde (10.5%), doença crónica (13.35), deficiência motora (14.1%), deficiência sensorial (11.5%) e outra situação (11.8%), sendo este valor quase o dobro em comparação com os grupos sem um problema de saúde ou deficiências.

Os jovens que se sentem nervosos quase todos os dias são em maior número nos grupos com um problema de saúde (20.7%), doença crónica (21.6%), deficiência sensorial (22%), outra situação (17.7%) sendo os valores nos grupos de comparação bastante mais baixos (10-11%). Por fim existe uma proporção significativamente superior de jovens com um problema de saúde (10.7%), doença crónica (10%), deficiência sensorial (10.2%) e outra

situação (12.6%, sendo estes valores entre os 4 e 6% nos grupos sem um problema de saúde ou deficiências.

No que respeita a percepção das experiências associadas ao contexto da escola (quadro 21 anexo 1), observa-se uma associação significativa com a percepção de problemas de saúde e deficiências, na maioria dos itens estudados. Tendencialmente esta percepção é mais negativa nos grupos com um problema de saúde e deficiências, que passamos a descrever (quadro 6).

Quadro 6 - Associação entre percepção de problema de saúde/deficiência e experiência na escola (amostra 1)

	<i>Problema de saúde</i>	<i>Doença crónica</i>	<i>Deficiência motora</i>	<i>Deficiência sensorial</i>	<i>Outra situação</i>
Sentimento escola a)	$\chi^2 = 14.417$ ***	$\chi^2 = 8.623$ **	$\chi^2 = 4.764$ *	$\chi^2 = .005$	$\chi^2 = 10.586$ ***
Capacidade académica a)	$\chi^2 = 20.885$ ***	$\chi^2 = 15.294$ ***	$\chi^2 = 36.933$ ***	$\chi^2 = 29.066$ ***	$\chi^2 = 3.285$
Escola ficar sozinho a)	$\chi^2 = 52.958$ ***	$\chi^2 = 22.373$ ***	$\chi^2 = 110.052$ ***	$\chi^2 = 22.654$ ***	$\chi^2 = 44.202$ ***
Professores ajudam quando preciso b)	$\chi^2 = 27.707$ ***	$\chi^2 = 8.589$ **	$\chi^2 = 6.273$ *	$\chi^2 = 6.380$ *	$\chi^2 = 6.875$ **
Professores interessam se por mim b)	$\chi^2 = 7.667$ **	$\chi^2 = .426$	$\chi^2 = 6.273$ *	$\chi^2 = 3.401$	$\chi^2 = 4.061$ *
Colegas são simpáticos e prestáveis b)	$\chi^2 = 35.903$ ***	$\chi^2 = 33.006$ ***	$\chi^2 = 10.533$ **	$\chi^2 = 3.445$	$\chi^2 = 14.417$ ***
Colegas aceitam-me a)	$\chi^2 = 70.692$ ***	$\chi^2 = 29.343$ ***	$\chi^2 = 29.944$ ***	$\chi^2 = 7.923$ *	$\chi^2 = 31.215$ ***
Problema de saúde afecta participação b)	$\chi^2 = 265.192$ ***	$\chi^2 = 93.922$ ***	$\chi^2 = 38.909$ ***	$\chi^2 = 33.536$ ***	$\chi^2 = 59.501$ ***

Leg. a) gl = 2; b) gl=1; *p<.05; **p<.01; ***p<.001

Em relação ao sentimento face à escola, se bem que pelo menos dois terços dos jovens afirmam gostar da escola, verifica-se que existem diferenças significativas na proporção observada nos grupos de jovens em função da percepção de uma deficiência, sendo menor a proporção de jovens com um problema de saúde (70.9%), uma doença crónica (70.3%), uma deficiência motora (67.4%) e outra situação (69%) que afirmam gostar da escola.

Uma maior proporção de jovens com problemas de saúde (8.8%), doença crónica (9.3%), deficiência sensorial (14.4%) e motora (11.8%) considera que tem uma capacidade

académica inferior à média. Esta proporção é ainda significativamente inferior nestes mesmos grupos de jovens em relação à percepção de uma capacidade académica boa ou média.

No que respeita a percepção de maior isolamento na escola, verifica-se uma maior proporção de jovens com um problema da saúde (5.9%), doença crónica (7.8%), deficiência motora (22.4%), deficiência sensorial (7%) e outra situação (7.7%), correspondendo a pelos menos o dobro em comparação com os jovens sem uma percepção de um problema de saúde ou deficiência. A diferença mais acentuada verifica-se no grupo com deficiência motora em que o valor percentual é sete vezes superior.

Observa-se uma associação significativa entre percepção de apoio pelos professores e a percepção de um problema da saúde (79.5%), doença crónica (80.9%), deficiência motora (77%), deficiência sensorial (80.7%), ou outra situação (81.1%), sendo que esta percentagem relativa aos jovens que afirma senti-s apoiados menor, em comparação com os grupos sem um problema de saúde ou deficiências .

Em relação ao interesse que os professores têm pelos alunos observam-se diferenças significativas na percentagem de jovens com e sem problemas de saúde, deficiência motora e outra situação que concordam com a afirmação, sendo esta inferior no grupo de jovens que afirma ter um problema de saúde (83%), uma deficiência motora (77.1%) e uma outra situação (82.6%), nos restantes grupos apesar de não existirem diferenças significativas a tendência é semelhante.

Em relação à opinião sobre o apoio dos colegas, existe uma associação significativa com a percepção de um problema de saúde, doença crónica, deficiência motora e outra situação. Nestes grupos existe uma maior proporção de jovens que acha que os colegas não são prestáveis e simpáticos, correspondendo aos seguintes valores percentuais, jovens com um problema de saúde (12.5%), doença crónica (15.3%), deficiência motora (14.3%) e outra

situação (11.8%). Nos grupos sem um problema de saúde ou deficiências esta percentagem situa-se nos 7%.

Em relação à aceitação pelos colegas, em todos os grupos que percebem um problema de saúde ou deficiência observam-se diferenças significativas, existindo uma maior proporção de jovens com um problema de saúde (9.9%), doença crónica (9.7%), deficiência motora (17.7%), deficiência sensorial (9.3%), outra situação (9.9) que referem não ser aceites pelos colegas. Os valores nos grupos sem um problema de saúde ou deficiências situa-se nos 5%.

Em todos os grupos existe uma associação entre a percepção de um problema de saúde ou deficiência com a percepção do problema de saúde afectar a participação na escola, isto é, observa-se uma maior percentagem de jovens nestes grupos que afirmam que o problema de saúde afecta a participação, correspondendo aos seguintes valores percentuais: problema de saúde (26.7%), doença crónica (24.6%), deficiência motora (30.7%), deficiência sensorial (20.6%), outra situação (22.7%). Nos grupos de jovens sem um problema de saúde ou deficiência, existe um valor percentual mais baixo (entre 4.1% e 9.0%) que provavelmente corresponde aos jovens que apesar de não terem a deficiência em causa, assinalam uma outra deficiência ou problema de saúde.

Em relação à percepção de competências pessoais (quadro 22 anexo 1), existe uma associação significativa em todos os itens sendo a proporção de jovens com um problema de saúde ou deficiências superior na percepção menos positiva (quadro 7).

Uma maior proporção de jovens nestes grupos refere que raramente se sente capaz para defender os seus direitos, respectivamente: jovens com um problema de saúde (6.0%), doença crónica (7.1%), deficiência motora (11.3%), deficiência sensorial (8.5%) ou outra

situação (5.3%), que corresponde a pelo menos duas vezes mais jovens em comparação com os grupos sem deficiências.

Quadro 7 - Associação entre a percepção de problema de saúde ou deficiência e percepções competências sociais (amostra 1)

	<i>Problema de saúde</i>	<i>Doença crónica</i>	<i>Deficiência motora</i>	<i>Deficiência sensorial</i>	<i>Outra situação</i>
Capaz de defender direitos a)	$\chi^2 = 17.806$ ***	$\chi^2 = 18.030$ ***	$\chi^2 = 20.676$ ***	$\chi^2 = 23.024$ ***	$\chi^2 = 6.829$ **
Capaz de dizer não a)	$\chi^2 = 5.738$;	$\chi^2 = 12.121$ **	$\chi^2 = 16.339$ ***	$\chi^2 = 4.592$	$\chi^2 = 1.627$
Capaz de dizer o que sente a)	$\chi^2 = 5.175$	$\chi^2 = 20.016$ **	$\chi^2 = 24.467$ ***	$\chi^2 = 10.643$ ***	$\chi^2 = .773$
Capaz de manter opinião nas discussões a)	$\chi^2 = 7.527$ *	$\chi^2 = 21.353$ ***	$\chi^2 = 44.545$ ***	$\chi^2 = 10.262$ **	$\chi^2 = 3.831$
Capaz de se livrar de situações que não agradam a)	$\chi^2 = 8.616$ *	$\chi^2 = 16.978$ ***	$\chi^2 = 21.965$ ***	$\chi^2 = 5.802$	$\chi^2 = 2.069$

Leg. a) gl = 2; *p<.05; **p<.01; ***p<.001

Existem ainda diferenças significativas nos grupos que referem ter uma doença crónica e deficiência motora, em relação à capacidade para dizer não, sendo que mais jovens afirmam que raramente são capazes de dizer não, respectivamente 11.8% e 15.6%.

Os grupos de jovens com doença crónica (15.1%), deficiência motora (22.1%) e deficiência sensorial (13.5%) afirmam mais, que raramente são capazes de dizer o que sentem. Observa-se uma associação significativa entre a percepção de um problema de saúde, doença crónica, deficiência motora e sensorial na capacidade para manter opinião nas discussões, sendo que nestes grupos uma maior percentagem afirma raramente ser capaz de manter a sua opinião nas discussões, respectivamente problema de saúde (12.4%), doença crónica (16.5%), deficiência motora (28.4%), deficiência sensorial (15%).

Uma maior percentagem de jovens com um problema de saúde (15.1%), doença crónica (17.7%), deficiência motora (26.8%) refere que raramente é capaz de se livrar de situações que não agradam. Os valores nos grupos sem um problema de saúde ou deficiência situam-se nos 11%.

No que respeita as relações com a família e seus pares (quadro 23 anexo 1), somente em alguns itens se verifica uma associação significativa com a percepção de um problema de saúde ou deficiência. O único item em que esta associação é significativa em todos os grupos estudados é relativo à percepção sobre a facilidade em falar com o melhor amigo. De seguida passamos a assinalar as associações encontradas (quadro 8).

Quadro 8 - Associação entre a percepção de problema de saúde ou deficiência e relações família e pares (amostra1)

	<i>Problema de saúde</i>	<i>Doença crónica</i>	<i>Deficiência motora</i>	<i>Deficiência sensorial</i>	<i>Outra situação</i>
Falar pai a)	$\chi^2 = 21.856$ ***	$\chi^2 = 7.098$ *	$\chi^2 = 21.296$ ***	$\chi^2 = 13.723$ ***	$\chi^2 = 1.687$
Falar mãe a)	$\chi^2 = 7.428$ *	$\chi^2 = .980$	$\chi^2 = .546$	$\chi^2 = 12.731$ **	$\chi^2 = .237$
Falar melhor amigo a)	$\chi^2 = 22.332$ ***	$\chi^2 = 17.354$ ***	$\chi^2 = 16.052$ ***	$\chi^2 = 7.728$ *	$\chi^2 = 17.950$ ***
Falar amigos do mesmo sexo a)	$\chi^2 = 17.735$ ***	$\chi^2 = 9.465$ **	$\chi^2 = 12.694$ **	$\chi^2 = 21.349$ ***	$\chi^2 = 5.643$
Falar amigos sexo oposto a)	$\chi^2 = 2.298$	$\chi^2 = 1.928$	$\chi^2 = .759$	$\chi^2 = 11.671$ **	$\chi^2 = 1.009$
Amigos íntimos a)	$\chi^2 = 16.099$ ***	$\chi^2 = 2.059$	$\chi^2 = 1.151$	$\chi^2 = 2.398$	$\chi^2 = 5.002$
Amigas íntimas a)	$\chi^2 = 5.254$	$\chi^2 = 2.065$	$\chi^2 = 1.103$	$\chi^2 = .634$	$\chi^2 = .304$
Ficar com amigos depois das aulas a)	$\chi^2 = 6.712$ *	$\chi^2 = 5.091$	$\chi^2 = 5.814$	$\chi^2 = .083$	$\chi^2 = 3.896$
Sair amigos à noite a)	$\chi^2 = 9.275$ **	$\chi^2 = 4.687$	$\chi^2 = 24.857$ ***	$\chi^2 = 3.924$	$\chi^2 = 6.268$ *

Leg. a) gl = 2; *p<.05; **p<.01; ***p<.001

Observa-se que existe uma maior percentagem de jovens que referem não ter ou não ver o pai nos grupos com um problema de saúde (9.7%), deficiência motora (10.2%) e deficiência sensorial (12.4%) em comparação com os grupos sem estas deficiências onde o valor percentual se situa nos 6%.

Em relação à facilidade em falar com a mãe as diferenças são significativas somente no grupo que refere ter um problema de saúde e no grupo que refere ter uma deficiência sensorial, sendo que mais jovens destes grupos afirmam ser difícil falar com a mãe, respectivamente 20.4% e 19.0%.

Em todos os grupos observa-se uma associação significativa com a facilidade em falar com o melhor amigo, sendo que uma maior proporção de jovens com um problema de saúde

(11.1%), doença crónica (10.7%), deficiência motora (15.9%), deficiência sensorial (11%), outra situação (12.4%) afirmam que é difícil ou muito difícil falar com o melhor amigo.

Verifica-se na facilidade em falar com amigos do mesmo sexo, uma percentagem superior de jovens com um problema de saúde (15.6%) que considera difícil falar com os amigos do mesmo sexo. Nos restantes grupos, à excepção dos jovens com uma outra situação, as diferenças significativas nesta questão são relativas à maior percentagem de jovens que afirmam não ter ou não ver o amigo, respectivamente, doença crónica (4.9%), deficiência motora (8%), deficiência sensorial (7.2%).

A questão sobre a facilidade em falar com amigos do sexo oposto somente apresenta diferenças significativas para os jovens que afirmam ter uma deficiência sensorial, sendo que uma menor percentagem (53.7%) afirma ser fácil ou muito fácil falar com amigos do sexo oposto.

Em relação ao número de amigos íntimos, somente existe uma associação com a percepção de um problema de saúde, sendo que uma menor percentagem de jovens neste grupo afirma ter dois ou mais amigos (77.1%) e uma maior percentagem afirma ter um só amigo (16.8%). O número de amigas íntimas não apresenta uma distribuição significativamente distinta em função da percepção de um problema de saúde ou de uma deficiência.

Os jovens com problemas de saúde ficam menos vezes com amigos depois das aulas, sendo esta diferença significativa na resposta em que os jovens não ficam nenhum dia após as aulas (19%). Nos restantes grupos não se observam diferenças significativas. Por fim há uma menor percentagem de jovens com um problema de saúde (32.%) que afirma sair à noite, uma a três dias por semana. Ao contrário, no grupo com deficiência motora existe uma menor proporção (38.3%) que refere nunca sair à noite com amigos. No grupo de jovens com outra

situação uma menor percentagem de jovens (30.6%) afirma sair um a três dias por semana com os amigos.

Em relação à prática de actividade física durante a semana (quadro 24 anexo 1), existe uma associação significativa com a percepção de um problema de saúde, doença crónica, deficiência motora e outra situação, sendo que uma maior percentagem de jovens nestes grupos, respectivamente 8.4%, 7.4%, 8.3%, 7.7% referem nunca praticar actividade física na semana, comparativamente com os grupos sem um problema de saúde ou deficiência em que as percentagens oscilam entre os 3% e os 4% (quadro 9). Esta proporção é ainda significativamente inferior nos jovens com um problema de saúde que afirmam praticar actividade física três vezes ou mais por semana (43.7%).

Das modalidades desportivas praticadas (quadro 25 anexo 1) na maioria dos casos não se observa uma associação significativa com a percepção de um problema de saúde ou deficiências, sendo o voleibol, a natação, o ciclismo, ginástica, e outra, as modalidades em que se observam algumas diferenças que passamos a descrever (quadro 9).

Quadro 9 - Associação entre prática de actividade física e desportos com percepção problema da saúde e deficiências (amostra 1)

<i>Prática actividade desportiva a)</i>	
Actividade física semana Problema de saúde	$\chi^2 = 36.620$ ***
Actividade física semana Doença crónica	$\chi^2 = 11.060$ *
Actividade física semana Deficiência motora	$\chi^2 = 11.101$ *
Actividade física semana Outra situação	$\chi^2 = 11.236$ *
<i>Modalidades desportivas b)</i>	
Voleibol Problema de saúde	$\chi^2 = 3.995$ *
Natação Problema de saúde	$\chi^2 = 16.199$ ***
Natação Doença Crónica	$\chi^2 = 15.546$ ***
Ciclismo Deficiência Motora	$\chi^2 = 6.212$ *
Ginástica Deficiência sensorial	$\chi^2 = 3.884$ *
Outra Deficiência sensorial	$\chi^2 = 4.962$ *
Outra modalidade/Outra deficiência	$\chi^2 = 7.425$ **

Leg. a) gl = 3; b) gl=1; *p<.05; **p<.01; ***p<.001

Existe uma associação entre a percepção de um problema de saúde e a prática de voleibol e de natação, sendo que mais jovens com um problema de saúde (24.2%) referem praticar natação e inversamente menos referem a prática do voleibol (10.1%). No que respeita

os jovens que afirmam ter uma doença crónica a associação significativa prende-se com uma maior proporção de jovens com doença crónica que afirma praticar natação (26.1%).

No grupo de jovens com deficiência motora, a associação significativa surge somente na maior proporção de jovens (23%) que afirmam praticar ciclismo.

No grupo de jovens com deficiência sensorial observa-se uma associação significativa na proporção superior de jovens deste grupo que afirma praticar ginástica (23.2%) e que afirma praticar uma outra modalidade desportiva (18.8%). Observa-se ainda a associação entre a prática de outra modalidade e a maior proporção de jovens que afirma ter uma outra deficiência (19.3%).

Nas restantes modalidades não se observam diferenças significativas, assinalando que a prática mais referida, para aproximadamente metade dos jovens em todos os grupos é o futebol.

Da lista de actividades de ocupação dos tempos livres, observam-se diferenças significativas em algumas actividades (quadro 26 anexo 1).

No grupo com um problema de saúde menos jovens referem ouvir música, conversar com os amigos, praticar desporto, assistir a acontecimentos desportivos, fazer trabalhos de casa, ir ao café, estar só, dormir, fazer compras, estar com amigos, ver televisão e vídeos, falar ao telefone, ir à praia, enquanto neste mesmo grupo mais jovens referem ler, trabalhar para ganhar dinheiro, fazer colecções na primavera e verão, tocar música, participar em actividades de arte e expressão, participar em actividades de solidariedade social, e fazer outras actividades (quadro 10). Nas restantes actividades não se observam associações significativas.

Quadro 10 - Associação entre ocupação de tempos livres com a percepção problema da saúde (amostra 1)

a)	χ^2	p
Ouvir música primavera/verão	12.889	***
Ouvir música outono/inverno	8.182	**
Ler primavera/verão	28.658	***
Ler outono/inverno	7.101	**
Trabalhar para ganhar dinheiro outono/inverno	6.690	**
Conversar amigos primavera/verão	5.129	*
Conversar amigos outono/inverno	10.283	***
Praticar desporto grupo primavera/verão	19.586	***
Assistir acontec. desportivos primavera/verão	4.460	*
Fazer tpc ou mais trabalhos escola outono/inverno	10.389	***
Ir ao café primavera/verão	7.753	**
Estar só (pensar, relaxar) outono/inverno	4.663	*
Dormir primavera/verão	3.920	*
Dormir outono/inverno	5.824	*
Fazer compras/ver montras outono/inverno	9.954	**
Fazer uma colecção primavera/verão	8.965	**
Ver TV/vídeo outono/inverno	13.310	***
Falar ao telefone primavera/verão	5.385	*
Falar ao telefone outono/inverno	6.919	**
Ir à praia primavera/verão	6.552	**
Tocar música/cantar primavera/verão	4.615	*
Solidariedade social primavera/verão	3.989	*
Outra primavera/verão	11,378	***

Leg. a)gl = 1; *p<.05;**p<.01;***p<.001

Comparando a distribuição das actividades de tempos livres de jovens com e sem uma doença crónica (quadro 27 anexo 1), observa-se uma associação significativa no envolvimento em actividades de tempo livres, respectivamente, menos jovens neste grupo referem ouvir música, fazer trabalhos de casa, dormir, estar com amigos, falar ao telefone, e inversamente mais jovens deste grupo afirmam ir ao cinema e teatro, participar em actividades de arte e expressão, actividades associativas e outras (quadro 11).

Quadro 11 - Associação entre ocupação de tempos livre com a percepção de problema de saúde (amostra 1)

a)	Sem Doença crónica	Com Doença crónica	Doença	χ^2	p
Ouvir música outono/inverno	31.0	69.0	36.8	63.2	5.181 *
Cinema, teatro, concertos primavera/verão	22.7	77.3	18.3	81.7	3.830 *
Conversar amigos primavera/verão	10.2	89.8	16.0	84.0	11.929 ***
Fazer tpc ou mais trabalhos escola outono/inverno	30.0	70.0	39.0	61.0	13.070 ***
Dormir outono/inverno	23.3	76.7	30.3	69.7	9.061 **
Estar c/ amigos primavera/verão	9.9	90.1	16.3	83.7	15.042 ***
Falar ao telefone outono/inverno	37.4	62.6	43.3	56.7	4.923 *
Actividades "arte e expressão" primavera/verão	58.7	41.3	53.4	46.6	3.870 *
Actividades associativas primavera/verão	56.3	43.7	50.6	49.4	4.471 *
Outra primavera/verão	87.0	13.0	79.2	20.8	17.534 ***
Outra outono/inverno	91.3	8.7	84.0	16.0	21.952 ***

Leg. a)gl = 1; *p<.05;**p<.01;***p<.001

Comparando a distribuição das actividades de tempos livres de jovens com e sem uma deficiência motora (quadro 28 anexo 1), observa-se uma associação significativa no envolvimento em actividades de ocupação de tempos livres, em que menos jovens afirmam ouvir música, ler, jogar cartas, vídeo e computador, ajudar nas tarefas domésticas, fazer trabalhos de casa, namorar, dormir, fazer compras, conversar e estar com amigos, praticar desporto, assistir a acontecimentos desportivos, ver televisão e vídeo, navegar na Internet, ir à praia e visitar familiares e amigos (quadro 12).

Quadro 12 - Associação entre ocupação de tempos livre com a percepção de deficiência motora (amostra 1)

a)	χ^2	p
Ouvir música outono/inverno	28.658	***
Ler primavera/verão	5.133	*
Ler outono/inverno	26.909	***
Jogar cartas, vídeo, computador	5.922	*
Trabalhar para ganhar dinheiro outono/inverno	10.039	**
Conversar amigos primavera/verão	22.478	***
Conversar amigos outono/inverno	24.009	***
Praticar desporto grupo primavera/verão	11.163	***
Assistir acontec. desportivos primavera/verão	7.635	**
Ajudar nos trabalhos domésticos_ outono/inverno	9.058	**
Fazer tpc ou mais trabalhos escola primavera/verão	4.094	*
Fazer tpc ou mais trabalhos escola outono/inverno	28.831	***
Namorar/estar c/ namorado_ outono/inverno	8.439	**
Estar só (pensar, relaxar) outono/inverno	6.777	**
Dormir outono/inverno	44.808	***
Fazer compras/ver montras primavera/verão	4.545	*
Estar c/ amigos primavera/verão	6.653	**
Estar c/ amigos outono/inverno	15.751	***
Fazer uma colecção primavera/verão	6.201	*
Ver TV/vídeo outono/inverno	45.472	***
Navegar na internet outono/inverno	8.983	**
Falar ao telefone outono/inverno	12.911	***
Ir à praia primavera/verão	48.655	***
Ir à praia outono/inverno	22.299	***
Actividades “arte e expressão” primavera/verão	8.625	**
Solidariedade social primavera/verão	8.842	**
Actividades associativas primavera/verão	4.093	*
Visitar conhecidos/familiares primavera/verão	11.213	***
Visitar conhecidos/familiares outono/inverno	5.615	*
Outra primavera/verão	71.277	***
Outra outono/inverno	48.814	***

Leg. a)gl = 1 *p<.05;**p<.01;***p<.001

Comparando a distribuição das actividades de tempos livres de jovens com e sem uma deficiência sensorial (quadro 29 anexo 1), observa-se uma associação significativa no envolvimento das seguintes actividades, menos jovens afirmam ouvir música, assistir a

acontecimentos desportivos, ir à praia, namorar e estar com o namorado, enquanto uma maior percentagem afirma fazer os trabalhos da escola, ir à praia, fazer actividades de expressão, actividades de solidariedade, actividades associativas e outras (quadro 13).

Quadro 13 - Associação entre ocupação de tempos livre com a percepção de deficiência sensorial (amostra 1)

a)	χ^2	p
Ouvir música outono/inverno	4.122	*
Conversar amigos outono/inverno	11.009	***
Assistir acontec. desportivos primavera/verão	6.079	*
Fazer tpc ou mais trabalhos escola primavera/verão	14.163	***
Ir à praia primavera/verão	5.292	*
Ir à praia outono/inverno	4.045	*
Tocar musica/cantar outono/inverno	3.903	*
Actividades "arte e expressão" primavera/verão	4.900	*
Actividades "arte e expressão" outono/inverno	13.942	***
Solidariedade social primavera/verão	6.620	**
Solidariedade social outono/inverno	5.829	*
Actividades associativas primavera/verão	5.424	*
Actividades associativas outono/inverno	5.741	*
Outra primavera/verão	21.341	***
Outra outono/inverno	7.623	**

Leg. a)gl = 1 *p<.05;**p<.01;***p<.001

Comparando as associações significativas entre a percepção de uma outra situação (quadro 30 anexo 1), com as actividades de tempos livres estes jovens afirmam em maior proporção que, vão à praia, participam em actividades de expressão e solidariedade, actividades associativas e outras actividades em ambas a épocas do ano. Uma menor percentagem afirma conversar com amigos, fazer trabalhos da escola em casa, dormir, estar com amigos e falar ao telefone em ambas as épocas do ano (quadro 14).

Quadro 14 - Associação entre ocupação de tempos livre com a percepção de outra situação (amostra 1)

a)	χ^2	p
Trabalhar para ganhar dinheiro outono/inverno	6.478	*
Conversar amigos outono/inverno	11.855	***
Fazer tpc ou mais trabalhos escola outono/inverno	13.070	***
Dormir outono/inverno	9.061	**
Estar c/ amigos primavera/verão	15.042	***
Falar ao telefone outono/inverno	4.923	*
Ir à praia primavera/verão	4.050	*
Ir à praia outono/inverno	7.890	**
Actividades "arte e expressão" primavera/verão	3.870	*
Solidariedade social primavera/verão	8.142	**
Actividades associativas primavera/verão	4.471	*
Outra primavera/verão	17.534	***
Outra outono/inverno	21.952	***

Leg. a)gl = 1; *p<.05;**p<.01;***p<.001

Dos itens relativos aos comportamentos de saúde, observa-se que existem diferenças significativas somente em alguns itens (quadro 31 anexo 1), que passamos a descrever.

Relativamente ao consumo de tabaco uma maior proporção de com deficiência motora fuma todos os dias (14.3%) ou pelo menos uma vez por semana (9.2%) sendo ainda significativa a proporção inferior de jovens neste grupo que não fuma (71.4%). Nos restantes grupos não existe uma associação significativa apesar da percentagem de jovens que fuma todos os dias ser ligeiramente superior no grupo com um problema de saúde (10.2%), doença crónica (10.5%), com deficiência motora (14.3%) e com outra situação (9%) (quadro 15).

A proporção de jovens com um problema da saúde, uma deficiência motora, deficiência sensorial ou outra situação que afirmam já ter ficado embriagados é significativamente superior, respectivamente 29.5%, 39.6%, 33.5% e 33.9% (quadro 15).

Quadro 15 - Associação entre comportamentos saúde/risco com a percepção de problema de saúde ou deficiência (amostra 1)

	<i>Problema de saúde</i>	<i>Doença crónica</i>	<i>Deficiência motora</i>	<i>Deficiência sensorial</i>	<i>Outra situação</i>
Frequência tabaco a)	$\chi^2 = 5.419$	$\chi^2 = 3.508$	$\chi^2 = 10.092^*$	$\chi^2 = 3.271$	$\chi^2 = .347$
Já ficou com embriaguez b)	$\chi^2 = 10.471^{***}$	$\chi^2 = 2.518$	$\chi^2 = 11.935^{***}$	$\chi^2 = 10.879^{***}$	$\chi^2 = 14.972^{***}$
Consumo drogas último mês a)	$\chi^2 = 21.643^{***}$	$\chi^2 = 50.657^{***}$	$\chi^2 = 131.637^{***}$	$\chi^2 = 27.855^{***}$	$\chi^2 = 19.203^{***}$
Relações sexuais b)	$\chi^2 = .292$	$\chi^2 = .705$	$\chi^2 = 9.670^{**}$	$\chi^2 = 7.131^{**}$	$\chi^2 = 3.065$
Uso preservativo b)	$\chi^2 = 1.879$	$\chi^2 = 2.173$	$\chi^2 = 19.841^{***}$	$\chi^2 = 10.606^{**}$	$\chi^2 = 7.570^*$
Provocado c)	$\chi^2 = 36.727^{***}$	$\chi^2 = 11.834^{**}$	$\chi^2 = 6.990^*$	$\chi^2 = 19.228^{***}$	$\chi^2 = 10.882^{**}$
Provocou c)	$\chi^2 = 13.758^{***}$	$\chi^2 = 13.099^{***}$	$\chi^2 = 14.060^{***}$	$\chi^2 = 1.733$	$\chi^2 = 5.502$

Leg. a)gl = 3; b) gl = 1; c) gl=2 ; *p<.05;**p<.01;***p<.001

O consumo de drogas no último mês apresenta uma associação significativa com a percepção de um problema de saúde, doença crónica, deficiência sensorial, deficiência motora e outra situação, sendo que nestes grupos uma maior a percentagem afirma consumir drogas regularmente, respectivamente 3.5%, 6.1%, 15.9%, 5.7% e 4.4% e uma menor a percentagem que afirma não ter consumido drogas no último mês. Assinala-se que a proporção de jovens que nunca consumiu drogas corresponde à maioria dos jovens nos vários grupos, a saber problema de saúde (90.1%), doença crónica (88.7%), deficiência motora (72.7%), deficiência sensorial (89.1%) e outra situação (88.9%), que corresponde a uma

percentagem ligeiramente inferior aos grupos sem deficiência, apesar desta diferença não ser significativa.

Existe uma percentagem significativamente superior de jovens com deficiência motora (46.9%) e deficiência sensorial (66.1%) que referem ter tido relações sexuais, em comparação com a percentagem nos grupos jovens sem estas deficiências em que o valor percentual se situa nos 23%. Nos restantes grupos não se verificando uma associação significativa observa-se a mesma tendência de distribuição à excepção do grupo com uma doença crónica.

No que respeita a referência à não utilização de preservativos nos grupos com deficiência motora, sensorial e outra situação uma proporção significativamente superior afirma usar preservativos, correspondendo aos seguintes valores percentuais, deficiência motora (26.7%), deficiência sensorial (13.6%), outra situação (12.1%).

Os grupos com um problema de saúde (12%), doença crónica (12.3%), deficiência sensorial (14.2%), deficiência motora (14.4%) ou outra situação (11.7%) referem mais frequentemente ter sido provocados várias vezes por semana, sendo esta percentagem significativamente superior em comparação com os jovens sem deficiências. Os jovens com um problema de saúde (5.9%), doença crónica (7.7%) e deficiência motora (10.1%), afirmam mais que provocam os colegas várias vezes por semana.

ANÁLISE COMPARATIVA DAS PERCEPÇÕES DE SAÚDE ENTRE JOVENS COM E SEM UM PROBLEMA DE SAÚDE, DOENÇA CRÓNICA, DEFICIÊNCIA MOTORA, DEFICIÊNCIA SENSORIAL OU OUTRA SITUAÇÃO - AMOSTRA 2

A apresentação dos resultados, à semelhança da amostra anterior será realizada subdividindo as respostas obtidas em função das questões relativas à percepção de um problema de saúde, doença crónica, deficiência motora, deficiência sensorial, ou outra situação.

No que respeita a amostra deste estudo, que se baseia num grupo de alunos com e sem necessidades educativas especiais, os jovens de ambos os grupos que percepcionam ter de um problema de saúde ou deficiência corresponde a 40% da amostra total. Nas questões seguintes associadas à discriminação da condição de saúde ou deficiência, 17.0% assinalam ter uma doença crónica, 3.5% uma deficiência motora, 10.6% uma deficiência sensorial e 13.5%, uma outra situação.

De seguida passamos então a descrever as distribuições pelas variáveis em estudo e as associações observadas em função da percepção de um problema de saúde, de uma doença crónica, deficiência sensorial, deficiência motora ou outra situação nesta amostra.

No que respeita os aspectos sócio-demográficos (quadro 32 anexo 1), verifica-se que existe uma percentagem um pouco superior de rapazes nos grupos de jovens que referem um

problema de saúde e uma doença crónica (63.7% e 66.7%) em comparação com os jovens sem um problema de saúde (59.5%) e sem uma doença crónica (60.3%). Nos restantes grupos o valor situa-se entre os 50 % e 55%. Porém verifica-se tendencialmente um maior número de rapazes, sendo que nos grupos com um problema de saúde e doença crónica este valor tende a ser ligeiramente superior em comparação com os grupos de jovens sem um problema de saúde ou doença crónica.

No que respeita o grupo etário, aproximadamente metade dos jovens pertencem ao grupo dos 15 anos, tendência similar em todos os grupos com e sem um problema de saúde e deficiências, oscilando as percentagens entre 41.3% no grupo de jovens com doença crónica e 50% no grupo de jovens com uma deficiência motora. O grupo com 11 anos é aquele em que existe um menor número de participantes em todos os sub-grupos amostrais (com valores percentuais entre os 0% e 1.7%). Importa aqui assinalar que esta situação prende-se com o facto de os jovens inquiridos com um problema de saúde ou deficiência terem uma idade superior à esperada devido a situações de retenção nos níveis de escolaridade que frequentam. Os jovens que pertencem ao grupo etário dos 13 anos representam entre 7.9% a 13.2% das sub-amostras. Salienta-se que os jovens com uma deficiência motora não assinalam este grupo etário bem como o grupo etário com 11 anos. Salienta-se ainda que existe um número acentuado de jovens com mais de 16 anos, com valores percentuais entre os 37.9% e os 50%, apesar de esta percentagem ser relativamente semelhante ao compararmos os grupos com e sem um problema de saúde ou deficiências.

No que respeita a escolaridade, em todos os grupos aproximadamente metade frequenta o 8º ano, sendo que um pouco mais de metade dos jovens com um problema de saúde frequentam o 8º ano (54%), 23.4% o 10º ano e 22.6% o 6º ano. No grupo com doença crónica, 54.2% frequenta o 8º ano, 25% o 10º ano e 20.8% o 6º ano. No grupo com deficiência motora, 50% frequenta o 10º ano, 40% o 8º ano e 10% o 6º ano. No grupo com

deficiência sensorial 66.7% frequenta o 8º ano, 26.7% frequenta o 10º ano e 6.7% frequenta o 6º ano. No grupo com outra situação 42.1% frequenta o 8º ano, 15.8% frequenta o 10º ano e 42.1% frequenta o 6º ano.

De seguida passamos a descrever os dados relativos ao grupo de identificação, nacionalidade do jovem e dos pais (quadro 33 anexo 1).

Quanto ao grupo de identificação a grande maioria identifica ser “branco”, sendo a percentagem relativamente inferior nos grupos de jovens que referem um problema de saúde (83.9%), doença crónica (85.4%), deficiência motora (70%), deficiência sensorial (76.7%), e superior no grupo com outra situação (92.1%). Aponta-se que no grupo com uma deficiência motora a percentagem de jovens que refere ser de outra etnia é duas vezes superior em comparação com o grupo de jovens sem deficiência motora.

No que respeita a nacionalidade, mais uma vez a maioria é de nacionalidade portuguesa com valores percentuais entre os 70% e 94%, sendo a percentagem de jovens que refere outra nacionalidade, superior nos grupos de jovens que afirmam ter um problema de saúde (10.5%), doença crónica (10.4%), deficiência motora (30%) e deficiência sensorial (13.3%). Somente no grupo com outra situação se verifica que são menos jovens neste grupo aqueles que referem ter outra nacionalidade (5.3%).

Observa-se a mesma tendência na nacionalidade do pai, sendo que a maioria dos jovens nos grupos com e sem um problema de saúde referem que estes são de nacionalidade portuguesa, sendo esta percentagem um pouco inferior nos grupos com problema de saúde e deficiências respectivamente, problema de saúde (79.8%), doença crónica (79.2%), deficiência motora (70%), deficiência sensorial (73.3%) exceptuando-se o grupo de jovens com outra situação em que esta percentagem é superior (89.5%). A nacionalidade da mãe apresenta uma distribuição semelhante, em que a maioria dos jovens refere que a sua mãe é

de nacionalidade portuguesa, com valores percentuais entre os 70 e 86%, contudo verifica-se que no grupo de jovens com doença crónica esta percentagem é um pouco superior (85.4%) em relação ao grupo de jovens sem doença crónica(83.8%).

Aponta-se que em ambas as questões sobre a nacionalidade dos pais, são os jovens com deficiência motora aqueles que em maior percentagem referem os pais terem uma outra nacionalidade, correspondendo a um valor percentual de 30%.

De seguida passamos a descrever os aspectos sócio-económicos assinalados pelos grupos (quadro 34 anexo 1).

Aproximadamente metade dos jovens refere um nível financeiro médio, sendo os jovens com um problema de saúde ou deficiência aqueles que mais afirmam a família ter um fraco nível financeiro. A maioria dos pais dos jovens tem emprego, sendo os grupos de jovens com um problema de saúde, doença crónica, deficiência motora e outra situação aqueles em que uma maior percentagem refere o pai e a mãe não ter emprego.

No que respeita o estatuto social do pai, observa-se uma distribuição equitativa pelos vários níveis possíveis, sendo as percentagens no grupo de jovens com um problema de saúde superiores nos níveis 2, 3, 4 e 5 (níveis mais inferiores do estatuto social). No grupo com doença crónica, a distribuição sendo bastante similar, salienta-se a maior percentagem de respostas no nível 2. No grupo de jovens com deficiência motora quase metade (40%) apresenta respostas não classificáveis, sendo a resposta mais assinalada para 30% dos jovens no grupo relativa ao nível 3. No grupo com deficiência sensorial 1/3 dos pais enquadra-se no nível médio (3).

No que respeita o estatuto profissional da mãe, observa-se uma maior percentagem que aponta o nível mais elevado no grupo de jovens com um problema de saúde, doença crónica, deficiência sensorial e deficiência motora. Na globalidade a modalidade em que se

observa a maior tendência de respostas é no nível 3, para todos os grupos, assinalando-se a grande percentagem de respostas não classificáveis em aproximadamente 1/5 dos jovens. Quanto ao nível de instrução dos pais, nos jovens com um problema de saúde aproximadamente 1/3 refere que o nível de instrução dos pais é do do 1º ou 2º/3º ciclos, contudo, estes jovens referem mais uma instrução dos pais no nível superior quando comparamos as respostas com os grupos de jovens sem problemas de saúde.

Quanto ao nível de afluência familiar (quadro 35 anexo 1) não se registam associações significativas com a percepção de um problema de saúde ou deficiência em todos os grupos e para todos os itens desta escala. O nível de afluência familiar baixo é a resposta mais comum nos jovens que percebem um problema de saúde (39.5%), assim como para o grupo de jovens que refere ter uma doença crónica (41.7%) e para o grupo de jovens que refere outra situação (44.7%), sendo este valor percentual um pouco superior em comparação com os grupos sem estes problemas de saúde/deficiência. O nível de afluência alto, é referido por 24.2% dos jovens no grupo com um problema de saúde, 22.9% no grupo com uma doença crónica, 40 % no grupo com deficiência motora, 30% no grupo com deficiência sensorial e 21.1% no grupo com outra situação, sendo esta percentagem superior em comparação com os grupos sem problemas de saúde /deficiência nos jovens com deficiência motora e com deficiência sensorial.

Quadro 16 – Associação entre percepção de problema de saúde/deficiências com a percepção de afluência familiar (amostra 2)

	<i>Problema de saúde</i>	<i>Doença crónica</i>	<i>Deficiência motora</i>	<i>Deficiência sensorial</i>	<i>Outra situação</i>
Transporte próprio na família a)	$\chi^2 = 3.304$	$\chi^2 = 4.311$	$\chi^2 = 3.051$	$\chi^2 = 2.296$	$\chi^2 = 1.669$;
Quarto próprio b)	$\chi^2 = .155$	$\chi^2 = 2.060$	$\chi^2 = 1.885$	$\chi^2 = .246$	$\chi^2 = .005$;
Viagens de férias com a família c)	$\chi^2 = 4.977$	$\chi^2 = 1.547$	$\chi^2 = 2.605$	$\chi^2 = 1.053$	$\chi^2 = 3.971$
Computador em casa c)	$\chi^2 = 4.720$	$\chi^2 = 1.696$	$\chi^2 = 4.659$	$\chi^2 = 4.614$	$\chi^2 = 2.295$
Nível de Afluência Familiar a)	$\chi^2 = 3.618$	$\chi^2 = 1.775$	$\chi^2 = 2.629$	$\chi^2 = .072$	$\chi^2 = 2.543$;

Leg. a) gl=2; b) gl=1; c) gl= 3

De seguida descrevemos a percepção de saúde satisfação e felicidade, assinalando que as associações entre estas medidas e as percepções de um problema de saúde ou deficiências

nem sempre são significativas. Neste âmbito assinalamos o grupo com a percepção de um problema de saúde aquele em que se verificam mais associações e o grupo com deficiência motora aquele em que em nenhum dos itens utilizados se encontraram associações (quadro 36 anexo 1). Passamos de seguida a fazer uma descrição destes resultados (quadro 17).

Quadro 17 – Associação entre percepção de um problema de saúde/deficiências e a percepção de saúde, felicidade, satisfação com a vida (amostra 2)

	<i>Problema de saúde</i>	<i>Doença crónica</i>	<i>Deficiência motora</i>	<i>Deficiência sensorial</i>	<i>Outra situação</i>
Percepção de saúde a)	$\chi^2=23.477^{***}$	$\chi^2=7.989^*$	$\chi^2=1.291$	$\chi^2=4.765$	$\chi^2=30.151^{***}$
Percepção de felicidade a)	$\chi^2=8.382^*$	$\chi^2=.495$	$\chi^2=6.710$	$\chi^2=4.304$	$\chi^2=4.985$
Satisfação com a vida na última semana					
Gostar como as coisas correm a)	$\chi^2=7.953^*$	$\chi^2=1.289$	$\chi^2=1.138$	$\chi^2=8.645^*$	$\chi^2=3.851$
A vida corre bem a)	$\chi^2=23.866^{***}$	$\chi^2=8.203^*$	$\chi^2=2.712$	$\chi^2=8.255^*$	$\chi^2=3.319$
Gostar de mudar coisas na vida a)	$\chi^2=1.258$	$\chi^2=1.813$	$\chi^2=1.632$	$\chi^2=1.403$	$\chi^2=.538$
Desejar um tipo de vida diferente a)	$\chi^2=7.746^*$	$\chi^2=2.557$	$\chi^2=1.343$	$\chi^2=1.224$	$\chi^2=7.919^*$
Ter uma boa vida a)	$\chi^2=7.687^*$	$\chi^2=1.547$	$\chi^2=3.196$	$\chi^2=9.368^*$	$\chi^2=2.415$
Sentir-se bem com o que tem acontecido a)	$\chi^2=13.356^{**}$	$\chi^2=3.200$	$\chi^2=2.028$	$\chi^2=9.900^*$	$\chi^2=3.427$

Leg. a) gl = 3; *p<.05;**p<.01;***p<.001

Observam-se diferenças significativas na percepção de saúde em função da identificação de um problema de saúde, em que, são menos os jovens com um problema de saúde (18.5%) que afirmam ter uma saúde excelente, afirmando mais ter uma saúde razoável (26.6%) ou má (5.6%). Observam-se ainda diferenças significativas nos jovens com doença crónica, sendo que uma menor proporção de jovens afirma ter uma saúde excelente (14.6%).

Nos grupos de jovens com uma deficiência ou sensorial e motora não existem diferenças significativas. No grupo de jovens com uma outra situação, existem diferenças significativas, sendo que estes afirmam em maior proporção ter uma saúde má (15.8%) ou razoável (31.6%).

No que respeita a percepção de felicidade, observam-se diferenças significativas no grupos de jovens com um problema de saúde ou deficiência, sendo que uma menor proporção afirma ser muito feliz (20.5%) e uma maior proporção afirma ser infeliz (8.2%). Nos restantes grupos não se verificam associações significativas, verificando-se porém a tendência em todos os grupos com deficiência para se sentirem mais infelizes.

No que diz respeito a percepção de satisfação, os jovens com um problema de saúde afirmam que gostam como as coisas correm às vezes (51.2%) em maior proporção, e os jovens com uma deficiência sensorial afirmam mais que gostam sempre como as coisas correm (10%). Apesar da associação não ser significativa nos restantes grupos e modalidades de respostas verifica-se uma tendência para um maior número de jovens com um problema de saúde afirmar que nunca gostam como as coisas correm.

Existem diferenças significativas na proporção de jovens que sentem que a sua vida corre bem, sendo menor a proporção de jovens que referem que a sua vida corre sempre bem, no grupo com um problema de saúde (16.5%) e no grupo com uma doença crónica (14.6%), enquanto os jovens com deficiência sensorial afirmam mais que a sua vida somente às vezes corre bem (56.7%).

Não se observa uma associação significativa entre a afirmação “gostar de mudar coisas na vida” em função de nenhum grupo, observando-se porém a tendência para uma maior frequência de jovens com um problema de saúde ou deficiências que gostariam sempre de mudar algo na sua vida. Observam-se diferenças significativas na proporção de jovens que afirmam desejar ter um tipo de vida diferente, sendo superior a percentagem de jovens com um problema de saúde (21.3%) e com outra situação (29.7%) que desejam quase sempre um tipo de vida diferente.

Observam-se diferenças significativas na distribuição das respostas em relação à percepção de uma boa vida, sendo menor a proporção de jovens com um problema de saúde (29.8%) e com uma deficiência sensorial (26.7%) que referem ter sempre uma boa vida.

Os jovens com um problema de saúde afirmam mais sentir-se às vezes bem com o que lhes tem acontecido (47.5%) e afirmam menos sentir-se sempre bem com o que lhes tem

acontecido (14.8%) enquanto os jovens com uma deficiência sensorial afirmam menos sentir-se sempre bem com o que lhes tem acontecido (13.3%).

Ao observarmos os valores da média da satisfação de vida da Escala de Cantril (quadro 37 anexo1), observa-se os valores são bastante similares nos grupos, oscilando entre valores médios satisfatórios (M=6/7), sendo a diferença nas médias significativamente distinta no grupo com um problema de saúde, que apresenta um valor um pouco inferior (M=6.64) em relação ao grupo sem um problema de saúde (M=7.42).

Em relação aos sintomas (quadro 38 anexo 1), se bem que para a maioria dos itens estudados não se observam associações significativas entre os sintomas e a identificação de um problema de saúde ou deficiências, passamos de seguida a descrever as diferenças encontradas (quadro 18).

Quadro 18 – Associação entre percepção de problema de saúde ou deficiências e ajustamento psicossocial (amostra 2)

a)	<i>Problema de saúde</i>	<i>Doença crónica</i>	<i>Deficiência motora</i>	<i>Deficiência sensorial</i>	<i>Outra situação</i>
Sintomas físicos					
Dor de cabeça	$\chi^2 = 6.294$	$\chi^2 = 10.270 *$	$\chi^2 = 2.442$	$\chi^2 = 3.932$	$\chi^2 = 6.10$
Dores de estômago	$\chi^2 = 1.626$	$\chi^2 = 5.261$	$\chi^2 = 1.312$	$\chi^2 = 5.272$	$\chi^2 = 8.149$
Dores de costas	$\chi^2 = 13.014 *$	$\chi^2 = 10.871 *$	$\chi^2 = 13.320 **$	$\chi^2 = 2.309$	$\chi^2 = 16.016 **$
Dores de pescoço e ombros	$\chi^2 = 7.235$	$\chi^2 = 4.310$	$\chi^2 = 1.839$	$\chi^2 = 9.737 *$	$\chi^2 = 8.444 *$
Cansaço e exaustão	$\chi^2 = 5.309$	$\chi^2 = 2.292$	$\chi^2 = 2.594$	$\chi^2 = 12.667 *$	$\chi^2 = 2.568$
Tonturas	$\chi^2 = 4.544$	$\chi^2 = 4.988$	$\chi^2 = 2.352$	$\chi^2 = 2.232$	$\chi^2 = 5.279$
Sintomas psicológicos					
Sentir-se deprimido	$\chi^2 = 4.374$	$\chi^2 = 4.948$	$\chi^2 = 4.461$	$\chi^2 = 2.829$	$\chi^2 = 8.931 *$
Sentir dificuldades em adormecer	$\chi^2 = 3.199$	$\chi^2 = 1.984$	$\chi^2 = 1.831$	$\chi^2 = 3.384$	$\chi^2 = 5.603$
Sentir-se irritado	$\chi^2 = 1.774$	$\chi^2 = 2.721$	$\chi^2 = 2.440$	$\chi^2 = 3.018$	$\chi^2 = 12.903 *$
Sentir-se nervoso	$\chi^2 = 7.683$	$\chi^2 = 5.688$	$\chi^2 = 2.560$	$\chi^2 = 9.372 *$	$\chi^2 = 7.845$
Sentir medo	$\chi^2 = 7.912$	$\chi^2 = 7.886$	$\chi^2 = 4.553$	$\chi^2 = 7.274 *$	$\chi^2 = 2.671$

Leg. a) gl = 4; *p<.05;**p<.01

Existem mais jovens com um problema de saúde (14.5%), doença crónica(18.8%), deficiência motora(40%) e outra situação(21.1%) que afirmam ter dores nas costas quase todos os dias. No grupo com uma deficiência sensorial mais jovens afirmam que sentem dores no pescoço e ombro mais do que uma vez por semana (16.7%) e o grupo de jovens com

outra situação afirma mais vezes que sente dores de pescoço e ombros quase todos os dias (21.1%). Os jovens com uma deficiência sensorial afirmam mais vezes que sentem cansaço mais do que uma vez por semana (36.7%). Os jovens com outra situação afirmam menos nunca se sentirem irritados (28.9%). Os jovens com uma deficiência sensorial que se sentem quase todos os dias nervosos. Ainda, existe uma maior proporção de jovens com deficiência sensorial que sentem medo mais do que uma vez por semana (10%) ou todas as semanas (10%).

No que respeita a percepção da experiência escolar quando comparamos a distribuição das respostas dos jovens com e sem um problema de saúde e deficiências em todas as questões estudadas, as diferenças significativas prendem-se unicamente com a percepção de ficar sozinho na escola, a aceitação dos colegas e a percepção do impacto da deficiência na participação e realização de actividades (quadro 39 anexo 1). De seguida passamos a descrever sucintamente os dados obtidos (quadro 19).

Quadro 19 – Associação entre percepção de problema de saúde/deficiência e experiência na escola (amostra 2)

	<i>Problema de saúde</i>	<i>Doença crónica</i>	<i>Deficiência motora</i>	<i>Deficiência sensorial</i>	<i>Outra situação</i>
Sentimento escola a)	$\chi^2=1.412$	$\chi^2=.112$	$\chi^2=.328$	$\chi^2=3.921$	$\chi^2=.017$
Capacidade académica a)	$\chi^2=4.267$	$\chi^2=.617$	$\chi^2=2.651$	$\chi^2=1.638$	$\chi^2=1.394$
Escola ficar sozinho b)	$\chi^2=11.198^{***}$	$\chi^2=2.013$	$\chi^2=.523$	$\chi^2=4.171$	$\chi^2=4.004$
Professores ajudam quando preciso a)	$\chi^2=3.429$	$\chi^2=1.143$	$\chi^2=.112$	$\chi^2=.004$	$\chi^2=.250$
Professores interessam se por mim a)	$\chi^2=.038$	$\chi^2=.056$	$\chi^2=.003$	$\chi^2=.301$	$\chi^2=1.778$
Colegas são simpáticos e prestáveis b)	$\chi^2=3.902$	$\chi^2=.479$	$\chi^2=1.441$	$\chi^2=1.182$	$\chi^2=4.350$
Colegas aceitam-me b)	$\chi^2=5.637$	$\chi^2=2.708$	$\chi^2=.093$	$\chi^2=1.815$	$\chi^2=8.328^*$
Problema de saúde afecta participação na escola a)	$\chi^2=42.609^{***}$	$\chi^2=4.289^*$	$\chi^2=1.374$	$\chi^2=10.878^{***}$	$\chi^2=26.863^{***}$
Problema saúde impede-te de fazer o que os colegas da tua idade fazem a)	$\chi^2=30.372^{***}$	$\chi^2=1.903$	$\chi^2=8.916^{**}$	$\chi^2=2.784$	$\chi^2=24.196^{***}$

Leg. a) gl = 1; b) gl=2; *p<.05; **p<.01; ***p<.001

Na questão relativa à percepção de aceitação pelos colegas, observa-se que uma menor proporção de jovens com outra situação concorda fortemente/concorda que os colegas o aceitam (64.9%).

Apesar de a grande maioria considerar que o problema de saúde não afecta sua participação na escola, exceptuando o grupo com deficiência motora em que todos os jovens consideram que a sua participação é afectada, existe uma maior percentagem de jovens com um problema de saúde (25.8%), doença crónica (20.8%), deficiência motora (100%), deficiência sensorial (30%) e outra situação (36.8%) que consideram que a sua participação é afectada devido ao problema de saúde ou deficiência reportado.

O problema de saúde impede ainda mais os jovens com um problema de saúde (22.6%), deficiência motora (40%) e outra situação (34.2%) de fazer o que os colegas da sua idade fazem, apesar de mais uma vez se verificar tal como na questão anterior que a grande maioria não considera que o problema de saúde ou deficiência se traduz em restrições à realização de actividades.

No que respeita as competências sociais relatadas (quadro 40 anexo 1) observa-se somente uma associação com a capacidade de defender direitos e a capacidade para dizer não na comparação das respostas entre os grupos com e sem uma outra situação (quadro 20). Pela análise dos resíduos ajustados os jovens que reportam outra situação assinalam menos serem capazes de defender direitos muitas vezes (47.2%) e dizer não (50%). Estas diferenças correspondem ainda à maior percentagem de jovens com outra situação que afirma raramente ser capaz de defender os seus direitos (13.9%) e ser capaz de dizer não (13.9%).

Quadro 20 – Associação entre percepção de problema de saúde/deficiência e percepções de competências sociais (amostra 2)

a)	<i>Problema desaúde</i>	<i>Doença crónica</i>	<i>Deficiência motora</i>	<i>Deficiência sensorial</i>	<i>Outra situação</i>
Capaz de defender direitos	$\chi^2=3.376$	$\chi^2=.704$	$\chi^2=.433$	$\chi^2=5.220$	$\chi^2=11.911^{**}$
Capaz de dizer não	$\chi^2=1.204$	$\chi^2=1.247$	$\chi^2=2.152$	$\chi^2=.310$	$\chi^2=8.186^*$
Capaz de dizer o que sente	$\chi^2=1.185$	$\chi^2=1.978$	$\chi^2=2.637$	$\chi^2=1.304$	$\chi^2=1.217$
Capaz de manter opinião nas discussões	$\chi^2=1.189$	$\chi^2=1.124$	$\chi^2=.403$	$\chi^2=.155$	$\chi^2=.451$
Capaz de se livrar de situações que não agradam	$\chi^2=1.145$	$\chi^2=.241$	$\chi^2=.164$	$\chi^2=.428$	$\chi^2=1.859$

Leg. a) gl = 2; *p<.05;**p<.01;***p<.001

De seguida assinalamos a comparação da percepção dos jovens face às relações com os pais e pares (quadro 41 anexo 1), verificando-se que, à excepção da percepção da comunicação com o pai, com o melhor amigo, falar com amigos do mesmo sexo e com amigas íntimas em alguns dos grupos estudados, não existem associações significativas para a maioria dos itens relativos às relações com os pais e pares (quadro 21).

Quadro 21 – Associação entre percepção de problema de saúde ou deficiência e relações família e pares (amostra 2)

a)	Problema de saúde	Doença crónica	Deficiência motora	Deficiência sensorial	Outra situação
Falar pai	$\chi^2 = 0.786$	$\chi^2 = 2.645$	$\chi^2 = 14.555^{***}$	$X^2 = 2.827$	$\chi^2 = 0.251$
Falar mãe	$\chi^2 = 2.063$	$\chi^2 = 3.815$	$\chi^2 = 4.198$	$X^2 = 3.190$	$\chi^2 = 0.842$
Falar melhor amigo	$\chi^2 = 4.306$	$\chi^2 = 1.083$	$\chi^2 = 8.600^*$	$X^2 = 0.521$	$\chi^2 = 5.052$
Falar amigos do mesmo sexo	$\chi^2 = 2.576$	$\chi^2 = 1.541$	$\chi^2 = 0.567$	$X^2 = 1.294$	$\chi^2 = 1.478$
Falar amigos sexo oposto	$\chi^2 = 2.404$	$\chi^2 = 1.782$	$\chi^2 = 0.678$	$X^2 = 6.835^*$	$\chi^2 = 1.023$
Amigos íntimos	$\chi^2 = 2.491$	$\chi^2 = 4.846$	$\chi^2 = 1.527$	$X^2 = 1.075$	$\chi^2 = 0.127$
Amigas íntimas	$\chi^2 = 8.057^*$	$\chi^2 = 4.348$	$\chi^2 = 4.640$	$X^2 = 0.853$	$\chi^2 = 3.156$
Ficar com amigos depois das aulas	$\chi^2 = 1.538$	$\chi^2 = 1.705$	$\chi^2 = 1.436$	$X^2 = 1.419$	$\chi^2 = 2.663$
Sair amigos à noite	$\chi^2 = 3.587$	$\chi^2 = 7.120$	$\chi^2 = 1.904$	$X^2 = 4.121$	$\chi^2 = 1.697$

Leg. a)gl = 2; *p<.05; **p<.01; ***p<.001

Pela análise da distribuição das frequências, os jovens com deficiência motora assinalam mais não ter ou não ver o pai (55.6%), não se observando nas restantes percepções de problema de saúde ou deficiências uma relação de dependência estatisticamente significativa, sendo que a maior percentagem de respostas em todos os grupos se verifica na percepção de que é fácil/muito fácil falar com o pai. No que diz respeito à facilidade em falar com a mãe não existem relações significativas, sendo que a maioria dos jovens afirma ser fácil/ muito fácil falar com a mãe. No que respeita falar com o melhor amigo observa-se uma relação no grupo de jovens com deficiência motora, sendo que estes jovens referem quatro vezes mais, não ter ou não ver o melhor amigo (33.3%). Falar com os amigos do mesmo sexo é para a maioria dos jovens fácil ou muito fácil não existindo uma associação significativa com a percepção de um problema de saúde ou deficiências, sendo o mesmo verificado para a facilidade em falar com amigos do sexo oposto, à excepção dos jovens com uma deficiência

sensorial que consideram em menor proporção ser fácil ou muito fácil falar com amigos do sexo oposto (41.4%).

O número de amigos íntimos não apresenta uma associação estatisticamente significativa com qualquer uma das percepções de um problema de saúde e deficiência. Em relação ao número de amigas íntimas verifica-se a mesma situação, exceptuando-se os jovens que reportam um problema de saúde que assinalam em maior proporção, três vezes mais, não ter nenhuma amiga íntima (10.9%).

Por fim, assinalamos que não existe uma associação estatisticamente significativa entre a percepção de um problema de saúde ou deficiências e ficar com os amigos depois das aulas ou sair com os amigos à noite. Nestes itens assinala-se que um pouco menos de metade dos jovens (aproximadamente 40%) nos vários sub-grupos refere ficar quatro ou mais dias com os amigos depois das aulas e aproximadamente metade dos jovens referem nunca sair com os amigos à noite.

No que respeita a prática de actividade física na semana (quadro 42 anexo 1), não se observam associações significativas com a percepção de um problema de saúde e deficiências, sendo que um pouco menos de metade dos jovens nos vários grupos, com e sem um problema de saúde ou deficiências referem praticar actividade física menos de três vezes por semana, oscilando estes valores entre 63% e 40%. Verifica-se que esta percentagem, apesar de não significativa é superior no grupo de jovens que refere ter um problema de saúde (50%), uma deficiência sensorial (63.3%) e no grupo de jovens com uma outra situação (57.1%). Os jovens com problema de saúde referem menos praticar actividade três vezes por semana ou todos os dias (respectivamente 37.5% e 6.7%), os jovens com doença crónica referem menos praticar actividade física todos os dias (4.8%), enquanto os jovens com deficiência motora referem mais praticar actividade física todos os dias (22.2%).

Em relação à de prática de actividades desportivas (quadro 43 anexo 1), para a maioria das modalidades não se observam diferenças significativas nas respostas, quando se compara a distribuição nos grupos de jovens com e sem um problema de saúde. De seguida passamos a apresentar os resultados comparativos obtidos, assinalando no quadro seguinte as modalidades desportivas em que se observaram diferenças significativas (quadro 22).

Quadro 22 – Associação entre prática de actividade física e desportos com percepção de problema de saúde ou deficiência (amostra 2)

a)	Sem Deficiência		χ^2	gl	p
	Motora				
Basquetebol	91.8	8.2	6.694	1	*
Natacao	80.6	19.4	6.964	1	*
Outra	84.0	16.0	9.489	1	*

Leg. a)gl = 1; *p<.05

Somente se verificaram diferenças significativas na prática de basquetebol, natação e outra modalidade no grupo de jovens com uma deficiência motora. Assinalando-se que neste grupo as modalidades desportivas mais praticadas são a natação e outra modalidade desportiva, existe uma maior proporção de jovens refere praticar basquetebol (33%), natação (55.6%) e outra modalidade desportiva (55.6%). Apesar de não existirem diferenças significativas, no grupo de jovens com um problema de saúde as modalidades mais praticadas são o futebol (36.4%) e a ginástica (24.8%), tal como no grupo de jovens com uma doença crónica, com os seguintes valores percentuais: futebol (39.6%) e ginástica (27.1%). De referir que estas modalidades são similarmemente, nos grupos sem problema de saúde e sem doença crónica, as mais praticadas.

Nos jovens que reportam uma deficiência sensorial, as modalidades mais praticadas são igualmente o futebol (33.3%) e a ginástica (26.7%), e no grupo com outra situação o futebol (38.9%) e a natação(22.2%).

Em relação à prática de actividades de ocupação dos tempos livres (quadro 44 anexo1), a associação com a percepção de um problema de saúde ou deficiência é estatisticamente significativa somente nos itens relativos à pratica de desporto de competição (primavera verão), ir à discoteca (primavera verão) e namorar (na primavera e verão. Da análise dos resíduos ajustados observa-se que os jovens com a percepção de um problema de saúde referem menos realizar estas actividades (quadro 23). Nas restantes actividades de tempos livres não se observa uma relação significativa. As actividades que são masi assinaladas neste grupo são ouvir música e conversar, respectivamente por 91.6% e 89.9% dos jovens. No que respeita a associação entre as actividades de tempos livres e a percepção de uma doença crónica, verifica-se uma relação estatisticamente significativa nas actividades, ver televisão na primavera e verão e nas actividades de expressão no outono e inverno, observando-se que mais jovens com doença crónica referem ver televisão (87.2%) e menos referem realizar actividades de expressão no outono inverno (11.4%) (quadro 23). Nas restantes actividades não se observam relações estatisticamente significativas.

Quadro 23 – Associação entre prática de tempos livres e percepção de problema de saúde ou deficiência (amostra 2)

a)	χ^2	p
Problema Saúde		
Praticar desporto competição primavera/verão	5.751	*
Ir à discoteca primavera/verão	4.680	*
Namorar/estar c/ namorado primavera/verão	6.810	**
Doença crónica		
Ver TV/vídeo primavera/verão	3.922	*
Actividades "arte e expressão" outono/inverno	11.413	*
Deficiência motora		
Ir à discoteca primavera/verão	6.232	*
Namorar/estar c/ namorado primavera/verão	5.291	*
Namorar/estar c/ namorado outono/inverno	4.426	*
Estar c/ amigos outono/inverno	5.423	*
Deficiência sensorial		
Jogar cartas, video, computador primavera /verão	10.762	***
Jogar cartas, video, computador outono/inverno	8.004	**
Fazer tpc escola outono/inverno	5.891	*
Dormir primavera/verão	7.625	**
Falar ao telefone outono/inverno	3.897	*
Outra situação		
Dormir primavera/verão	5.384	*
Fazer uma colecção primavera/verão	9.223	*
Actividades associativas primavera/verão	5.103	*

Leg. a)gl = 1; *p<.05; **p<.01

Relativamente à associação entre as actividades de tempos livres realizadas e a percepção de uma deficiência motora, verifica-se uma relação estatisticamente significativa nas actividades, ir à discoteca, namorar e estar com amigos, observando-se que os jovens com deficiência motora assinalam menos ir à discoteca na primavera/verão (11%), namorar na primavera verão (22%) e no outono/inverno (11%) e ainda estar com amigos no outono/inverno (33%). Neste grupo as actividades de tempos livres mais assinaladas são o dormir (100%) e ouvir música (88.9%).

No que respeita a associação entre as actividades de tempos livres realizadas e a percepção de uma deficiência sensorial, verifica-se uma relação estatisticamente significativa nas actividades, jogar cartas, vídeo e computador, fazer trabalhos de casa dormir e falar ao telefone, observando-se que menos jovens que reportam uma deficiência sensorial assinalam jogar cartas, vídeo e computador na primavera/verão, mais referem essa mesma actividade no outono e inverno, menos referem fazer trabalhos de casa, dormir na primavera/verão, e mais referem falar ao telefone no outono e inverno.

A associação entre as actividades de tempos livres realizadas e a percepção de uma outra situação de deficiência, é estatisticamente significativa nas proporção de jovens que afirma dormir, fazer uma colecção e participar em actividades de carácter associativo. Verifica-se que os jovens que reportam uma outra situação de deficiência afirmam mais dormir (85.7%), fazer uma colecção (68.6%) e participar em actividades associativas na primavera/verão (45.7%).

No que respeita os itens associados a comportamentos de risco (quadro 49 anexo 1), para a maioria dos itens não se registaram quaisquer associações entre a percepção de um problema de saúde ou deficiências com a frequência de tabaco, embriaguez, consumo de drogas e relações sexuais (quadro 24).

Quadro 24 – Associação entre comportamentos de risco e percepção de problema de saúde ou deficiência (amostra 2)

	<i>Problema de saúde</i>	<i>Doença crônica</i>	<i>Deficiência motora</i>	<i>Deficiência sensorial</i>	<i>Outra situação</i>
Frequência tabaco a)	$\chi^2=6.523$	$\chi^2=2.161$	$\chi^2=1.120$	$\chi^2=1.409$	$\chi^2=1.570$
Já ficou com embriaguez b)	$\chi^2 =.000$	$\chi^2=.163$	$\chi^2 =.045$	$\chi^2 =.997$	$\chi^2=.360$;
Consumo drogas último mês a)	$\chi^2=3.952$	$\chi^2=6.283$	$\chi^2 =.280$	$\chi^2=1.013$	$\chi^2=.647$
Relações sexuais b)	$\chi^2=1.957$	$\chi^2 =.203$	$\chi^2 =.606$	$\chi^2=1.171$	$\chi^2 =.599$
Uso preservativo c)	$\chi^2 =.768$	$\chi^2=.093$	$\chi^2 =.650$	$\chi^2=.75$	$\chi^2=3.365$
Envolvimento lutas último mês c)	$\chi^2=.342$	$\chi^2=.035$	$\chi^2=.668$	$\chi^2 =.684$	$\chi^2=17.317$; ***
Provocado c)	$\chi^2 =1.136$	$\chi^2 =.628$	$\chi^2 =4.046$	$\chi^2 =.684$	$\chi^2 =17.317$; ***
Provocou c)	$\chi^2=3.334$;	$\chi^2 =4.114$	$\chi^2 =3.275$	$\chi^2 =.864$	$\chi^2 =9.762$; **

Leg. a)gl = 3; b) gl=1; c) gl=2; *p<.05;**p<.01;***p<.001

Observando as distribuições das frequências, podemos assinalar que mais de dois terços dos jovens não referem estes comportamentos de risco, sendo as percentagens ligeiramente superiores nos grupos de jovens com um problema de saúde ou deficiência. Somente no grupo de jovens com outra situação existem associações significativas, sendo que menos jovens deste grupo referem nunca ter estado envolvidos em lutas (74.2%), e mais referem terem estado envolvidos em lutas uma a três vezes (16.7%). Existe uma associação significativa entre a percepção de uma outra situação de deficiência e ser provocado sendo que mais jovens referem ser provocados várias vezes na semana (7.5%) e menos jovens neste grupo referem nunca terem sido provocados (54.8%). Existe ainda uma associação significativa no grupo com outra situação de deficiência, em que mais jovens referem nunca terem provocado (66.3%) e menos jovens referem provocar os colegas várias vezes por semana (4.2%).

ANÁLISE COMPARATIVA DAS PERCEPÇÕES DE SAÚDE ENTRE JOVENS COM E SEM NEE, COM E SEM LIMITAÇÕES NA PARTICIPAÇÃO NA ESCOLA, COM E SEM RESTRIÇÕES À REALIZAÇÃO DE ACTIVIDADES - AMOSTRA 2

Nesta parte do trabalho a apresentação dos resultados, será realizada sub-dividindo as respostas obtidas em função da identificação de Necessidades Educativas Especiais de carácter permanente e em função das questões que identificam a percepção de limitações na participação e de restrições à realização de actividades devido ao problema de saúde ou deficiência reportado. As questões colocadas foram “ *O problema de saúde, deficiência afecta a tua participação na escola?*” e “*O problema impede-te de fazer o que os colegas da tua idade fazem?*”.

De seguida descrevemos a distribuição amostral dos jovens com e sem NEE, com e sem limitações na participação e com e sem restrições na realização de actividades pelo género, idade, escolaridade.

Como se pode observar no quadro que se segue (quadro 25), nesta amostra são mais os rapazes com NEE (62.5%) do que as raparigas, sendo esta maior percentagem de rapazes também verificada nos jovens sem NEE (59.6%).

Quadro 25 – Distribuição grupos em função de NEE, limitações participação e restrições realização de actividades - género, grupo etário, ano de escolaridade (amostra 2)

	NEE		Afecta participação na escola		Impede fazer o que os colegas da idade fazem	
	não	sim	não	sim	não	sim
Género						
Rapaz	59.6	62.5	61.0	63.6	62.5	51.6
Rapariga	40.4	37.5	39.0	36.4	37.5	48.4
Grupo etário						
11	.9	.6	.8	.0	.8	.0
13	7.3	11.7	8.8	18.2	9.5	13.3
15	38.2	51.5	48.5	48.5	45.3	53.3
+ 16	53.6	36.2	44.6	33.3	44.4	33.3
Ano de Escolaridade						
6º	7.0	29.2	19.3	27.3	18.3	35.5
8º	55.3	57.7	57.0	54.5	58.2	45.2
10º	37.7	13.1	23.7	18.2	23.5	19.4

Os jovens que consideram a sua participação afectada são mais rapazes (63.6%). Ao observarmos a distribuição pelo género no que respeita a percepção de dificuldades na realização de tarefas, os rapazes são aproximadamente metade deste grupo (51.6%).

No que respeita o grupo etário, a maioria dos jovens os jovens sinalizados como tendo NEE enquadram-se no grupo etário dos 15 anos, sendo aproximadamente metade da amostra (51.5%), enquanto os não sinalizados com NEE representam aproximadamente 38.2%.

Ao tomarmos em consideração participação afectada, observa-se que no grupo de jovens que percebem essa limitação aproximadamente metade se enquadra no grupo etário dos 15 anos (48.5%), ocorrendo uma distribuição semelhante nos jovens que não sentem ter a sua participação afectada (48.5%). Os jovens com restrições à realização de actividades são maioritariamente do grupo etário dos 15 anos (53.3%) tal como o grupo sem restrições na realização de actividades (45.3%).

Importa assinalar que apesar de próximas, as percentagens observadas são distintas para cada uma das variáveis apresentadas, identificação de NEE, o problema de saúde ou deficiência afectar a participação na escola e a deficiência impedir de fazer o que os colegas da mesma idade fazem.

Da distribuição em função do grupo de identificação e nacionalidade dos pais (quadro 50 anexo 1), verifica-se que os jovens com NEE, na maioria pertencerem ao grupo de identificação “branco” (85.1%) sendo esta percentagem menor em comparação com os restantes colegas sem NEE, e uma maior percentagem de jovens com NEE refere identificar-se com outro grupo (14.9%) em comparação com os jovens sem NEE.

Ao observarmos a distribuição em função da questão se o problema de saúde afecta a participação, ou o problema impede de fazer o que os colegas da mesma idade fazem, verifica-se que, respectivamente 81.8% e 80.6% referem ser “brancos”, sendo esta percentagem um pouco inferior em comparação com os grupos de jovens sem limitações na participação (87.6%) e restrições na realização de actividades (87.6%).

No que respeita a nacionalidade mais uma vez a grande maioria refere ser de nacionalidade portuguesa, sendo que a percentagem observada dos jovens que referem outra nacionalidade é superior nos grupos com NEE (11.3%), limitações na participação (9.1%) e restrições na realização de actividades (16.1%) em comparação com os jovens sem NEE (2.6%); sem limitações na participação (7.6%) e sem restrições na realização de actividades (6.8%).

Em relação à nacionalidade dos pais os jovens com NEE, referem mais o pai e a mãe terem outra nacionalidade (17.3%), em comparação com os jovens sem NEE (13.2%-nacionalidade pai; 14%-nacionalidade mãe).

Nos grupos com limitações na participação, a percentagem de jovens que refere outra nacionalidade do pai (21.2%) e outra nacionalidade da mãe (24.2%) é superior em relação com os jovens sem limitações na participação (14.9%).

No que respeita o grupo de jovens com restrições na realização de actividades, a nacionalidade do pai é “outra” para 19.4% dos casos e da mãe em 22.6% dos casos, sendo

esta percentagem um pouco inferior no grupo de jovens sem restrições na realização de actividades (15.1%).

Relativamente à profissão dos pais e nível sócio-económico percebido (quadro 51 anexo 1), verifica-se que um mau ou bastante mau nível financeiro é mais referido nos jovens com NEE (18.5%), com participação limitada (18.2%) e com restrições realização actividades (19.4%) em comparação com os jovens sem estas estas características, respectivamente 10.5%; 14.9% 14.7%. Estes grupos apresentam ainda uma menor percentagem de jovens que refere ter um nível financeiro bom ou muito bom.

No que respeita o pai ter emprego a maioria afirma que o pai tem emprego, sendo que os jovens com NEE referem menos este facto, assim como os jovens com limitações na participação. Em relação ao emprego da mãe as percentagens de jovens que referem a mãe ter emprego são ligeiramente inferiores os três sub-grupos em análise.

No que respeita o estatuto social do pai e da mãe a maior percentagem observada pertence à categoria do nível 4, que é um nível baixo, sendo que esta percentagem nos grupos com NEE, com limitações à participação e restrições na realização de actividades é sempre superior neste nível.

Em relação ao nível de instrução do pai, observa-se que as maiores percentagens se referem ao 1º e 2º/3º ciclo, sendo que os jovens com NEE referem mais o pai ter o 1º ciclo (40%) e os jovens sem NEE apontam o 2º e 3º ciclo como nível de escolaridade mais comum (32.7%). Quanto à escolaridade da mãe, no grupo de jovens com NEE a maior percentagem de respostas situa-se no 2º e 3º ciclo (36.4%), tal como no grupo sem NEE (30%).

Em relação à análise da distribuição de respostas nos itens que compõem a escala de afluência familiar (quadro 52 anexo 1), na grande maioria dos casos, não se observam diferenças significativas em função da identificação de NEE, limitações na participação e

restrições na realização de actividades. Salientamos que se observou somente uma associação significativa entre o nível de afluência familiar e a presença de NEE, bem como entre a realização de viagens de férias com a família e as restrições à realização de actividades. No quadro que se segue apresentamos os resultados obtidos (quadro 26).

Quadro 26 – Associação entre NEE, limitações participação, restrições realização actividades e afluência familiar (amostra 2)

	<i>NEE</i>	<i>Afecta participação na escola</i>	<i>Impede fazer o que os colegas da idade fazem</i>
Transporte próprio na família(carro) a)	$\chi^2 = 2.649$	$\chi^2 = .892$	$\chi^2 = .636$
Quarto próprio b)	$\chi^2 = 2.186$	$\chi^2 = .864$	$\chi^2 = .787$
Viagens de férias com a família c)	$\chi^2 = 6.085$	$\chi^2 = 3.611$	$\chi^2 = 8.517^*$
Computador em casa c)	$\chi^2 = 6.752$	$\chi^2 = .743$	$\chi^2 = 2.612$
Nível de Afluência Familiar a)	$\chi^2 = 8.624^*$	$\chi^2 = 2.103$	$\chi^2 = 1.096$

Leg. a)gl = 2; b) gl=1; c)gl =3; *p<.05

No que respeita o nível de afluência familiar observam-se diferenças significativas na proporção de jovens com NEE que referem um nível de afluência baixo, sendo que mais jovens com NEE (40.5%) referem este nível em comparação com os jovens sem NEE (23.7%). Apesar da percentagem neste nível mais baixo de afluência familiar ser igualmente superior em função da limitação na participação e restrições na realização de actividades não se observam associações significativas nestes grupos.

Apontamos ainda a maior proporção de jovens com restrições na realização de actividades que referem nunca passar férias com a família (45.2%), sendo este valor duas vezes superior em relação aos jovens sem restrições na realização de actividades.

De seguida analisamos a percepção de saúde, satisfação e felicidade em função da presença de NEE, participação limitada e restrições realização de actividades (quadro 53 anexo1). No quadro que se segue podemos observar que se verificam algumas associações significativas, respectivamente na percepção de saúde, felicidade e nos itens da escala de satisfação com a vida, gostar de mudar coisas na vida e desejar um tipo de vida diferente (quadro 27).

Quadro 27 – Associação entre NEE, limitações participação, restrições realização actividades– Saúde Positiva (amostra 2)

a)	NEE	Afecta participação na escola	Impede fazer o que os colegas da idade fazem
Percepção de saúde	$\chi^2=12.175^*$	$\chi^2=32.714^{***}$	$\chi^2=15.145^{**}$
Percepção de felicidade	$\chi^2=12.834^{**}$	$\chi^2=2.572$	$\chi^2=3.103$
Gostar como as coisas correm	$\chi^2=5.406$	$\chi^2=3.754$	$\chi^2=2.005$
A vida corre bem	$\chi^2=2.917$	$\chi^2=6.928$	$\chi^2=4.806$
Gostar de mudar coisas na vida	$\chi^2=4.896$	$\chi^2=5.809$	$\chi^2=8.046^*$
Desejar um tipo de vida diferente	$\chi^2=14.787^{**}$	$\chi^2=7.525$	$\chi^2=1.636$
Ter uma boa vida	$\chi^2=6.885$	$\chi^2=2.754$	$\chi^2=2.943$
Sentir-se bem com o que tem acontecido	$\chi^2=6.798$	$\chi^2=6.214$	$\chi^2=7.143$

Leg. a)gl = 3; *p<.05; **p<.01; p<.001

Observando a distribuição da percepção de saúde nos grupos a maioria das respostas situa-se na percepção de uma saúde boa. Em relação a este item existe uma menor proporção de jovens com NEE (23.8%) que consideram a sua saúde excelente em comparação com os jovens sem NEE (40.4%). Existe ainda uma menor proporção de jovens com limitações na participação que consideram a sua saúde excelente (9.1%) em comparação com os jovens sem limitações na sua participação (33.3%). Similarmente os jovens com restrições na realização de actividades assinalam menos ter uma saúde excelente (6.5%) em comparação com o grupo de jovens sem restrições na realização de actividades (33.5%).

Relativamente à percepção de felicidade aproximadamente metade refere sentir-se feliz, verificando-se que as diferenças no grupo com e sem NEE se centram na maior proporção de jovens com NEE (9.1%) se sente infeliz em comparação com os jovens sem NEE (.9%). Nos restantes grupo não existem diferenças significativas, verificando mesmo que mais jovens com limitações na participação referem sentir-se muito felizes ou felizes em comparação com os jovens sem limitações. No grupo com restrições à realização de actividades existe uma maior proporção que se sente muito feliz (31%) em comparação com o grupo sem restrições (26%).

Relativamente à satisfação com a vida somente se verifica uma associação significativa com a percepção de restrições à participação, sendo que estes jovens afirmam em menor proporção gostarem de mudar coisas na vida “quase sempre” 10.3%. Tentando

observar a tendência das respostas, se bem que não sendo significativamente distintas mais jovens neste grupo referem gostar de mudar às vezes coisas na vida (48.3%) em comparação com o grupo sem restrições na realização de actividades (38.8%). Nos jovens com NEE existe uma maior proporção que afirma querer “quase sempre” um tipo de vida diferente (21.8%) em comparação com o grupo de jovens sem NEE (8.8%). Nos restantes itens associados não se observam associações estatisticamente significativas.

A observação da distribuição em relação à frequência de sintomas físicos e psicológicos (quadro 54 anexo 1) permite-nos identificar que somente se observam associações significativas entre a identificação de NEE e dificuldades em adormecer, e entre a percepção de limitações na participação, ter dores nas costas, sentir-se deprimido e sentir dificuldades em adormecer (quadro 28).

Quadro 28 – Associação entre NEE, limitações participação, restrições realização actividades – Sintomas (amostra2)

a)	NEE	Afecta participação na escola	Impede fazer o que os colegas da idade fazem
Sintomas físicos			
Dor de cabeça	$\chi^2 = 3.245$	$\chi^2 = 5.213$	$\chi^2 = 2.921$
Dores de estômago	$\chi^2 = 1.792$	$\chi^2 = 6.325$	$\chi^2 = 2.040$
Dores de costas	$\chi^2 = 2.562$	$\chi^2 = 10.992$ *	$\chi^2 = 8.777$
Dores de pescoço e ombros	$\chi^2 = 8.713$	$\chi^2 = 7.692$	$\chi^2 = 9.355$
Cansaço e exaustão	$\chi^2 = 7.112$	$\chi^2 = 3.228$	$\chi^2 = 2.503$
Tonturas	$\chi^2 = 6.639$	$\chi^2 = 5.176$	$\chi^2 = 2.636$
Sintomas psicológicos			
Sentir-se deprimido	$\chi^2 = .956$	$\chi^2 = 11.587$ *	$\chi^2 = 5.732$
Sentir dificuldades em adormecer	$\chi^2 = 9.842$ *	$\chi^2 = 11.989$ *	$\chi^2 = 1.313$
Sentir-se irritado	$\chi^2 = 2.071$	$\chi^2 = 1.135$	$\chi^2 = 6.665$
Sentir-se nervoso	$\chi^2 = 3.717$	$\chi^2 = 7.293$	$\chi^2 = 1.920$
Sentir medo	$\chi^2 = 6.356$	$\chi^2 = 8.179$	$\chi^2 = 6.393$

Leg. gl=4, * p<.05

Verifica-se que os jovens com NEE referem mais ter dores de costas todas as semanas (27.3%) em comparação com os jovens sem NEE (9.3%). Os jovens com limitações na participação assinalam mais que se sentem deprimidos “mais do que uma vez por semana” (21.1%) em comparação com os jovens sem limitações na participação. São ainda os jovens com NEE mais referem sentir dificuldades em adormecer quase todos os dias (15.5%) em

comparação com os jovens sem NEE. Existe ainda uma maior proporção de jovens com limitações na participação que sente dificuldades em adormecer todas as semanas (15.2%) em comparação com os jovens sem limitações na participação (4.9%).

Apesar se observar uma tendência para a maior frequência de sintomas nos jovens com NEE, com limitações à participação e com restrições na realização de actividades, estas não são estatisticamente significativas.

A percepção da experiência na escola (quadro 55 anexo 1) apresenta associações significativas somente em alguns itens, quando comparamos a distribuição entre jovens com e sem NEE, com e sem limitações na participação e com e sem restrições na realização de actividades. Assinalam-se de seguida os itens em que se verifica uma associação(quadro 29).

Quadro 29 – Associação entre NEE, limitações participação, restrições realização actividades-Experiência Escola (amostra2)

	<i>NEE</i>	<i>Afecta Participação na escola</i>	<i>Impede fazer o que os colegas da idade fazem</i>
Sentimento escola a)	$\chi^2 = .994$	$\chi^2 = .087$	$\chi^2 = 5.745^*$
Capacidade académica b)	$\chi^2 = 7.618^*$	$\chi^2 = 10.683^{**}$	$\chi^2 = 3.568$
Escola ficar sozinho b)	$\chi^2 = 8.810^*$	$\chi^2 = 5.589$	$\chi^2 = 1.495$
Professores ajudam quando preciso a)	$\chi^2 = .652$	$\chi^2 = .019$	$\chi^2 = .253$
Professores interessam se por mim a)	$\chi^2 = 19.115^{***}$	$\chi^2 = .124$	$\chi^2 = 2.658$
Colegas são simpáticos e prestáveis b)	$\chi^2 = 7.221^*$	$\chi^2 = 2.205$	$\chi^2 = 3.948$
Colegas aceitam-me b)	$\chi^2 = 1.746$	$\chi^2 = 4.789$	$\chi^2 = 3.299$

Leg. a) gl= 1; b) gl=2 , * p<.05; **p<.01; ***p<.001

Para a maioria dos jovens em todos os grupos existe um sentimento positivo face à escola, sendo este valor percentual entre os 72% e os 93%. No grupo com restrições na realização de actividades existe uma maior proporção de jovens que consideram gostar da escola (93.1%), em comparação com os jovens sem restrições na realização de actividades que referem gostar da escola (72.7%).

A percepção da capacidade académica é significativamente distinta nos jovens com e sem NEE, sendo que menos jovens com NEE referem ter uma boa/média capacidade académica (69.7%), em comparação com os jovens sem NEE (83.6%). Observa-se ainda que

mais jovens com NEE referem ter uma capacidade académica inferior à média (20.6%) em comparação com os jovens sem NEE (9.1%).

Os jovens com NEE afirmam mais, que às vezes ficam sozinhos na escola (29.4%) em comparação com os jovens sem NEE (14.2%). São ainda distintas as proporções de jovens com NEE (65.6%) e sem NEE (80.5%) que afirmam nunca ficarem sozinhos na escola. Esta tendência mais desfavorável, é também verificada na comparação dos jovens com e sem limitações na participação e com e sem restrições na realização de actividades em relação à percepção de capacidade académica, porém estas diferenças não são significativas.

Os jovens com NEE consideram mais que os professores se interessam por eles (65.5%) em comparação com os jovens sem NEE (38.7%). Os jovens com NEE consideram mais que os colegas são simpáticos e prestáveis, sendo que existe uma menor proporção de jovens na modalidades de resposta discordo/discordo fortemente (7%), em comparação com os jovens sem NEE (18.2%).

Na questão sobre a aceitação dos colegas observa-se uma associação entre NEE, isto é existem menos jovens com NEE que concordam com a afirmação de que os colegas os aceitam. Verifica-se ainda que a maioria dos jovens em todos os grupos concorda/concorda fortemente que os colegas são simpáticos e prestáveis, oscilando estes valores percentais entre os 62% e 81%.

No que respeita as competências sociais (quadro 56 anexo 1), observam-se associações significativas em alguns itens, em função da presença de NEE e de limitações à participação, relativamente aos itens ser capaz de defender direitos, ser capaz de dizer não e ser capaz de manter opinião nas discussões. Passamos a descrever sucintamente estas associações (quadro 30).

Quadro 30 – Associação entre NEE, limitações participação, restrições realização actividades– Competências sociais (amostra 2)

a)	NEE	Afecta Participação na escola	Impede fazer o que os colegas da idade fazem
Capaz de defender direitos	$\chi^2= 9,781^{**}$	$\chi^2= 19,165^{***}$	$\chi^2=5.523$
Capaz de dizer não	$\chi^2= 5,727$	$\chi^2=8,397^{**}$	$\chi^2=4.540$
Capaz de dizer o que sente	$\chi^2= 3,399$	$\chi^2=.937$	$\chi^2=1.892$
Capaz de manter opinião nas discussões	$\chi^2= 8,310^*$	$\chi^2=3.330$	$\chi^2=2.087$
Capaz de se livrar de situações que não agradam	$\chi^2= 3,532$	$\chi^2=1.825$	$\chi^2=.562$

Leg. a)gl = 2; *p<.05;**p<.01;***p<.001

Os jovens com NEE afirmam menos serem capazes de defender direitos “muitas vezes” (59.1%) em comparação com os jovens sem NEE (74.6%), sendo ainda maior o número de jovens com NEE que afirmam serem capaz de defender direitos “raramente” (6.7%) em comparação com a percentagem de jovens sem NEE (.9%). Verifica-se ainda neste item que os jovens com limitações na sua participação referem menos que são capazes de defender direitos “muitas vezes” (36.4%) em comparação com o grupo de jovens sem limitações na sua participação (69.4%).

Os jovens com limitações na participação afirmam em menor proporção que são capazes de dizer não “muitas vezes” (45.5%) em comparação com os jovens sem limitações na participação (69.4%). Neste item, apesar de se verificar a mesma tendência de respostas nos grupos com NEE e com restrições na realização de actividades, esta diferença não é significativa. Os jovens com NEE afirmam menos que são capazes de manter a sua opinião em discussões “muitas vezes” (54.3%) em comparação com a proporção de jovens no grupo sem NEE (67.5%).

De seguida descrevemos as associações verificadas nos itens associados à relação com os pais e amigos(quadro 57 anexo1).

Ao comparar a proporção das respostas nos grupos com e sem NEE, verifica-se que, à excepção do número de amigas íntimas, não existem associações significativas. Observa-se

neste caso que os jovens com NEE referem mais que não têm nenhuma amiga íntima (9.3%) em comparação com a percentagem de jovens sem NEE (1.9%) (quadro 31).

Quadro 31 – Associação entre NEE, limitações participação, restrições realização actividades– Relações sociais /pares (amostra 2)

a)	NEE	Afecta participação na escola	Impede fazer o que os colegas da idade fazem
Falar pai	$\chi^2=3.147$	$\chi^2=1.262$	$\chi^2=.641$
Falar mãe	$\chi^2=.084$	$\chi^2=.555$	$\chi^2=1.559$
Falar melhor amigo	$\chi^2=3.946$	$\chi^2=1.738$	$\chi^2=2.578$
Falar amigos do mesmo sexo	$\chi^2=.656$	$\chi^2=6.652$ *	$\chi^2=.386$
Falar amigos sexo oposto	$\chi^2=2.598$	$\chi^2=6.255$ *	$\chi^2=4.299$
Amigos íntimos	$\chi^2=2.533$	$\chi^2=3.351$	$\chi^2=.403$
Amigas íntimas	$\chi^2=7.225$ *	$\chi^2=.550$	$\chi^2=.971$
Ficar com amigos depois das aulas	$\chi^2=4.099$	$\chi^2=.222$	$\chi^2=.669$
Sair amigos à noite	$\chi^2=5.132$	$\chi^2=2.659$	$\chi^2=.505$

Leg. a) gl = 2; *p<.05

Ao comparar as proporções de respostas nos grupos com e sem limitações à participação, os jovens com a participação afectada afirmam mais que não têm ou não vêm um amigo do mesmo sexo com quem possam falar (9.7%) sendo este valor percentual no grupo sem participação afectada de 1.7%. Em relação à facilidade para falar com amigos do sexo oposto, verifica-se que os jovens com participação afectada afirmam mais que não têm ou não vêm os amigos do sexo oposto (16.1%) em comparação com a percentagem no grupo sem limitações na participação (4.8%) (quadro 31).

No que respeita a prática de actividade física, observa-se uma associação significativa somente com o grupo com restrições à realização de actividades (quadro 32). Metade dos jovens com NEE praticam de actividade física menos de três vezes por semana, e metade dos jovens sem NEE refere que pratica actividade física três vezes ou mais por semana. São ainda mais os jovens com NEE que referem praticar actividade física todos os dias (11%) ou nunca praticar actividade física (4.9%) (quando 58 anexo 1). Não existindo uma relação significativa, observa-se que os jovens com NEE referem menos praticar actividade três

vezes ou mais por semana ou todos os dias. Aproximadamente metade dos jovens com limitações à participação referem que praticam actividade física menos de três vezes por semana (53.3%) enquanto os jovens sem limitações na participação correspondem a 43.4%. São menos os jovens com limitações na participação que afirmam praticar actividade física três vezes ou mais por semana (37.5%) em comparação com os jovens sem limitações na participação (41.4%). Verifica-se uma associação significativa entre a prática de actividade física na semana e as restrições na realização de actividades, sendo a proporção de jovens com restrições na realização de actividades que afirma nunca praticar actividade física maior (16.7%) e proporção de jovens que afirma praticar actividade física três vezes ou mais por semana menor (23.3%).

Quadro 32 – Associação entre NEE, limitações participação, restrições realização actividades– Actividade física/Desportos (amostra 2)

	<i>NEE</i>	<i>Afecta Participação na escola</i>	<i>Impede fazer o que os colegas da idade fazem</i>
Actividade física semana a)	$\chi^2= 7.146$	$\chi^2=6.587$	$\chi^2=14.504^{**}$
Natação b)	$\chi^2=9.258^{**}$	$\chi^2=.433$	$\chi^2=3.832^*$

a) gl=2 b) gl=1; p<.05* p<.01**

Em relação à de prática de actividades desportivas, não se observam diferenças significativas exceptuando a natação(quadro 32), quando se compara a distribuição entre os jovens com e sem NEE. As modalidades mais praticadas pelos jovens com NEE são o futebol (37.6%) e a natação (26.7%), assinalando-se que existe uma maior proporção de jovens com NEE que pratica natação (26.7%) em comparação com o grupo de jovens sem NEE (11.6%). Comparando a distribuição percentual relativa à prática de modalidades desportivas nos jovens com e sem limitações na participação, verifica-se que as modalidades mais praticadas são o futebol (31%) e a natação (25%), não se observando porém diferenças significativas entre as percentagens observadas nos grupos com e sem limitações na participação.

O grupo de jovens com restrições na realização de actividades afirma em maior proporção praticar natação (34.5%), em comparação com a percentagem observada no grupo sem restrições na realização de actividades (19%). Nas restantes modalidades desportivas não se observam diferenças significativas na distribuição de percentagens entre os grupos com e sem restrições na realização de actividades (quadro 32). Assinala-se que, as modalidades desportivas mais praticadas são também o futebol (24%) e a natação (34.5%) (quadro 59 anexo 1).

De seguida descrevemos as associações entre a ocupação nos tempos livres nos grupos com e sem NEE, limitações na participação e restrições à participação (quadro 33).

Quadro 33 – Associação entre NEE, limitações participação, restrições realização actividades– Ocupação dos tempos livres (amostra 2)

	χ^2	<i>p</i>
<i>NEE</i>		
Cinema. teatro. concertos primavera/verão	7.699	**
Cinema. teatro. concertos outono/inverno	4.434	*
Conversar amigos primavera/verão	6.302	*
Conversar amigos outono/inverno	7.301	**
Assistir acontec. desportivos outono/inverno	6.917	**
Ir à discoteca primavera/verão	5.139	*
Estar só (pensar, relaxar) outono/inverno	7.216	**
Estar c/ amigos outono/inverno	4.859	*
Navegar na internet primavera/verão	6.279	**
Outra outono/inverno	3.992	*
<i>Afecta Participação na escola</i>		
Actividades associativas primavera/verão	5.289	*
<i>Problema impede fazer o que os colegas fazem</i>		
Actividades associativas outono/inverno	4.869	*

Leg. a)gl = 1; *p<.05;**p<.01

No grupo com e sem NEE, verifica-se que existem diferenças significativas na proporção de jovens que referem ir ao cinema, assistir a acontecimentos desportivos, conversar, ir à discoteca, estar só, estar com amigos, navegar na internet e outra actividade (quadro 33). Observa-se que os jovens com NEE referem menos realizar estas actividades de tempos livres. No grupo com limitações na participação existe uma associação significativa somente relativa à maior proporção de jovens que participam em actividades associativas (46.9%), enquanto no grupo com restrições na realização de actividades existe uma associação

significativa também neste item, sendo que estes jovens afirmam em menor proporção participar em actividades associativas (6.9%).

Assinalamos que as três ocupações mais referidas pelos jovens com NEE são ouvir música (89.5%), estar com amigos (84.6%), outras (86.4%). No grupo de jovens com limitações na participação as ocupações mais referidas são ouvir música (93.8%), conversar com amigos (87.5%), ir à praia (87.5%), tal como no grupo com restrições na realização de actividades em que se verifica que as ocupações de tempos livres mais referidas são ouvir música (89.7%), conversar com amigos (86.2%) e ir à praia (89.7%) (quadro 60 anexo 1).

De seguida apresentam-se os resultados obtidos na comparação dos comportamentos de risco entre os grupos com e sem NEE, com e sem limitações na participação e com e sem restrições na realização de actividades (quadro 34).

Quadro 34 – Associação entre NEE, limitações participação, restrições realização actividades – Comportamentos de Risco (amostra 2)

	<i>NEE</i>	<i>Afecta Participação na escola</i>	<i>Impede fazer o que os colegas da idade fazem</i>
Frequência tabaco a)	$\chi^2=2.119$	$\chi^2=1.385$	$\chi^2=2.449$
Já ficou com embriaguez b)	$\chi^2=.896$	$\chi^2=.017$	$\chi^2=1.931$
Consumo drogas último mês a)	$\chi^2=4.039$	$\chi^2=.732$	$\chi^2=9.278 *$
Relações sexuais b)	$\chi^2=3.238$	$\chi^2=.621$	$\chi^2=1.171$
Uso preservativo c)	$\chi^2=2.756$	$\chi^2=.778$	$\chi^2=.751$
Envolvimento lutas último mês c)	$\chi^2=.129$	$\chi^2=.461$	$\chi^2=2.353$
Provocado c)	$\chi^2=6.537 *$	$\chi^2=6.371 *$	$\chi^2=.488$
Provocou c)	$\chi^2=1.355$	$\chi^2=3.380$	$\chi^2=8.210 *$

Leg. a)gl = 3; b) gl=1; c) gl=2 ; *p<.05

Da observação das percentagens, refira-se que na maioria dos itens analisados não existe uma associação significativa, sendo que existe uma tendência positiva face ao consumo de tabaco, embriaguez, consumo de drogas, relações sexuais, uso de preservativo nos grupos com NEE, com limitações na participação e com restrições na realização de actividades. No que respeita os itens relacionados com o envolvimento em lutas, provocar ou ser provocado na escola observa-se uma tendência percentual mais negativa (quadro 63 anexo 1).

No que respeita a comparação das percentagens nos grupos com e sem NEE, verificam-se associações significativas somente no item “ser provocado”, sendo que os jovens com NEE afirmam menos nunca serem provocados (45.5%) e afirmam mais serem provocados várias vezes por semana (12.7%), sendo estes valores percentuais no grupo sem NEE, respectivamente de 58.4% e 5.3% (quadro 63 anexo 1).

Comparando o grupo com e sem limitações na participação, observa-se uma associação significativa no item “ser provocado”, sendo que a proporção de jovens com limitações na participação que nunca foi provocado é inferior (32.3%) em comparação com os jovens sem limitações na participação (53%).

No grupo de jovens com restrições na realização de actividades existe uma proporção significativamente superior de jovens que referem consumir drogas regularmente (3.4%), apesar de nesta questão a maioria dos jovens afirmar que não consumiu drogas no último mês (96.6%). Existe ainda uma proporção significativamente superior de jovens com restrições na realização de actividades que afirma ter provocado os colegas várias vezes por semana (12.9%) e uma proporção inferior que nunca provocou os colegas (41.9%), sendo estas percentagens no grupo sem restrições na realização de actividades respectivamente de 4.5% e 65.9%.

PROCEDIMENTOS PARA TRANSFORMAÇÃO DE VARIÁVEIS DOS FACTORES BEM-ESTAR MATERIAL (AFLUÊNCIA FAMILIAR), AJUSTAMENTO PSICOSSOCIAL (SINTOMAS), BEM-ESTAR/QUALIDADE DE VIDA (SATISFAÇÃO, SAÚDE E FELICIDADE)

Tendo em vista um dos objectivos do estudo, que visa testar um modelo explicativo da saúde, satisfação e bem-estar, foi necessário proceder previamente à transformação das variáveis mediante o método “*Princals ou Optimal scalling*” do programa *SPSS*, que permite a transformação de variáveis ordinais em variáveis contínuas, atribuindo quantificações óptimas às variáveis categóricas (nominais ou ordinais), e permitindo a análise das relações entre as variáveis em estudo (Pestana & Gageiro, 2000 cit. Simões, 2005).

Este procedimento foi adoptado uma vez que neste estudo foram envolvidas duas amostras, facto que poderia vir a traduzir-se em diferentes quantificações de uma mesma variável (Batista-Foguet et al., 2004 cit. Simões, 2005).

Optou-se pelo método de discretização “*discretization*” e multiplicação “*multiplying*”, sendo o tratamento dos valores “*missing*” realizado mediante a imputação da moda.

A transformação das variáveis foi realizada separadamente para cada conjunto de itens incluídos nos factores em estudo: Afluência familiar/ Bem-estar material (FAS); Sintomas/Ajustamento psicossocial (SI) e por fim o factor Bem-estar/qualidade de vida que

engloba as medidas de Saúde, Satisfação e Felicidade (SSF). Este procedimento foi realizado separadamente para cada uma das amostras em estudo (Amostra 1-HBSC 2002 e Amostra 2 – Almada). Mediante este procedimento obtiveram-se as quantificações para cada um dos itens e respectivos scores dos factores, bem como a identificação das relações existentes entre as variáveis.

De seguida serão apresentadas para cada conjunto de variáveis e para cada uma das amostras, as quantificações, a saturação e as correlações obtidas antes e após a transformação das variáveis.

No que respeita os itens da escala de afluência familiar, das variáveis incluídas, observou-se que o procedimento de transformação das variáveis levou a um intervalo de variação distinto das medidas originais em ambas as amostras.

A tendência após a sua transformação foi no sentido da redução da sua amplitude, passando a identificar-se valores negativos e positivos, sendo os negativos referentes a uma mais fraca percepção bem-estar material (quadro 35).

Quadro 35 – Quantificações das variáveis de afluência familiar após transformação

Amostra 1	<i>carro</i>		<i>quarto</i>		<i>férias</i>		<i>computador</i>	
	Não	-2.517	Não	-1.609	Nenhuma	-1.665	Nenhum	-1.249
	Sim, um	-.548	Sim	.622	Uma vez	-.242	Um	.465
	Sim, dois ou mais	.869			Duas vezes	.497	Dois	1.396
					Mais de duas vezes	.995	Mais de dois	1.788
Amostra 2	<i>carro</i>		<i>quarto</i>		<i>férias</i>		<i>computador</i>	
	Não	-2.103	Não	-1.562	Nenhuma	-1.683	Nenhum	-1.597
	Sim, um	-.095	Sim	.640	Uma vez	-.018	Um	.086
	Sim, dois ou mais	.888			Duas vezes	.809	Dois	1.150
					Mais de duas vezes	.809	Mais de dois	1.851

O contributo de cada variável para a dimensão subjacente (afluência familiar) é razoável, sendo o item “*ter quarto próprio*” aquele que apresenta um valor mais baixo. As restantes saturações são superiores a .65, valor que é considerado como aceitável.

De todos os itens, o melhor indicador é o item relativo ao “*computador*” em ambas as amostras. Esta dimensão explica cerca de 39% da variância na amostra 1 e de 43 % na amostra 2, podendo estes valores ser considerados como modestos (quadro 36).

Quadro 36 – Saturação dos itens da afluência familiar

	Amostra 1	Amostra 2
carro	.673	.661
quarto próprio	.462	.464
férias	.659	.709
computador	.686	.758
% Variância explicada	39.281	43.248

Após a identificação das variáveis mais discriminativas nesta dimensão, interessa analisar as correlações obtidas antes e após a transformação.

No quadro seguinte (quadro 37) apresentam-se as correlações, sendo os valores acima da diagonal relativos às correlações originais e os valores abaixo da diagonal relativos às correlações entre as variáveis transformadas, observando-se que existem valores de correlação muito baixos entre os itens, apesar de após a sua transformação se verificar um ligeiro aumento nos valores.

Quadro 37 – Correlações entre as variáveis da afluência familiar antes e após transformação

Amostra 1	<i>carro</i>	<i>quarto próprio</i>	<i>férias</i>	<i>computador</i>
Carro	-	.129	.210	.259
Quarto próprio	.134	-	.133	.110
Férias	.217	.138	-	.231
Computador	.262	.121	.243	-
Amostra 2	<i>carro</i>	<i>quarto próprio</i>	<i>férias</i>	<i>computador</i>
Carro	-	.032	.223	.346
Quarto próprio	.035	-	.251	.194
Férias	.256	.247	-	.273
Computador	.376	.185	.309	-

Em relação às variáveis que constituem o ajustamento psicossocial (sintomas), observou-se que o procedimento de transformação das variáveis levou a um intervalo de variação distinto, em todas as variáveis em ambas as amostras.

Os valores transformados, em ambas as amostras, apresentam diferenças menores entre as quantificações, tendo como base de comparação as modalidades de resposta originais (quadro 38).

Quadro 38 – Quantificações das variáveis de ajustamentos psicossocial após transformação

Amostra 1 Modalidades	<i>dor de cabeça</i>	<i>dores de estômago</i>	<i>dores de costas</i>	<i>dores de pescoço ombros</i>	<i>cansaço e exaustão</i>	<i>estar deprimido</i>	<i>dificuldades em adormecer</i>	<i>estar irritado</i>	<i>estar nervoso</i>	<i>medo</i>	<i>tonturas</i>
quase todos os dias	-2.443	-3.347	-2.312	-2.238	-1.695	-2.535	-2.286	-2.277	-1.998	-2.862	-3.639
mais que uma vez semana	-1.830	-3.037	-2.064	-1.689	-1.011	-1.604	-2.022	-1.637	-1.157	-2.374	-3.244
todas as semanas	-1.189	-2.564	-1.171	-1.268	-.252	-.812	-1.367	-.722	-.369	-1.872	-2.337
todos os meses	-.270	-.793	-.138	.062	.447	.118	-.110	.361	.521	-.359	-1.004
raramente ou nunca	.632	.447	.633	.615	.967	.657	.545	.731	.861	.484	.386
Amostra 2 Modalidades	<i>dor de cabeça</i>	<i>dores de estômago</i>	<i>dores de costas</i>	<i>dores de pescoço ombros</i>	<i>cansaço e exaustão</i>	<i>estar deprimido</i>	<i>dificuldades em adormecer</i>	<i>estar irritado</i>	<i>estar nervoso</i>	<i>medo</i>	<i>tonturas</i>
quase todos os dias	-3.021	-2.573	-2.554	-2.239	-1.411	-2.303	-2.240	-1.998	-2.183	-2.744	-4.316
mais que uma vez semana	-1.304	-2.285	-1.123	-1.687	-.715	-1.458	-1.270	-1.127	-.705	-2.298	-3.077
todas as semanas	-1.304	-2.285	-1.123	-1.233	-.167	-.791	-1.270	-1.072	-.236	-2.298	-2.318
todos os meses	-.369	-1.326	.124	.076	.738	-.004	.341	.524	.294	-.085	-.166
raramente ou nunca	.595	.524	.616	.618	1.096	.644	.563	.816	.845	.464	.346

Na amostra 1 o contributo de cada uma das variáveis para a dimensão é relativamente baixo sendo os melhores indicadores “*estar deprimido*”, “*estar nervoso*”, “*ter dores de cabeça*”, “*estar cansaço*” e “*estar irritado*”. Na amostra 2 os melhores indicadores são “*estar nervoso*”, “*ter dores pescoço e ombros*” e “*ter dores de cabeça*” (quadro 39).

Esta dimensão explica cerca de 30% da variância em ambas as amostras, valor relativamente baixo.

Quadro 39 – Saturação dos itens do ajustamento psicossocial

	Amostra 1	Amostra 2
dor de cabeça	.614	.615
dores de estômago	.486	.427
dores de costas	.554	.517
estar deprimido	.661	.591
estar irritado	.600	.587
estar nervoso	.660	.677
dificuldades em adormecer	.490	.575
tonturas	.551	.451
dores de pescoço e ombros	.567	.646
medo	.494	.466
cansaço e exaustão	.605	.541
% Variância explicada	33.005	31.391

Em relação às correlações obtidas antes e após a transformação das variáveis relativas ao ajustamento psicossocial (quadro 40), observa-se que existem aumentos ligeiros após a transformação em alguns dos itens e em ambas as amostras, facto que representa um aumento da validade convergente (no triângulo superior direito são apresentadas as correlações antes da transformação e no inferior esquerdo as correlações após transformação). Contudo assinala-se que os valores correlacionais permanecem relativamente baixos.

Quadro 40 – Correlações entre as variáveis do ajustamento psicossocial antes e após transformação

Amostra 1	dor de cabeça	dores de estômago	dores de costas	estar deprimido	estar irritado	estar nervoso	dificuldades em adormecer	tonturas	dores de pescoço e ombros	medo	cansaço e exaustão
dor de cabeça	-	.270	.296	.309	.240	.311	.225	.362	.277	.220	.290
dores de estômago	.273	-	.195	.241	.185	.210	.207	.269	.204	.189	.195
dores de costas	.299	.200	-	.237	.171	.240	.192	.243	.475	.151	.288
estar deprimido	.314	.249	.243	-	.431	.396	.252	.259	.240	.308	.329
estar irritado	.247	.193	.178	.438	-	.457	.212	.212	.203	.228	.296
estar nervosa	.313	.217	.244	.400	.464	-	.241	.233	.246	.298	.356
dificuldades em adormecer	.228	.202	.192	.257	.213	.247	-	.239	.194	.208	.221
tonturas	.362	.264	.245	.267	.218	.239	.240	-	.265	.187	.218
dores de pescoço e ombros	.278	.206	.473	.243	.208	.251	.197	.267	-	.155	.309
medo	.220	.194	.152	.312	.231	.304	.211	.193	.155	-	.231
cansaço e exaustão	.290	.199	.291	.328	.298	.357	.224	.222	.310	.236	-

<i>Quadro 40 cont.</i> Amostra 2	<i>dor de cabeça</i>	<i>dores de estômago</i>	<i>dores de costas</i>	<i>estar deprimido</i>	<i>estar irritado</i>	<i>estar nervoso</i>	<i>dificuldades em adormecer</i>	<i>tonturas</i>	<i>dores de pescoço e ombros</i>	<i>medo</i>	<i>cansaço e exaustão</i>
dor de cabeça	-	.173	.347	.230	.194	.323	.251	.307	.317	.158	.214
dores de estômago	.199	-	.189	.129	.067	.186	.225	.156	.323	.124	.130
dores de costas	.358	.233	-	.244	.196	.111	.160	.083	.424	.051	.166
estar deprimido	.248	.149	.255	-	.338	.293	.240	.148	.282	.240	.319
estar irritado	.209	.081	.232	.332	-	.429	.314	.154	.260	.177	.250
estar nervosa	.338	.207	.134	.301	.429	-	.294	.245	.310	.294	.380
dificuldades em adormecer	.283	.223	.179	.270	.314	.316	-	.180	.292	.217	.159
tonturas	.312	.141	.109	.155	.188	.250	.171	-	.204	.144	.155
dores de pescoço e ombros	.331	.316	.447	.286	.264	.328	.297	.241	-	.128	.222
medo	.209	.113	.062	.244	.161	.335	.255	.185	.135	-	.275
cansaço e exaustão	.217	.136	.175	.321	.282	.361	.181	.150	.220	.275	-

O quadro seguinte apresenta as alterações na quantificação das variáveis relativas à saúde, satisfação e felicidade, verificando que nos itens surge um encurtamento do intervalo dos valores em ambas as amostras, exceptuando o item relativo à percepção de saúde em que existe um aumento da amplitude de 4 para 5 unidades. No item satisfação geral esta mudança é notória passando o intervalo da quantificação de 10 para 3 unidades (quadro 41).

Quadro 41 – Quantificações das variáveis satisfação, saúde, felicidade após transformação

Amostra 1	<i>como te sentes em relação à vida</i>	<i>saúde</i>	<i>gostar como coisas correm</i>	<i>vida corre bem</i>	<i>gostava mudar coisas na vida</i>	<i>gostava diferente tipo de vida</i>					
Infeliz	-2.310	Pobre	-3.044	Nunca	-2.293	Nunca	-2.853	Sempre	-1.050	Sempre	-1.228
Pouco	-1.556	Razoável	-1.544	Às vezes	-.594	Às vezes	-.977	As vezes	-.700	As vezes	-1.228
Feliz	.131	Boa	.204	Quase sempre	.600	Quase sempre	.452	Quase sempre	.456	Quase sempre	.178
Muito feliz	1.117	Excelente	.911	Sempre	1.182	Sempre	1.101	Nunca	2.107	Nunca	1.287
Amostra 1	<i>tenho uma boa vida</i>	<i>sinto-me bem c/ o q me acontece</i>									
Nunca	-2.471	Nunca	-2.193								
Às vezes	-1.150	Às vezes	-.668								
Quase sempre	.262	Quase sempre	.440								
Sempre	.947	Sempre	1.366								
Amostra 2	<i>como te sentes em relação à vida</i>	<i>saúde</i>	<i>gostar como coisas correm</i>	<i>vida corre bem</i>	<i>gostava mudar coisas na vida</i>	<i>gostava diferente tipo de vida</i>					
Infeliz	-2.472	Pobre	-3.153	Nunca	-2.318	Nunca	-2.899	Sempre	-1.058	Sempre	-1.230
Pouco	-1.423	Razoável	-1.508	Às vezes	-.584	Às vezes	-.969	As vezes	-.690	As vezes	-1.225
Feliz	.095	Boa	.199	Quase sempre	.595	Quase sempre	.447	Quase sempre	.457	Quase sempre	.177
Muito feliz	1.150	Excelente	.910	Sempre	1.178	Sempre	1.100	Nunca	2.105	Nunca	1.288

Quadro 41 cont.	tenho uma boa vida	sinto-me bem c/ o q me acontece
Amostra 2		
Nunca	-2.510	Nunca -2.216
Às vezes	-1.140	Às vezes -.658
Quase sempre	.259	Quase sempre .434
Sempre	.946	Sempre 1.364

Quadro 42 – Quantificações da variável – satisfação geral após transformação

Satisfação com a vida	Amostra 1	Amostra 2
0 Pior vida possível	-3.641	-3.735
1	-3.473	-3.495
2	-3.473	-3.495
3	-1.799	-1.795
4	-1.799	-1.795
5	-.702	-.692
6	-.702	-.692
7	.380	.380
8	.391	.385
9	.875	.870
10 Melhor vida possível	1.006	1.005

Relativamente ao contributo de cada variável na dimensão, observa-se que o item “*a vida corre bem*” é aquele que apresenta o melhor valor em ambas as amostras (respectivamente .814, .815).

Em ambas as amostras, os valores mais baixos correspondem aos itens “*mudar coisas na vida*”, “*gostava de ter um tipo de vida diferente*”, bem como o item relativo à “*percepção de saúde*”, facto que poderá ser indicador da presença de uma dimensão distinta no que respeita a saúde. O mesmo poderá supor-se em relação aos dois itens relativos a uma perspectiva de mudança. Esta dimensão explica cerca de 45% da variância em ambas as amostras (quadro 43).

Quadro 43 – Saturação dos itens satisfação, saúde, felicidade

	Amostra 1	Amostra 2
como te sentes em relação à vida	.735	.734
saúde	.527	.525
gostar como coisas correm	.729	.729
vida corre bem	.814	.815
mudar coisas na vida	.471	.470
gostava diferente tipo de vida	.594	.592
tenho uma boa vida	.730	.730
sinto-me bem c/ o q me acontece	.726	.726
satisfação c/ a vida	.688	.690
% Variância explicada	45.803	45.798

Em relação às correlações obtidas antes e após a transformação das variáveis relativas ao bem-estar (satisfação, saúde, felicidade), observa-se que existe um aumento após a transformação em ambas as amostras (no triângulo superior direito são apresentadas as correlações antes da transformação e no inferior esquerdo as correlações após transformação), representando um possível aumento da validade convergente. Apesar do conjunto destas variáveis ser aquele em que se observam melhores valores de correlação entre os itens, na grande maioria dos casos os valores correlacionais são baixos (quadro 44).

Quadro 44 – Correlações entre as variáveis satisfação, saúde, felicidade antes e após transformação

Amostra 1	<i>como te sentes em relação à vida</i>	<i>saúde</i>	<i>gostar como coisas correm</i>	<i>vida corre bem</i>	<i>mudar coisas na vida</i>	<i>gostava diferente tipo de vida</i>	<i>tenho uma boa vida</i>	<i>Sinto-me bem c/ o q me acontece</i>	<i>satisfação c/ a vida</i>
Como te sentes em relação à vida	-	.385	.401	.520	.236	.333	.430	.458	.499
Saúde	.410	-	.277	.341	.166	.322	.271	.253	.245
Gostar como coisas correm	.416	.319	-	.630	.169	.251	.472	.542	.362
Vida corre bem	.523	.313	.632	-	.195	.323	.583	.606	.446
Mudar coisas na vida	.256	.146	.207	.227	-	.598	.184	.186	.280
Gostava diferente tipo de vida	.360	.312	.290	.348	.577	-	.303	.225	.332
Tenho uma boa vida	.446	.285	.474	.616	.237	.340	-	.500	.358
Sinto-me bem c/ o q me acontece	.464	.256	.534	.609	.225	.222	.517	-	.377
Satisfação c/ a vida	.514	.305	.409	.473	.273	.360	.386	.418	-
Amostra 2	<i>como te sentes em relação à vida</i>	<i>saúde</i>	<i>gostar como coisas correm</i>	<i>vida corre bem</i>	<i>mudar coisas na vida</i>	<i>gostava diferente tipo de vida</i>	<i>tenho uma boa vida</i>	<i>sinto-me bem c/ o q me acontece</i>	<i>satisfação c/ a vida</i>
Como te sentes em relação à vida	-	.385	.401	.520	.236	.333	.430	.458	.499
saúde	.403	-	.277	.341	.166	.322	.271	.253	.245
Gostar como coisas correm	.415	.318	-	.630	.169	.251	.472	.542	.362
Vida corre bem	.524	.310	.632	-	.195	.323	.583	.606	.446
Mudar coisas na vida	.255	.149	.207	.226	-	.598	.184	.186	.280
Gostava diferente tipo de vida	.357	.311	.289	.347	.577	-	.303	.225	.332
Tenho uma boa vida	.442	.286	.475	.617	.236	.338	-	.500	.358
Sinto-me bem c/ o q me acontece	.465	.254	.534	.609	.225	.222	.518	-	.377
Satisfação c/ a vida	.517	.305	.410	.473	.273	.360	.385	.420	-

ESTUDO DIFERENCIAL DOS FACTORES AFLUÊNCIA FAMILIAR, AJUSTAMENTO PSICOSSOCIAL/SINTOMAS E BEM-ESTAR/QUALIDADE DE VIDA (SATISFAÇÃO, SAÚDE, FELICIDADE)

Após o procedimento de transformação de variáveis, pretendemos testar se as médias dos valores do bem-estar material (afluência familiar-FAS), do ajustamento psicossocial (sintomas físicos e psicológicos) e do bem-estar/qualidade de vida (satisfação/felicidade/saúde), apresentavam diferenças estatisticamente significativas nos grupos de jovens com e sem um problema de saúde, com e sem doença crónica, com e sem deficiência motora, com e sem deficiência sensorial e com e sem outra situação de deficiência. Na amostra 2 pretendemos adicionalmente testar as diferenças nas médias entre os grupos de jovens com e sem Necessidades Educativas Especiais, com e sem limitações na participação e com e sem restrições na realização de actividades. Para tal procedemos à realização do teste paramétrico T de Student, sendo utilizados para este efeito os valores dos scores de cada factor obtidos na transformação das variáveis.

Na amostra 1, como se pode verificar no quadro que se segue (quadro 45), observam-se diferenças significativas nas médias dos scores, sendo os grupos de jovens com um problema de saúde e o grupo de jovens com deficiência sensorial, aqueles em que as diferenças são significativas para todos os factores estudados, isto é para o bem-estar

material/afluência familiar, ajustamento psicossocial/sintomas e bem-estar/qualidade de vida (saúde, satisfação, felicidade). Nestes dois grupos, assinala-se que as médias significativamente inferiores nos jovens que referem um problema de saúde, bem como nos jovens com uma deficiência sensorial, o que significa que os jovens com um problema de saúde e os jovens com uma deficiência sensorial têm uma percepção pior do seu bem-estar material, têm mais sintomas e têm uma pior percepção de saúde, satisfação e felicidade.

Quadro 45 – Estudo diferencial das médias dos scores da afluência familiar, sintomas e satisfação, saúde e felicidade (amostra 1)

		<i>Média</i>	<i>Desvio padrão</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>problema de saúde</i>					
FAS	não	.0168	.97678	3.572	***
	sim	-.1294	1.14078		
SINTOMAS	não	.0580	.94922	13.797	***
	sim	-.4994	1.22166		
SSF	não	.0538	.97657	11.510	***
	sim	-.4149	1.10001		
<i>doença crónica</i>					
FAS	sim	-.0636	1.15443	-1.237	NS
	não	.0039	.98977		
SINTOMAS	sim	-.4524	1.28538	-8.849	***
	não	.0279	.97306		
SSF	sim	-.4221	1.15176	-8.250	***
	não	.0260	.98418		
<i>deficiência motora</i>					
FAS	sim	.0330	.98257	.333	NS
	não	-.0005	1.00044		
SINTOMAS	sim	-.1605	1.43518	-1.619	NS
	não	.0027	.99121		
SSF	sim	-.2880	1.09549	-2.906	*
	não	.0048	.99782		
<i>deficiência sensorial</i>					
FAS	sim	-.1423	1.08599	-2.297	*
	não	.0060	.99592		
SINTOMAS	sim	-.4163	1.25233	-6.744	***
	não	.0177	.984176		
SSF	sim	-.2894	1.09014	-4.680	***
	não	.0123	.99431		
<i>outra situação</i>					
FAS	sim	-.0758	1.08660	-1.360	NS
	não	.0040	.99527		
SINTOMAS	sim	-.4946	1.28739	-8.932	***
	não	.0260	.97590		
SSF	sim	-.3898	1.06902	-7.022	***
	não	.0205	.99220		

Leg. p<.05*; p<.01**; p<.001***; NS-não significativo; FAS-Bem-estar material/Afluência familiar; Sintomas/Ajustamento psicossocial; SSF-Bem-estar/Qualidade de Vida (Saúde, Satisfação, Felicidade)

Observam-se ainda diferenças significativas nas médias dos scores obtidos no grupo de jovens com uma doença crónica, e com outra situação, nos factores do ajustamento psicossocial (sintomas) e do bem-estar/qualidade de vida (saúde/satisfação/felicidade).

Neste caso, os jovens com uma doença crónica e os jovens que referem ter uma outra situação têm valores da média significativamente inferiores nestes dois factores, isto é têm mais sintomas e uma pior percepção de saúde, satisfação e felicidade. Nestes dois grupos, no que respeita o bem-estar material, apesar do valor da média ser mais baixo, não se verifica uma diferença significativa.

No grupo de jovens com e sem deficiência motora, observam-se diferenças significativas nas médias somente no factor bem-estar/qualidade de vida (saúde, satisfação, felicidade), sendo que são os jovens com deficiência motora os que apresentam uma média inferior. Assim podemos afirmar que os jovens com deficiência motora têm uma percepção pior de bem-estar medida pelo factor que agrupa a percepção de saúde, satisfação, felicidade.

Na amostra 2, (quadro 46) observam-se diferenças significativas nas médias dos scores obtidos entre os jovens com e sem um problema de saúde em relação ao ajustamento psicossocial e ao bem-estar/qualidade de vida (saúde, satisfação, felicidade). Verificando-se que as médias são inferiores para o grupo de jovens com um problema de saúde. Apesar deste valor ser ainda inferior para a afluência material, neste factor não se observam diferenças significativas. Assim podemos afirmar que os jovens com um problema de saúde, nesta amostra têm mais sintomas e uma pior percepção de bem-estar, que inclui a saúde, satisfação e felicidade.

Não se observam diferenças significativas nos scores obtidos nos grupos de jovens com e sem uma doença crónica, sendo porém as médias obtidas nos três factores são inferiores para os jovens com uma doença crónica. Não se observam também diferenças

significativas nas médias dos scores nos jovens com e sem uma deficiência motora. Verifica-se porém que o valor da afluência familiar é superior, apesar de não significativo enquanto os valores relativos ao ajustamento psicossocial e ao bem-estar/qualidade de vida são inferiores nos jovens com deficiência motora.

Quadro 46 – Estudo diferencial das médias dos scores da afluência familiar, sintomas e satisfação, saúde e felicidade (amostra 2)

		<i>Média</i>	<i>Desvio padrão</i>	<i>t</i>	<i>p.</i>
<i>problema de saúde</i>					
FAS	não	.0876	.91498	1.692	NS
	sim	-.1208	1.12006		
SINTOMAS	não	.1677	.89357	3.766	***
	sim	-.2876	1.10587		
SSF	não	.2281	.91614	4.810	***
	sim	-.3479	1.05382		
<i>doença crónica</i>					
FAS	sim	-.1590	1.09214	-1.419	NS
	não	.0659	.97224		
SINTOMAS	sim	-.2590	1.24421	-1.871	NS
	não	.0400	.94348		
SSF	sim	-.2405	1.07112	-1.701	NS
	não	.0339	.99968		
<i>deficiência motora</i>					
FAS	sim	.2282	1.29934	.620	NS
	não	.0186	.98668		
SINTOMAS	sim	-.1416	.80580	-.387	NS
	não	-.0091	1.01515		
SSF	sim	-.1171	1.50113	-.306	NS
	não	-.0117	.99928		
<i>deficiência sensorial</i>					
FAS	sim	.0051	1.04878	-.125	NS
	não	.0282	.99184		
SINTOMAS	sim	-.3719	1.12508	-2.079	*
	não	.0316	.98550		
SSF	sim	-.5455	1.11561	-3.081	**
	não	.0516	.98546		
<i>outra situação</i>					
FAS	sim	-.1201	1.09178	-.897	NS
	não	.0461	.98302		
SINTOMAS	sim	-.4758	1.02817	-2.851	**
	não	.0514	.99003		
SSF	sim	-.3644	1.10146	-2.122	*
	não	.0338	.99645		

Leg. p<.05 * ; p<.01 **; p<.001 *** NS-não significativo; FAS- Bem-estar material/Afluência familiar; SINTOMAS- Ajustamento psicossocial; SSF-Bem-estar/Qualidade de Vida (Saúde, Satisfação,Felicidade)

Na comparação dos grupos de jovens com e sem uma deficiência sensorial, observam-se diferenças significativas nas médias dos scores obtidos para os factores ajustamento psicossocial e bem-estar/qualidade de vida, sendo que os jovens com uma deficiência

sensorial apresentam um valor inferior. Apesar de não significativa a média na afluência familiar é superior no grupo de jovens com deficiência sensorial. Assim, poderemos afirmar que os jovens com uma deficiência sensorial têm mais sintomas e uma pior percepção de bem-estar medida pela saúde, satisfação e felicidade.

No grupo com e sem uma outra situação de deficiência, verificam-se diferenças significativas nas médias obtidas para os factores do ajustamento psicossocial/sintomas e do bem-estar (saúde, satisfação e felicidade), sendo esta a média inferior no grupo de jovens que refere ter uma outra situação de deficiência. Não sendo significativa, a afluência familiar tem um valor médio inferior no grupo de jovens que refere uma outra situação de deficiência. Assim poderemos afirmar que os jovens que referem uma outra situação de deficiência têm mais sintomas e uma pior percepção de bem-estar medida pela saúde, satisfação e felicidade.

No quadro seguinte (quadro 47) são apresentados os valores obtidos nos testes T de Student, realizados na amostra 2, para a comparação da diferença das médias nos grupos com e sem Necessidades Educativas Especiais, com e sem limitações na participação e com e sem restrições na realização de actividades.

Verifica-se que os jovens com Necessidades Educativas Especiais apresentam um valor médio inferior no bem-estar material/afluência familiar e no bem-estar medido pela saúde, satisfação, felicidade. Não se verificam diferenças significativas na média relativa ao ajustamento psicossocial, apesar de se verificar que este valor é inferior para o grupo de jovens com NEE.

Desta forma podemos afirmar que os jovens com Necessidades Educativas Especiais têm um pior bem-estar material (afluência familiar) e uma pior percepção de bem-estar medido pela saúde, satisfação e felicidade.

Ao observar os valores obtidos nos grupos de jovens com e sem limitações na participação, não se verificam diferenças significativas, sendo que o valor obtido no bem-estar material/afluência familiar é inferior e o valor obtido nos factores de ajustamento psicossocial e de bem-estar (saúde, satisfação, felicidade) é superior no grupo de jovens com limitações na participação, isto é, os jovens que consideram ter a sua participação afectada devido a um problema de saúde têm um pior bem-estar material (afluência familiar), menos sintomas e uma melhor percepção de bem-estar medida pela saúde, satisfação e felicidade.

Quadro 47 – Estudo diferencial das médias dos scores da afluência familiar, sintomas e satisfação, saúde e felicidade – NEE, limitação participação e restrição actividades (amostra 2)

		<i>Média</i>	<i>Desvio padrão</i>	<i>t</i>	<i>p.</i>
<i>NEE</i>					
FAS	não	.2134	.89048	-2.989	*
	sim	-.1448	1.04874		
SINTOMAS	não	.0793	1.00971	-1.096	NS
	sim	-.0538	.99577		
SSF	não	.1432	.87352	-1.988	**
	sim	-.0972	1.07183		
<i>problema saúde afecta participação na escola</i>					
FAS	sim	-.1943	1.16577	1.187	NS
	não	.0258	.97778		
SINTOMAS	sim	.1020	.95030	-.652	NS
	não	-.0135	1.00946		
SSF	sim	.3092	.93094	-1.896	NS
	não	-.0410	1.00542		
<i>problema saude impede-te fazer o que os colegas da tua idade fazem</i>					
FAS	sim	-.2294	1.21465	1.354	NS
	não	.0283	.97140		
SINTOMAS	sim	-.0814	.88110	.479	NS
	não	.0100	1.01682		
SSF	sim	.0113	.95282	-.067	NS
	não	-.0014	1.00947		

Leg. $p < .05$ * ; $p < .01$ ** NS-não significativo; FAS- Bem-estar material/Afluência familiar; SINTOMAS-Ajustamento psicossocial; SSF-Bem-estar/Qualidade de Vida (Saúde, Satisfação,Felicidade); NEE – necessidades educativas especiais

Em relação às diferenças nas médias obtidas nos grupos de jovens com e sem restrições na realização de actividades, não se verificam diferenças significativas nas médias obtidas para os três factores. Verifica-se contudo que os jovens com restrições na realização

de actividades apresentam uma média superior no factor bem-estar (saúde, satisfação, felicidade) e uma média inferior nos factores bem-estar material/afluência familiar e ajustamento psicossocial / sintomas.

ANÁLISE FACTORIAL EXPLORATÓRIA - AFLUÊNCIA FAMILIAR, AJUSTAMENTO PSICOSSOCIAL, BEM-ESTAR/QUALIDADE DE VIDA – AMOSTRA 1 E 2

A análise factorial de componentes principais é um método estatístico multivariado que permite transformar um conjunto de variáveis iniciais, correlacionadas entre si, nouro conjunto de variáveis, menor, e não correlacionadas entre si, designadas por componentes principais. O objectivo da análise é assim encontrar factores subjacentes num grupo de variáveis (Pestana & Gajairo, 2003). Sendo o objectivo da análise encontrar factores subjacentes num grupo de variáveis, o bem-estar e qualidade de vida, tal como qualquer outro constructo é entendido neste trabalho como uma variável latente não directamente observável, mas que pode ser medida indirectamente por grupos de variáveis que se relacionam entre si, explicando assim a correlação existente entre elas (Pestana & Gajairo, 2003).

Neste sentido procedemos a uma análise exploratória tentando compreender, de acordo com os dados e variáveis seleccionadas, de que forma os itens que compõem o bem-estar material (afluência familiar), ajustamento psicossocial (sintomas) e bem-estar/qualidade de vida (medidos pela satisfação, saúde e felicidade) se comportavam num modelo global compreensivo. Neste caso, as variáveis adicionadas na análise factorial consistem nos itens que compõem a escala de afluência familiar (FAS) (4 itens), o conjunto de itens associados a

queixas físicas e psicológicas/sintomas (11 itens) e os itens que relativos à percepção de saúde, satisfação e felicidade (9 itens).

Este procedimento pretendeu assim explorar estas variáveis, de forma a reduzir e melhor compreender a complexidade de interpretação dos dados, identificando as variáveis não observáveis subjacentes aos dados (factores) que explicam a variação máxima dos dados originais, expressando o que existe de comum nas variáveis originais. Desta forma postula-se que existe um número de factores (variáveis não observadas), que nos permitem mais facilmente identificar as comunalidades nas variáveis originais associadas ao bem-estar e qualidade de vida.

O procedimento adoptado foi a Análise Factorial de Componentes Principais, utilizando os scores das variáveis previamente transformadas. A extracção dos factores utilizado foi realizada através do método de estimação das *Componentes principais*, com rotação dos factores “*Varimax*”. Esta rotação minimiza o número de variáveis com coeficientes (*loadings ou pesos*) elevados num factor. Em geral consideram-se significativos os coeficientes (*loadings ou pesos*) superiores a 0.5. O número de factores seguindo-se o critério de Kaiser, pelo qual se escolhem os factores cuja variância explicada é superior a 1.

A análise factorial realizada na amostra 1, apresentou um valor *KMO (Kaiser Meyer Olkin Measure)* de .898, considerado bom, tendo desta forma prosseguido com a análise. Tendo adoptado os critérios de Kaiser (valores próprios maiores que 1), foram retidos 5 factores que no total explicam **48%** da variância, sendo que o primeiro factor explica a grande maioria da variância **23%**, o segundo explica **9%**, o terceiro **6%** o quarto **5%** e por fim o quinto factor que explica **4%** da variância.

A matriz das componentes que apresentamos mostra os coeficientes (*loadings ou pesos*) que relacionam as variáveis com os factores após a rotação varimax (quadro 48).

Quadro 48 – Matriz de factores com rotação varimax (amostra 1)

	<i>Componentes</i>				
	1	2	3	4	5
Vida corre bem	.812				
Gostar como coisas correm	.768				
Sinto-me bem c/ o q me acontece	.761				
Tenho uma boa vida	.728				
Felicidade	.653				
Satisfação c/ a vida	.521				
Saúde	.377				
Estar irritado.		.730			
Estar nervoso		.717			
Estar deprimido		.633			
Medo		.559			
Cansaço e exaustão		.465	.399		
Dificuldades em adormecer					
Dores de costas			.751		
Dores de pescoço e ombros			.738		
Dor de cabeça			.542		
Tonturas			.534		
Dores de estômago			.416		
Computador				.687	
Carro				.671	
Férias				.620	
Quarto próprio				.450	
Mudar coisas na vida					.817
Gostava diferente tipo de vida					.792

Assim, as variáveis associadas ao factor 1 são os itens relativos à satisfação com a vida “*Vida corre bem*”, “*Gostar como as coisas correm*”, “*Sinto-me bem com o que me acontece*”, “*Tenho uma boa vida*”, “*Felicidade*”. Com um peso inferior ao aceitável, encontramos ainda neste factor os itens “*Satisfação com a vida*” e “*Saúde*”. Observando os pesos que relacionam as variáveis com este factor, que denominamos “*bem-estar/qualidade de vida*”.

O factor 2 é relacionado com os *sintomas psicológicos*, sendo os itens a ele associado “*estar irritado*”, “*estar nervoso*”, “*estar deprimido*”, “*ter medo*” e “*sentir cansaço*”. Estes dois últimos itens apresentam contudo um peso relativamente baixo.

O factor 3, que denominamos *sintomas somáticos* inclui os itens “*dores de costas*”, “*dores de pescoço*” e “*cansaço*”, bem como, com valores abaixo do aceitável, “*dores de cabeça*”, “*tonturas*” e “*dores de estômago*”.

No factor 4 observam-se os itens da escala de *afluência familiar*, sendo os pesos das variáveis aceitáveis, à excepção do item ter “*quarto próprio*”. No factor 5, os dois itens pertencentes à original escala de satisfação, apresentam um bom peso parecendo indicar a presença de um factor isolado da percepção de bem-estar relacionado com a satisfação face a *perspectivas de mudança*.

Na amostra 2, a análise factorial realizada apresentou um valor *KMO* (*Kaiser Meyer Olkin Measure*) de .825, considerado bom, tendo-se assim prosseguido com a análise.

Segundo os critérios de *Kaiser* (valores próprios maiores que 1), foram retidos 7 factores que no total explicam **59%** da variância. O primeiro factor explica a grande maioria da variância (**23%**) o segundo explica **10%**, o terceiro **7%** o quarto **6%**, o quinto factor explica **5%**, e por fim sexto e sétimo factores que explicam **4 %** (cada) da variância.

O factor 1 que denominámos *bem-estar/qualidade de vida* inclui os itens associados com a percepção de *satisfação e felicidade* e ainda com o item “*estar deprimido*”, sendo os pesos atribuídos a cada item, superiores a .60 nos itens “*a vida corre bem*”, “*sinto-me bem com o que me acontece*”, “*tenho uma boa vida*”, “*gosto como as coisas correm*”, “*felicidade*” e “*satisfação com a vida*”. Somente o item relativo à percepção de depressão apresenta um peso baixo, sendo também relacionado com o segundo factor extraído (quadro 49).

O segundo factor é relacionado tal como na amostra 1, com as *queixas psicológicas* sendo os itens, “*estar nervoso*”, “*ter medo*”, “*cansaço*”, os que apresentam melhores pesos (com valores superiores a .60) (quadro 50).

O terceiro factor que denominamos *sintomas somáticos* inclui os itens, *dor de costas*, *dores de pescoço* (com valores aceitáveis superiores a .60) e ainda os itens “*dores de estômago*” e “*dores de cabeça*”, se bem que tendo pesos mais baixos.

No factor 4 surgem os dois itens associados à satisfação com *perspectivas de mudança*, tal como um dos factores extraídos na amostra 1.

No factor 5 observam-se dois itens da *afluência familiar*, “carro”, “computador”, sendo o factor 6 constituído pelos restantes itens da afluência familiar “quarto” e “férias”. Por fim, o factor 7 relacionado com a percepção da *saúde*, que é constituído somente pelo item “percepção de saúde”.

Quadro 49 – Matriz de factores com rotação varimax (amostra 2)

	<i>Componentes</i>						
	1	2	3	4	5	6	7
Vida corre bem	.837						
Sinto-me bem c/ o q me acontece	.789						
Tenho uma boa vida	.750						
Gostar como coisas correm	.748						
Felicidade	.685						
Satisfação c/ a vida	.625						
Estar deprimido	.487	.406					
Estar nervoso		.719					
Medo		.647					
Cansaço e exaustão		.601					
Estar irritado		.573					
Dificuldades em adormecer		.478					
Dores de costas			.788				
Dores de pescoço e ombros			.704				
Dores de estômago			.574				
Dor de cabeça			.489				
Mudar coisas na vida				.843			
Gostava diferente tipo de vida				.798			
Carro					.785		
Computador					.751		
Quarto próprio						.797	
Férias					.436	.594	
Saúde							.797
Tonturas							.485

Poderemos assinalar que, existindo algumas semelhanças entre o modelo explorado em ambas as amostras, importa reter que alguns itens adicionados na análise não parecem ser ter um peso significativo na extração dos factores, nomeadamente na amostra 1 os itens “satisfação com a vida”, “saúde”, “medo”, “cansaço”, “dificuldades em adormecer”, “dores de cabeça”, “tonturas”, “dores de estômago”, “quarto próprio”.

Na amostra 2, além de se ter verificado uma extração de um maior número de factores, separando em dois factores o bem-estar material e num factor isolado a percepção

de saúde, verificou-se que os itens “*estar deprimido*”, “*estar irritado*”, “*ter dificuldades em adormecer*”, “*dores de estômago*”, “*dores de cabeça*” e “*tonturas*” apresentam pesos ou contribuições para os factores muito baixos.

Salienta-se ainda o facto de os factores extraídos, quer na amostra 1 quer na amostra 2, explicarem uma percentagem da variância não muito elevada (48%, 59%).

Nesta etapa do nosso estudo, havendo a necessidade de optar por uma análise exploratória de um modelo explicativo, incluindo a percepção de afluência familiar, sintomas, saúde, satisfação felicidade, procedemos optando pela a inclusão de todos os itens.

Uma das razões para esta opção prendeu-se com as indicações teóricas prévias e por outro lado com o facto de, ao excluirmos alguns itens de acordo com os pesos obtidos, uma grande número de itens, incluindo a percepção de saúde seriam retirados. Uma razão final prendeu-se ainda com o número de factores extraídos. Uma vez que existiram diferenças na oragnização factorial obtida na amostra 1 e 2, optando por um dos modelos factoriais não poderíamos estabelecer um conjunto de modelos similares a testar a dependência dos factores relacionadas com os sintomas e saúde, satisfação, felicidade com a afluência familiar.

MODELO COMPREENSIVO DA EXPLICAÇÃO DO BEM-ESTAR MATERIAL (AFLUÊNCIA), AJUSTAMENTO PSICOSSOCIAL (SINTOMAS) E BEM-ESTAR E QUALIDADE DE VIDA (SAÚDE, SATISFAÇÃO, FELICIDADE)

A utilização de modelos estruturais corresponde a uma perspectiva relativamente recente no estudo das relações de causalidade entre variáveis, sendo particularmente útil para estudos realizados em contextos naturais. Neste modelo a noção restritiva de causa dá lugar à de sistema, não se tratando apenas na determinação de efeitos isolados de variáveis independentes sobre variáveis dependentes, mas também no conhecimento da organização de grupos de variáveis e da articulação dos seus efeitos conjuntos (Byrne, 2001).

Desta forma, podemos estudar as relações entre variáveis dependentes, independentes e interdependentes, observando as eventuais redes de relações em função de sujeitos ou de situações distintas.

O modelo de equações estruturais engloba e generaliza métodos de análise de regressão múltipla e a análise de caminhos causais (“*path analysis*”), incluindo duas partes, um modelo de medida que indica de que modo as variáveis latentes são formuladas em termos de variáveis observadas e um modelo de equações estruturais que especifica as relações possíveis entre as variáveis latentes (Byrne, 2001).

O modelo de equações estruturais permite formular e testar hipóteses relativas à influência das variáveis explicativas sobre variáveis ou constructos a explicar. Ao testar um modelo estrutural, procuram-se índices de ajustamento, aceitando ou rejeitando a sua plausibilidade e respectivas relações (Simões, 2005).

Uma vantagem assinalada na sua utilização prende-se com o facto de a representação das relações entre as variáveis envolvidas poder ser representada graficamente o que facilita a conceptualização e compreensão da teoria subjacente (Byrne, 1994 cit. Simões, 2005 p.353).

A adopção dos modelos de equações estruturais, que se tem tornado um dos métodos de análise multivariada mais popular nas ciências sociais e da saúde, pode assumir um carácter exploratório ou confirmatório, sendo o objectivo a aproximação à melhor compreensão de situações ou constructos complexos como a compreensão de sistemas explicativos do comportamento humano, nomeadamente os que pretendemos abordar neste estudo (Byrne, 2001).

Actualmente existem diversos programas estatísticos que permitem a realização deste método, entre os quais assinalamos o Programa EQS, LISREL, AMOS (Bentler, 2000). Para este estudo optou-se pela análise de equações estruturais no programa *Amos* 6.0, associado ao programa estatístico SPSS.

Os procedimentos adoptados nesta parte do trabalho consistiram numa primeira etapa, numa análise factorial confirmatória dos modelos de medição (*constructos latentes*), considerando-se como modelo de medição independente a afluência familiar (FAS) e como modelos de medição dependente o ajustamento psicossocial-sintomas (SI) e o bem-estar/qualidade de vida/satisfação, saúde e felicidade (SSF).

Tendo como objectivo testar um modelo compreensivo da qualidade de vida, identificando a influência preditiva da afluência familiar na percepção subjectiva de saúde,

satisfação, felicidade e no ajustamento psicossocial, medido pelo conjunto de sintomas físicos e psicológicos, pretendemos ainda explorar a adequação dos modelos finais nos grupos amostrais estudados, verificando se os valores de ajustamento e respectivas saturações são similares. Assim, inicialmente procedemos à análise dos modelos de medição das variáveis latentes propostas, que denominámos Saúde, Satisfação e Felicidade (SSF), Sintomas (SI) e Afluência familiar (FAS), no que respeita a sua estrutura factorial e covariâncias, seguindo-se uma análise do efeito preditor da afluência familiar nos Sintomas (SI) e na Saúde, Satisfação e Felicidade.

O modelo foi testado separadamente para a amostra 1 - Nacional do estudo (HBSC) e para a amostra 2 - Local em Almada, pretendendo-se verificar a sua adequação em ambas as amostras, e posteriormente, testar o modelo nos sub-grupos com um problema de saúde (amostra 1) e com Necessidades Educativas Especiais (amostra 2).

Apresentamos o modelo global a testar na figura seguinte (fig.7).

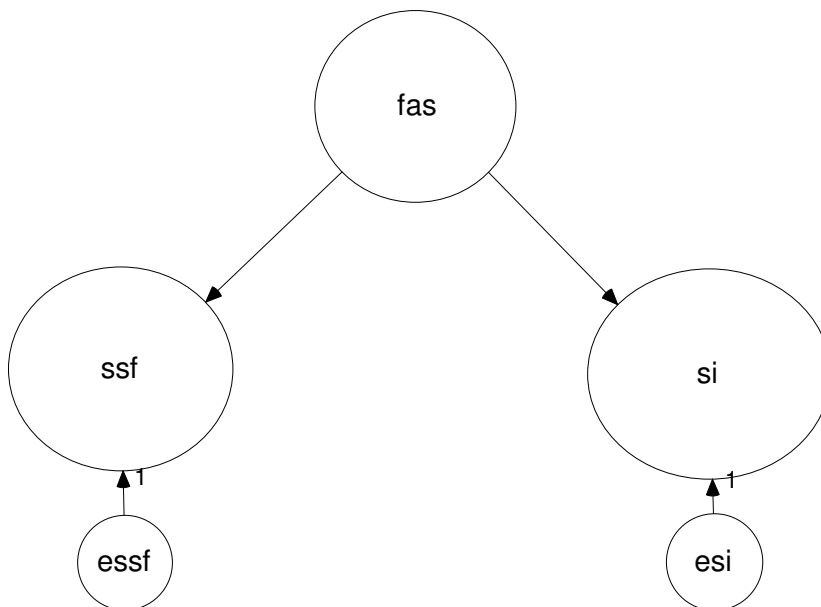


Figura 7 Modelo proposto de interligação entre afluência familiar (fas), sintoma (si) e saúde, satisfação e felicidade (ssf)

O procedimento das equações estruturais foi baseado na *máxima verosimilhança* (*maximum likelihood analysis*), sendo considerados os seguintes indicadores que avaliam o ajustamento dos modelos:

- O Qui-quadrado χ^2 , mede as diferenças entre a matriz de covariância da amostra e a matriz de covariância ajustada, avaliando o grau de proximidade do modelo teórico aos dados, devendo ser não significativo. Esta medida é sensível à dimensão da amostra na medida em que diferenças mínimas podem conduzir a um χ^2 significativo. Sendo as amostras utilizadas constituídas por um elevado número de sujeitos (amostra 1) este indicador não é o mais indicado para avaliar a adequação dos modelos, contudo este será apresentado ao longo dos modelos testados.

- *GFI* - “*Goodness of Fit Index*”, indicador do ajustamento do modelo menos sensível à dimensão da amostra. Os valores devem ser superiores a **.90**.

- *NFI* - “*Normed Fit Index*” e *CFI* - “*Comparative Fit Index*”, indicadores do ajustamento do modelo que medem o quão melhor é o modelo em comparação com um modelo hipotético em que as relações entre variáveis não são especificadas. Os valores devem ser superiores a **.95** para que o ajustamento seja considerado adequado.

- *RMR* - “*Root Mean Square Residual*”, que indica o quão grande é valor dos resíduos (um resíduo é a diferença entre uma covariância observada a covariância ou variância ajustada de acordo com o modelo). Os valores devem ser inferiores a **.05**.

- *AGFI* - “*Goodness of Fit Index*”, similar ao *GFI*, distingue-se deste, por se ajustar ao número de graus de liberdade no modelo especificado. Os valores devem ser superiores a **.95**.

- *RMSEA* – “*Root Mean Square Error of Aproximation*”, é uma medida da média das variâncias e covariâncias residuais que deve ser o mais baixa possível. Os valores deverão ser

inferiores a **.05**, se bem que alguns autores assinalam todos os valores inferiores a .08 como aceitáveis (Byrne, 2001).

A identificação dos modelos finais envolveu uma análise dos Índices de Modificação, tendo em vista obter a melhor adequação possível para os modelos propostos, procedendo-se à adição de covariâncias entre erros de medida sempre que os valores representavam uma alteração significativa no ajustamento do modelo.

De seguida, passamos então a apresentar os modelos de medição testados e os resultados obtidos em cada uma das amostras.

O modelo seguinte é respeitante ao modelo inicial da Afluência familiar (FAS) (fig 8).

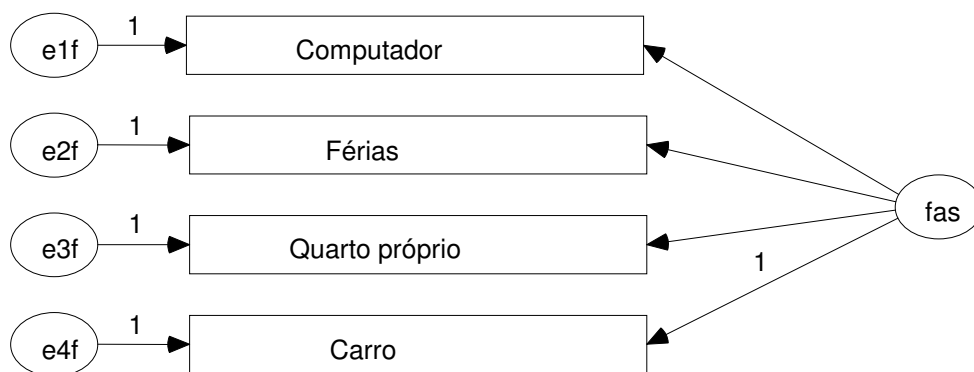
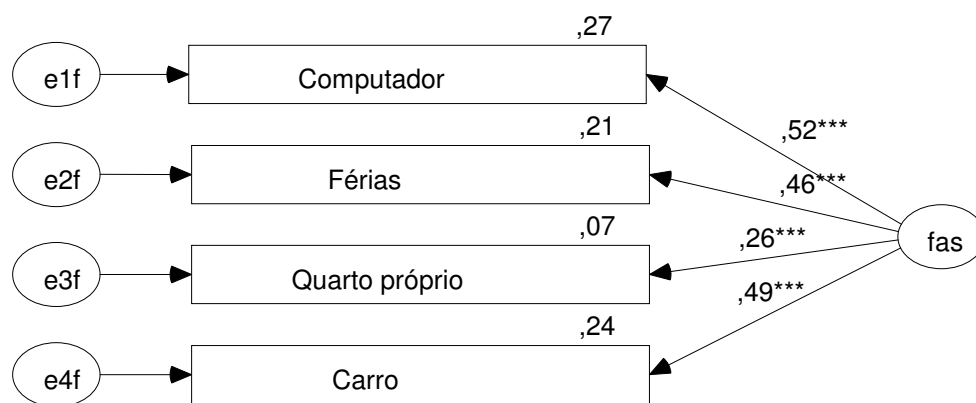


Figura 8 Modelo Inicial da Afluência familiar (FAS)

Os resultados obtidos relativamente ao modelo de medição da afluência familiar para a amostra 1, confirmam o modelo proposto, sem ter sido necessário realizar procedimentos para o seu melhor ajustamento.

Na figura seguinte apresenta-se o modelo final obtido (fig.9).



*** $P < .001$

Figura 9 Modelo final da afluência familiar solução estandarizada - Amostra 1

Da análise dos valores de saturação dos indicadores, assinala-se que estes são relativamente baixos, nomeadamente o valor da saturação na variável “*ter quarto próprio*” ($\beta = .26$). Os factores com melhor saturação correspondem aos itens “*ter computador*” ($\beta = .52$) e “*ter carro*” ($\beta = .49$). Sendo todos significativos, optou-se assim por manter os 4 itens que compõem esta medida de bem-estar material, apesar de se apontar como critério ideal os valores de saturação dos indicadores superiores a .60 (Chin, 1998 cit Simões, 2005). Na medida em que ao procedermos à exclusão dos itens com valores de saturação inferiores ficaríamos sem qualquer indicador optámos por manter todos os itens propostos nesta escala de afluência familiar. Esta decisão foi tomada na medida em que se observaram valores de ajustamento adequados em todos os índices ($RMR = .008$; $GFI = .999$; $AGFI = .997$; $NFI = .995$; $CFI = .996$; $RMSEA = .019$). A excepção situa-se somente no valor de qui-quadrado significativo ($\chi^2 = 6.336$ $gl = 2$ $p = .042$), facto, provavelmente devido à grande dimensão da amostra em estudo (quadro 50).

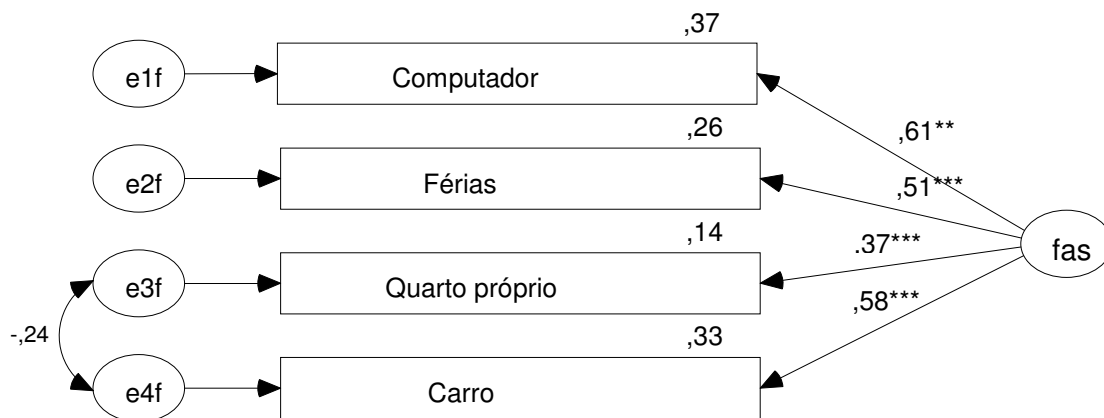
Quadro 50 – Valores do ajustamento e saturação dos indicadores no factor afluência familiar (não estandardizada B e estandardizado β), erro padrão (S.E.), Critical Ratio (C.R.) no modelo - Amostra 1

Valores de ajustamento do modelo para o factor afluência familiar – Amostra 1					
RMR = .008; GFI=.999; AGFI=.997; NFI=.995; CFI=.996; RMSEA=.019					
$\chi^2 = 6.336$ gl = 2 p.=.042					
	B	β	S.E.	C.R.	P
férias	,936	,460	,056	16,663	***
computador	1,062	,522	,065	16,445	***
carro	1,000	,492			
quarto	,537	,264	,043	12,555	***

***P<.001

Na amostra 2, os resultados obtidos no modelo inicial de medição da afluência familiar, apresentavam alguns índices de ajustamento desadequados (*AGFI*, *NFI*, *RMSEA*, χ^2). Desta forma procedemos à adição de covariâncias nos erros de medida em função dos valores dos índices de modificação mais elevados. A adição das covariâncias foi efectuada entre os itens “quarto próprio” e “carro” tendo-se verificado após este procedimento uma melhoria nos índices de ajustamento.

Na figura seguinte é apresentado o modelo final ajustado (fig.10).



***P<.001

Figura 10 Modelo final da afluência familiar solução estandardizada - Amostra 2

No quadros seguintes (quadro 51, 52) apresentam-se os valores de ajustamento e saturação dos indicadores no factor da afluência familiar, obtidos no modelo inicial e final na amostra 2. Verificou-se que após a introdução da covariância nas medidas de erro, todos os índices de ajustamento melhoraram, passando a aceitáveis (*RMR* = .026; *GFI* = .995;

AGFI=.949; NFI=.971; CFI=.980; RMSEA=.083). O valor RMSEA obtido (.083), está muito próximo do valor aceite como limite por alguns autores apesar do ideal ser inferior a .05 (Byrne, 2001). O valor não significativo do qui quadrado ($\chi^2 = 2.919$ gl =1 p=.088), permite-nos também confirmar a boa adequação deste modelo. Optou-se, tal como na amostra 1, por manter todos os indicadores, uma vez que todos apresentavam valores significativos (p<.001). O valor de saturação do item “quarto próprio” ($\beta=.37$) permaneceu baixo, por sua vez o valor mais elevado verifica-se no item “computador” ($\beta=.68$).

Quadro 51 – Valores do ajustamento e Saturação dos indicadores no factor afluência familiar (não estandardizada B e estandardizado β), erro padrão (S.E.), Critical Ratio (C.R.) no modelo inicial - Amostra 2

Valores de ajustamento do Modelo Inicial Afluência familiar – Amostra 2					
RMR = .050; GFI= .981; AGFI=.907; NFI=.893; CFI=.907; RMSEA=.126					
$\chi^2 = 10.864$ gl =2 p=.004					
	B	β	S.E.	C.R	P
Férias	,953	,493	,198	4,826	***
Computador	1,313	,680	,286	4,588	***
Carro	1,000	,518			
Quarto	,523	,271	,162	3,223	***

***P<.001

Quadro 52 - Saturação dos indicadores no factor afluência familiar (não estandardizada B e estandardizado β), erro padrão (S.E.), Critical Ratio (C.R.) no modelo final - Amostra 2

Valores de ajustamento do modelo final para o factor afluência familiar – Amostra 2					
RMR = .026; GFI= .995; AGFI=.949; NFI=.971; CFI=.980; RMSEA=.083					
$\chi^2 = 2.919$ gl =1 p=.088					
	B	β	S.E.	C.R	P
Férias	,882	,508	,188	4,701	***
Computador	1,057	,608	,227	4,659	***
Carro	1,000	,576			
Quarto	,645	,372	,175	3,696	***

***P<.001

Dos resultados obtidos relativamente ao modelo inicial de medição dos sintomas (fig 11), verificou-se que somente dois índices de ajustamento apresentavam valores aceitáveis (RMR, GFI). Assim, dado que os restantes índices apresentavam valores inferiores aos critérios ideais para verificação do ajustamento do modelo, optou-se por adicionar covariâncias entre os erros de medida (quadro 53).

Sendo que todos os itens apresentavam valores significativos, optou-se por não retirar nenhum, apesar dos valores da saturação serem baixos para a maioria dos indicadores (inferiores a .60).

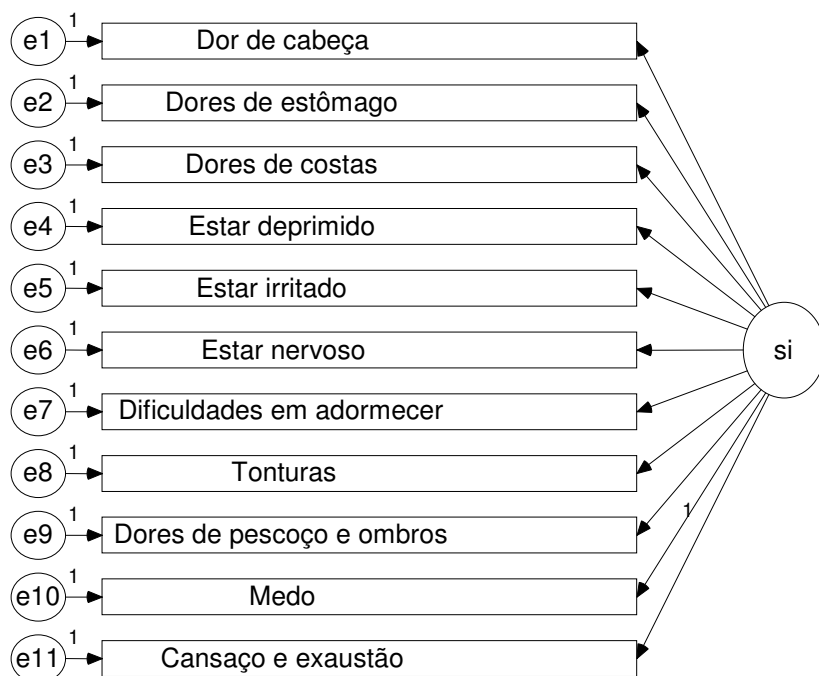


Figura 11 Modelo inicial sintomas (SI)

No modelo final observa-se que os índices de ajustamento apresentam todos valores aceitáveis, exceptuando-se o qui-quadrado que apresenta valores significativos, provavelmente devido à dimensão da amostra (quadro 54).

Quadro 53 – Valores do ajustamento e Saturação dos indicadores no factor sintomas (não estandardizada B e estandardizado β), erro padrão (S.E.), Critical Ratio (C.R.) no modelo inicial - Amostra 1

Valores de ajustamento do modelo inicial para o factor Sintomas – Amostra 1
RMR = .049; GFI= .949; AGFI=.932; NFI=.871; CFI=.874; RMSEA=.077
 $\chi^2 = 1641.8$ gl =44 p=.000

	B	β	S.E.	C.R	P
Dores de estômago	,758	,415	,029	25,862	***
Dores de costas	,878	,481	,030	28,904	***
Estar deprimido	1,126	,616	,033	34,149	***
Estar irritado	1,017	,557	,032	32,021	***
Estar nervoso	1,130	,618	,033	34,216	***
Dificuldade em adormecer	,769	,421	,029	26,159	***
Tonturas	,873	,478	,030	28,793	***
Dores pescoço	,902	,494	,031	29,467	***
Medo	,791	,433	,030	26,719	***
Cansaço exaustão	,999	,547	,032	31,640	***
Dor de cabeça	1,000	,547			

***P<.001

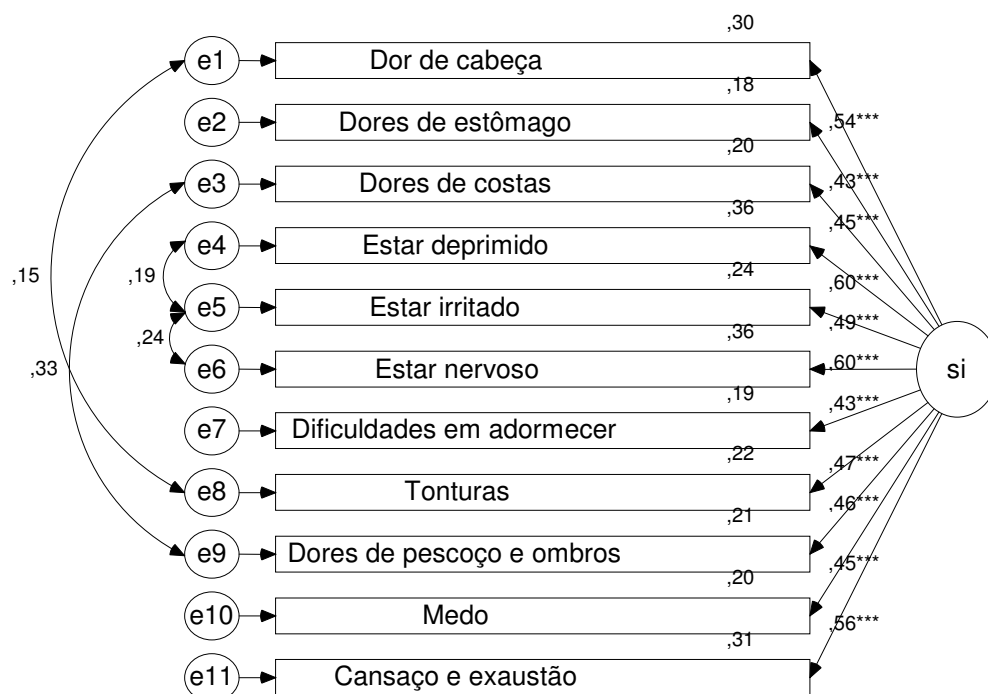
Dos valores estandarizados da regressão (β), todos os itens apresentam valores significativos, apesar da saturação de alguns permanecer relativamente baixa. Pode verificar-se que o valor da saturação mais baixo corresponde ao item “dores de estômago” ($\beta=.428$), sendo o mais elevado o item estar “deprimido” ($\beta=.604$) (quadro 54).

Quadro 54 – Valores do ajustamento e Saturação dos indicadores no factor sintomas (não estandarizada B e estandarizado β), erro padrão (S.E.), Critical Ratio (C.R.) no modelo final - Amostra 1

Valores de ajustamento do modelo final para o factor Sintomas – Amostra 1					
RMR = .026; GFI= .988; AGFI=.980; NFI=.969; CFI=.972; RMSEA=.038					
$\chi^2 = 394.452$ gl =40 p=.000					
	B	β	S.E.	C.R	P
Dores de estômago	,787	,428	,031	25,501	***
Dores de costas	,830	,451	,031	26,397	***
Estar deprimido	1,111	,604	,035	31,998	***
Estar irritado	,894	,487	,033	27,177	***
Estar nervoso	1,100	,598	,035	31,813	***
Dificuldade em adormecer	,798	,434	,031	25,782	***
Tonturas	,860	,467	,029	29,640	***
Dores pescoço	,852	,463	,032	26,912	***
Medo	,826	,449	,031	26,427	***
Cansaço exaustão	1,022	,556	,033	30,532	***
Dor de cabeça	1,000	,544			

***P<.001

Na figura 13 apresenta-se o modelo final obtido na amostra 1 para os sintomas.



***P<.001

Figura 12 Modelo final sintomas solução estandarizada (SI) - Amostra 1

No quadro seguinte apresentam-se os valores do ajustamento e as saturações dos indicadores obtidos no modelo inicial dos sintomas para a amostra 2 (quadro 55). Os resultados obtidos no modelo inicial de medição dos sintomas assinalam índices de ajustamento com valores abaixo dos aceitáveis, tendo-se optado por adicionar covariâncias entre os erros de medida de forma a tentar verificar um melhor ajustamento do modelo. A opção foi por manter todos os indicadores, por estes apresentarem valores estatisticamente significativos ($p < .001$).

Quadro 55 - Saturação dos indicadores no factor sintomas (não estandardizada B, estandardizado β), erro padrão (S.E.) Critical Ratio (C.R.) no modelo inicial - Amostra 2

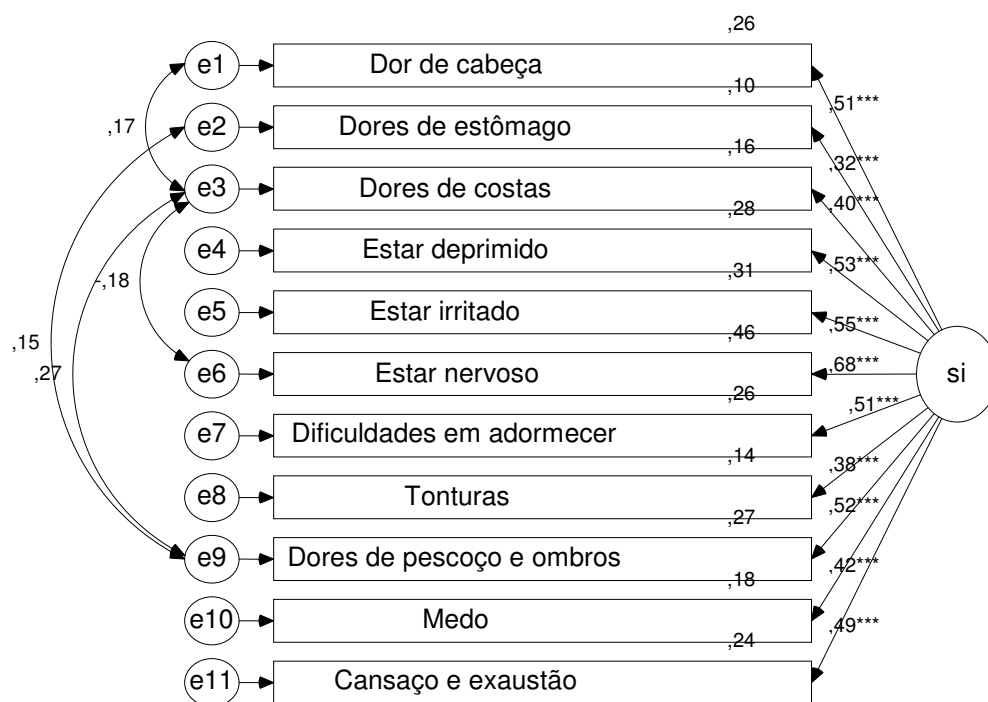
	B	β	S.E.	C.R	P
Dores de estômago	,658	,359	,135	4,874	***
Dores de costas	,818	,447	,141	5,789	***
Deprimido	,959	,524	,148	6,492	***
Irritado	,973	,532	,148	6,557	***
Nervoso	1,151	,629	,158	7,282	***
Dificuldades em adormecer	,931	,509	,146	6,362	***
Tonturas	,704	,385	,137	5,151	***
Dores pescoço	1,063	,581	,153	6,944	***
Medo	,732	,400	,138	5,315	***
Cansaço e exaustão	,870	,476	,144	6,061	***
Dores cabeça	1,000	,547			

*** $P < .001$

O modelo final obtido é apresentado na figura seguinte (fig13).

No modelo final observa-se que após a introdução das covariâncias nas medidas de erro, os índices de ajustamento que passaram a ter valores aceitáveis foram o $GFI=.965$, $CFI=.965$ e o $RMSEA=.04$.

Dos valores estandardizados da regressão (β), todos apresentam valores significativos, apesar da saturação de alguns ser baixa. Pode verificar-se que o valor mais baixo corresponde ao item “dores de estômago” ($\beta=.32$), sendo o item com o valor mais elevado “estar nervoso” ($\beta=.68$) (quadro 56).



***P<.001

Figura 13 Modelo final sintomas solução estandardizada (SI) - Amostra 2)

Quadro 56 - Saturação dos indicadores no factor sintomas (não estandardizada B e estandardizado β), erro padrão (S.E.), Critical Ratio (C.R.) no modelo final - Amostra 2

Valores de ajustamento do modelo final para o factor Sintomas – Amostra 2
 RMR = .043; GFI= .965; AGFI=.942; NFI=.897; CFI=.965; RMSEA=.040
 $\chi^2 = 57.623$ gl =40 p=.035

	B	β	S.E.	C.R	P
Dores de estômago	,624	,321	,145	4,302	***
Dores de costas	,765	,396	,144	5,328	***
Deprimido	1,023	,526	,165	6,208	***
Irritado	1,078	,555	,168	6,410	***
Nervoso	1,315	,676	,185	7,092	***
Dificuldades em adormecer	,985	,507	,162	6,061	***
Tonturas	,736	,379	,149	4,935	***
Dores pescoço	1,007	,520	,164	6,143	***
Medo	,821	,422	,153	5,351	***
Cansaço e exaustão	,958	,493	,161	5,954	***
Dores cabeça	1,000	,515			

***P<.001

Relativamente ao modelo inicial de medição do factor da saúde, satisfação e felicidade (fig 14), verificou-se que nenhum dos índices de ajustamento apresentavam valores aceitáveis, procedendo-se assim à modificação do modelo, adicionando covariâncias entre os erros de medida.

Mais uma vez, sendo todos os indicadores significativos, optou-se por não retirar nenhum dos indicadores, apesar da saturação dos itens “*mudar coisas na vida*”, “*gostava de um diferente tipo de vida*”, e “*saúde*” no factor, ser inferior a .40 (quadro 57).

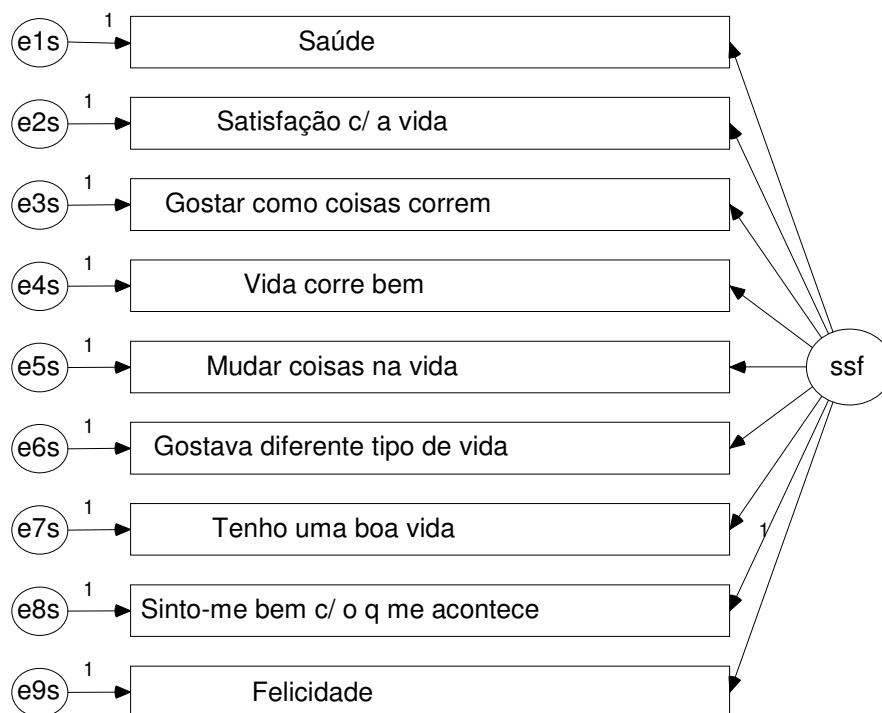


Figura 14 Modelo Inicial testado Saúde, Satisfação, Felicidade (SI)

Quadro 57 – Valores do ajustamento e Saturação dos indicadores no factor Saúde, Satisfação, Felicidade (não estandardizada B e estandardizado β), erro padrão (S.E.), Critical Ratio (C.R.) no modelo inicial - Amostra 1

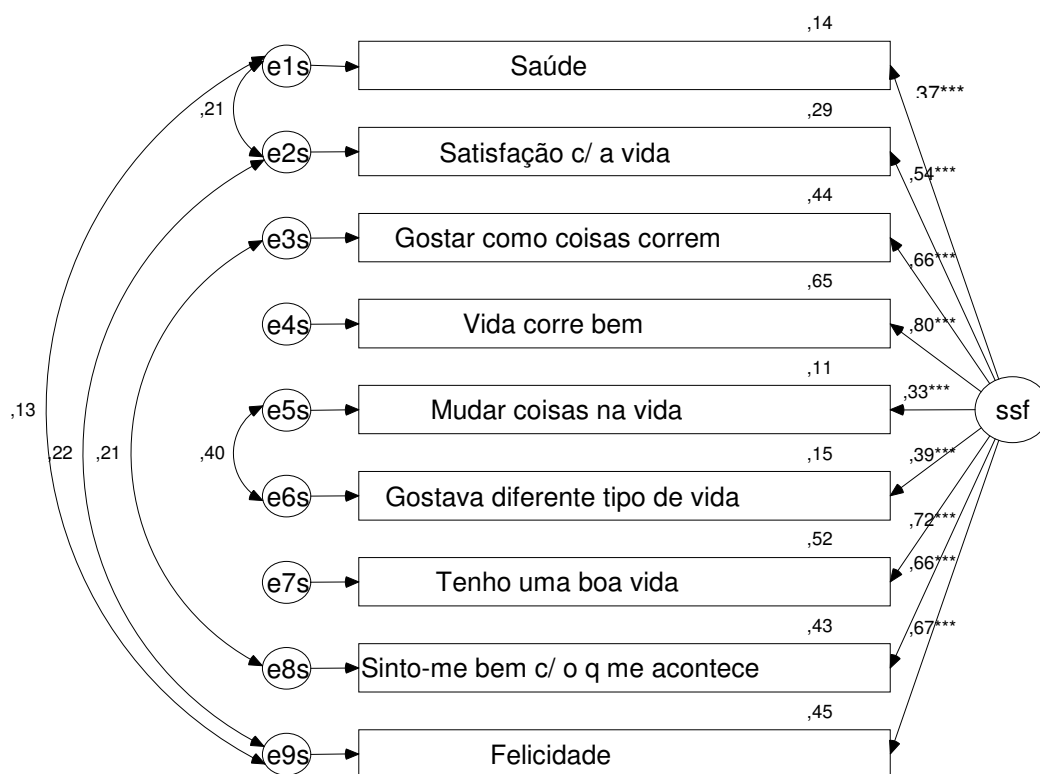
Valores de ajustamento do modelo inicial para o factor Saúde, satisfação e felicidade – Amostra 1
RMR = .065; GFI= .920; AGFI=.867; NFI=.874; CFI=.875; RMSEA=.114
 $\chi^2 = 2185,275$ gl =27 p=.000

	B	β	S.E.	C.R	P
Saúde	1,000	,415			
Satisfação com a vida	1,424	,591	,051	27,941	***
Gostar como coisas correm	1,628	,676	,055	29,427	***
Vida corre bem	1,857	,771	,061	30,681	***
Mudar coisas na vida	,880	,365	,041	21,528	***
Gostava diferente tipo de vida	1,018	,423	,043	23,575	***
Tenho uma boa vida	1,681	,698	,056	29,749	***
Sinto-me bem como que me acontece	1,626	,675	,055	29,410	***
Felicidade	1,699	,705	,057	29,855	***

***P<.001

No modelo final (fig.15) observa-se que os índices de ajustamento passaram a apresentar valores aceitáveis, exceptuando-se o qui-quadrado que apresenta valores significativos.

Dos valores estandarizados da regressão (β), todos apresentam valores significativos, apesar da saturação baixa nos itens “percepção de saúde” ($\beta=.37$), “gostava de um tipo de vida diferente” ($\beta=.39$) e “gostava de mudar coisas na vida” ($\beta=.33$). Os itens com a saturação mais elevada são “a vida corre bem” ($\beta=.80$) e “tenho uma boa vida” ($\beta=.72$) (quadro 58).



*** $P < .001$

Figura 15 Modelo Final Saúde, satisfação e felicidade solução estandarizada (SSF) (Amostra 1)

Quadro 58 – Valores do ajustamento e Saturação dos indicadores no factor Saúde, satisfação e felicidade (não estandarizada B e estandarizado β), erro padrão (S.E.), Critical Ratio (C.R.) no modelo final - Amostra 1

Valores de ajustamento do modelo final para o factor Saúde, satisfação e felicidade – Amostra 1					
RMR = .035; GFI = .981; AGFI = .962; NFI = .970; CFI = .971; RMSEA = .060 $\chi^2 = 514,245$ gl = 22 p = .000					
	B	β	S.E.	C.R.	P
Saúde	1,000	,372	,055	26,680	***
Satisfação com a vida	1,458	,542	,070	25,553	***
Gostar como coisas correm	1,782	,663	,081	26,773	***
Vida corre bem	2,164	,804	,047	18,584	***
Mudar coisas na vida	,878	,326	,051	20,622	***
Gostava diferente tipo de vida	1,048	,390	,074	26,185	***
Tenho uma boa vida	1,933	,719	,069	25,496	***
Sinto-me bem como que me acontece	1,769	,658	,066	27,189	***
Felicidade	1,801	,670	,082	43,188	***

*** $P < .001$

No quadro seguinte apresentam-se os valores de ajustamento e saturação dos indicadores, obtidos no modelo inicial para a amostra 2 (quadro 59).

Quadro 59 – Valores do ajustamento e Saturação dos indicadores no factor Saúde, Satisfação, Felicidade (não estandardizada B e estandardizado β), erro padrão (S.E.), Critical Ratio (C.R.) no modelo inicial - Amostra 2

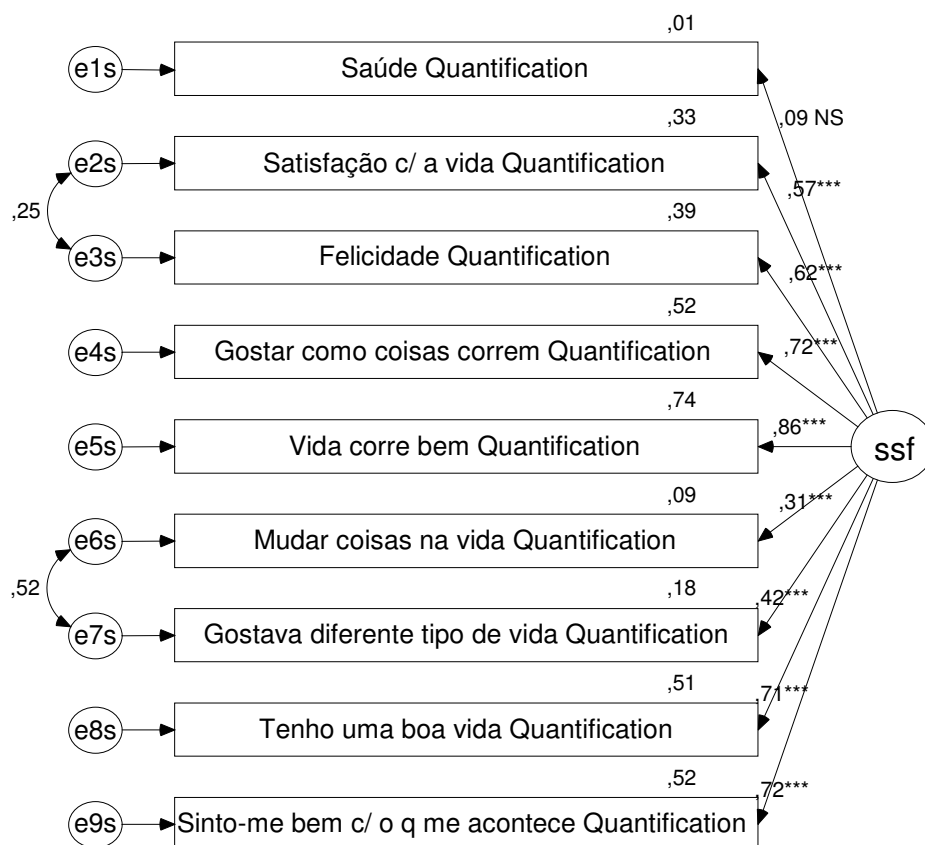
Valores de ajustamento do modelo inicial para o factor Saúde, satisfação e felicidade – Amostra 2					
RMR = .075; GFI= .907; AGFI=.845; NFI=.849; CFI=.875; RMSEA=.117					
$\chi^2 = 131,0$ gl =27 p=.000					
	B	β	S.E.	C.R	P
Saúde	,112	,089	,089	1,261	,207 ns
Satisfação com a vida	,848	,572	,089	9,478	***
Felicidade	,911	,622	,090	10,163	***
Gostar como coisas correm	,992	,719	,090	11,039	***
Vida corre bem	1,170	,858	,091	12,793	***
Mudar coisas na vida	,492	,307	,089	5,527	***
Gostava diferente tipo de vida	,637	,420	,089	7,142	***
Tenho uma boa vida	,987	,712	,090	10,989	***
Sinto-me bem como que me acontece	1,000	,720			***

***P<.001

Dos resultados obtidos na amostra 2 no modelo inicial de medição do constructo associado à saúde, satisfação e felicidade, verificou-se que os índices de ajustamento apresentavam valores próximos dos índices de ajustamento aceitáveis porém, a melhorar. Procedeu-se então à modificação do modelo, adicionando covariâncias entre os erros de medida. Sendo todos os indicadores significativos optou-se por não retirar nenhum dos indicadores.

No modelo final observa-se que os índices de ajustamento que apresentam valores aceitáveis, exceptuando-se o qui-quadrado que apresenta valores significativos e o $NFI=.849$ ligeiramente inferior ao indicado.

Dos valores estandardizados da regressão (β), todos apresentam valores significativos, apesar da saturação mais baixa no item “*sinto-me bem com o que me acontece*” ($\beta=.37$). Os itens com uma saturação mais elevada foram , e a saturação mais elevada o item “*felicidade*” ($\beta=.65$) e “*a vida corre bem*” ($\beta=.858$) (quadro 60).



***P<.001

Figura 16 Modelo final Saúde, satisfação e felicidade solução estandardizada (SSF) - Amostra 2

Quadro 60 – Valores do ajustamento e Saturação dos indicadores no factor Saúde, satisfação e felicidade (não estandardizada B e estandardizado β), erro padrão (S.E.), Critical Ratio (C.R.) no modelo final - Amostra 2

Valores de ajustamento do modelo final para o factor Saúde, satisfação e felicidade – Amostra 2

RMR = .040; GFI= .976; AGFI=.956; NFI=.962; CFI=.991; RMSEA=.033

$\chi^2 = 37.992$ gl =24 p.=.035

	B	β	S.E.	C.R	P
Saúde	,123	,089	,089	1,394	ns
Satisfação com a vida	,794	,572	,089	8,912	***
Felicidade	,864	,622	,089	9,698	***
Gostar como coisas correm	,999	,719	,089	11,198	***
Vida corre bem	1,191	,858	,091	13,021	***
Mudar coisas na vida	,426	,307	,089	4,808	***
Gostava diferente tipo de vida	,583	,420	,089	6,579	***
Tenho uma boa vida	,989	,712	,089	11,090	***
Sinto-me bem como que me acontece	1,000	,720	,127	5,041	***

***P<.001

De seguida testou-se o modelo, verificando a hipótese da afluência familiar assumir um impacto nas variáveis latentes, SI-sintomas e SSF-saúde satisfação e felicidade. Este modelo teve como base, a inclusão das covariâncias entre os erros de medida entre os

indicadores dos factores (variáveis latentes) que foram identificados durante a análise dos modelos de medição. Os modelos testados, são apresentados figuras seguintes, respectivamente para a amostra 1 (fig. 17) e, para a amostra 2 (fig.18).

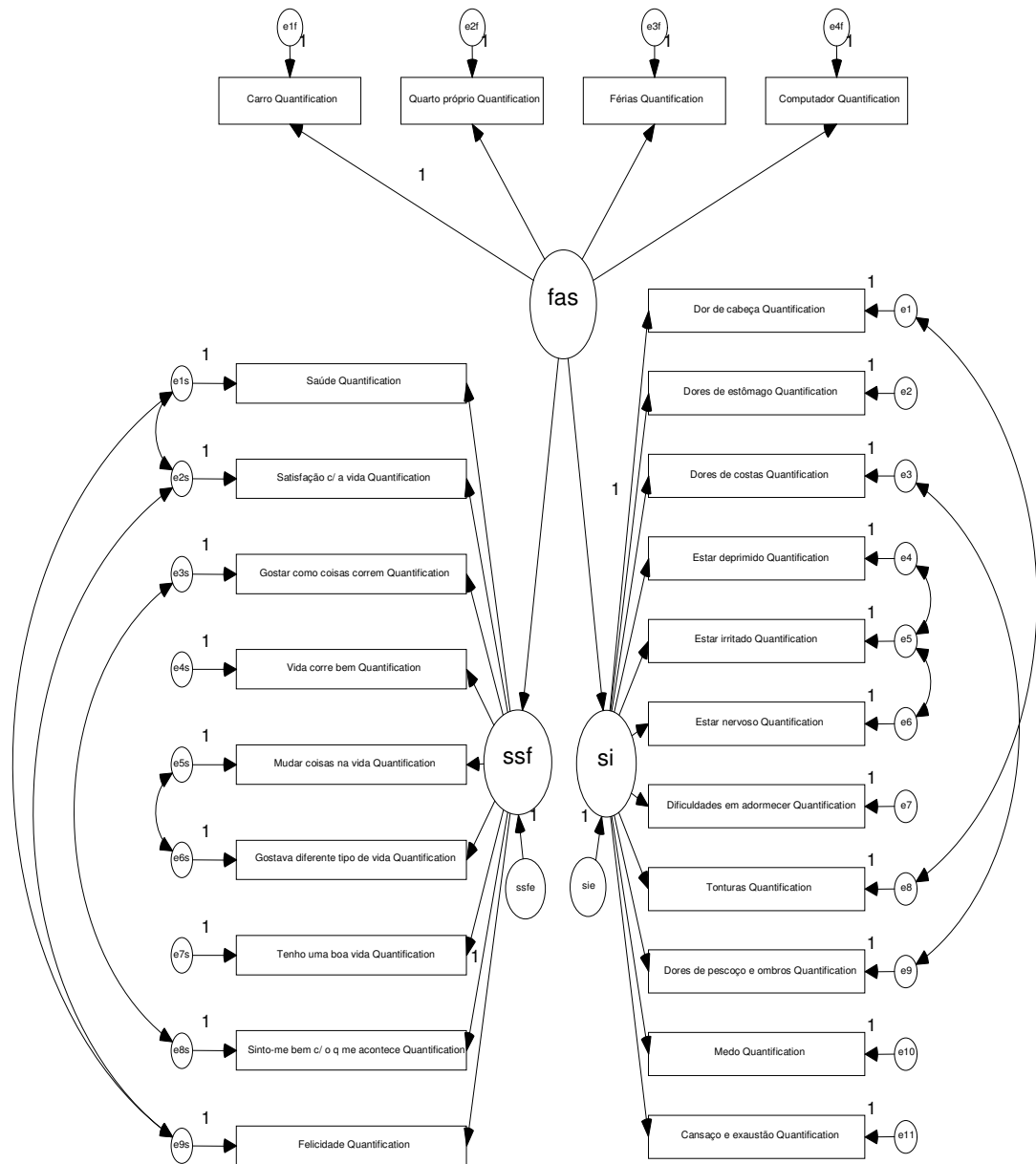


Figura 17 Modelo de predição do ajustamento psicossocial (SI) e da saúde, satisfação e felicidade (SSF) pela afluência familiar (FAS) (amostra1)

Importa reforçar que se optou por manter todos os indicadores nas três variáveis latentes, mesmo aqueles com saturações inferiores a .60, tendo como suporte a proposta teórica avançada para a construção de uma medida de afluência familiar (FAS); de

ajustamento psicossocial (SI). No que respeita a variável latente proposta como medida de avaliação do bem-estar/qualidade de vida, esta foi construída tendo como base: os itens da escala de Huebner de Satisfação de Vida (Huebener, 1991), a questão sobre a percepção da saúde e a questão sobre a percepção de felicidade.

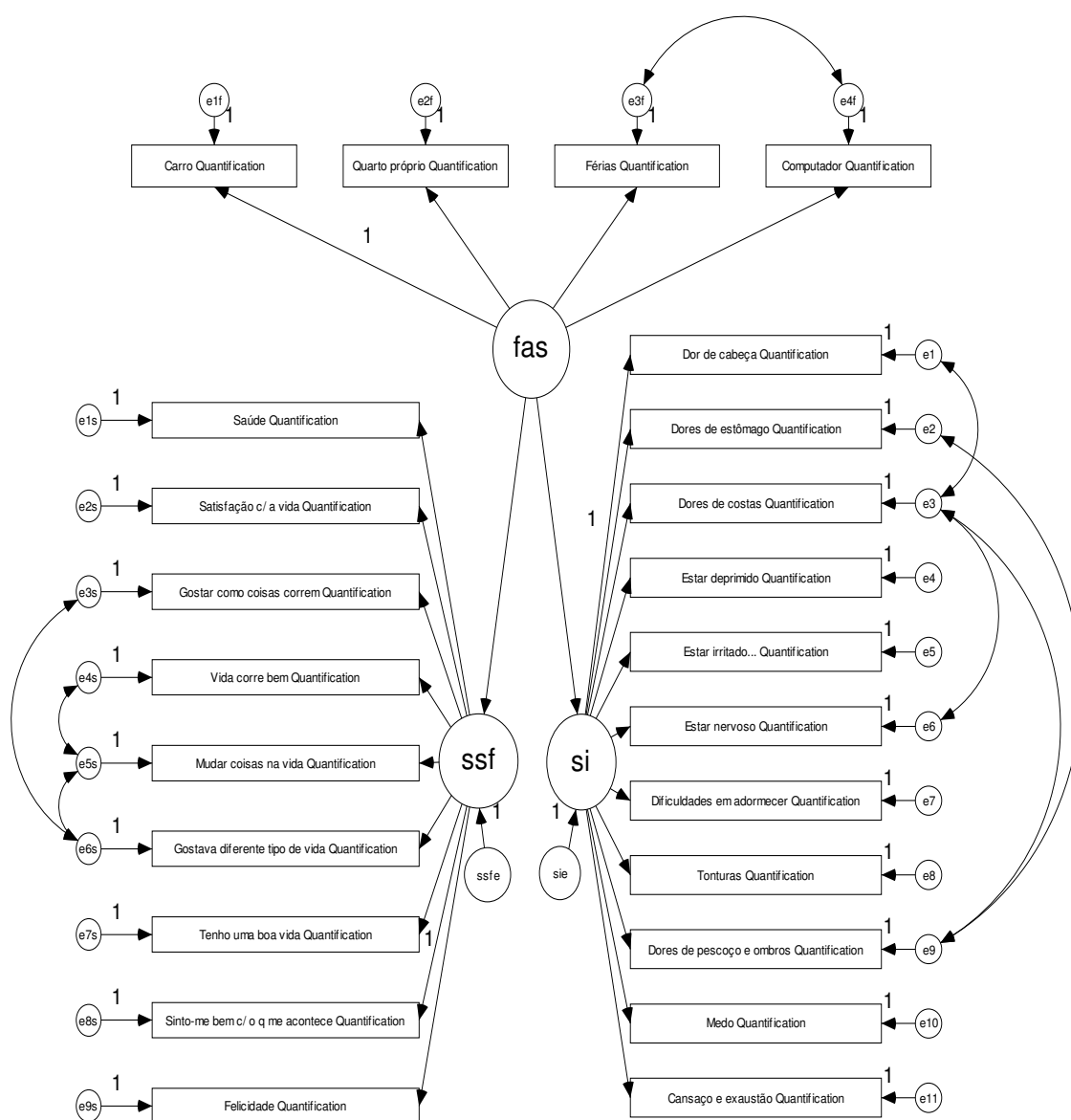
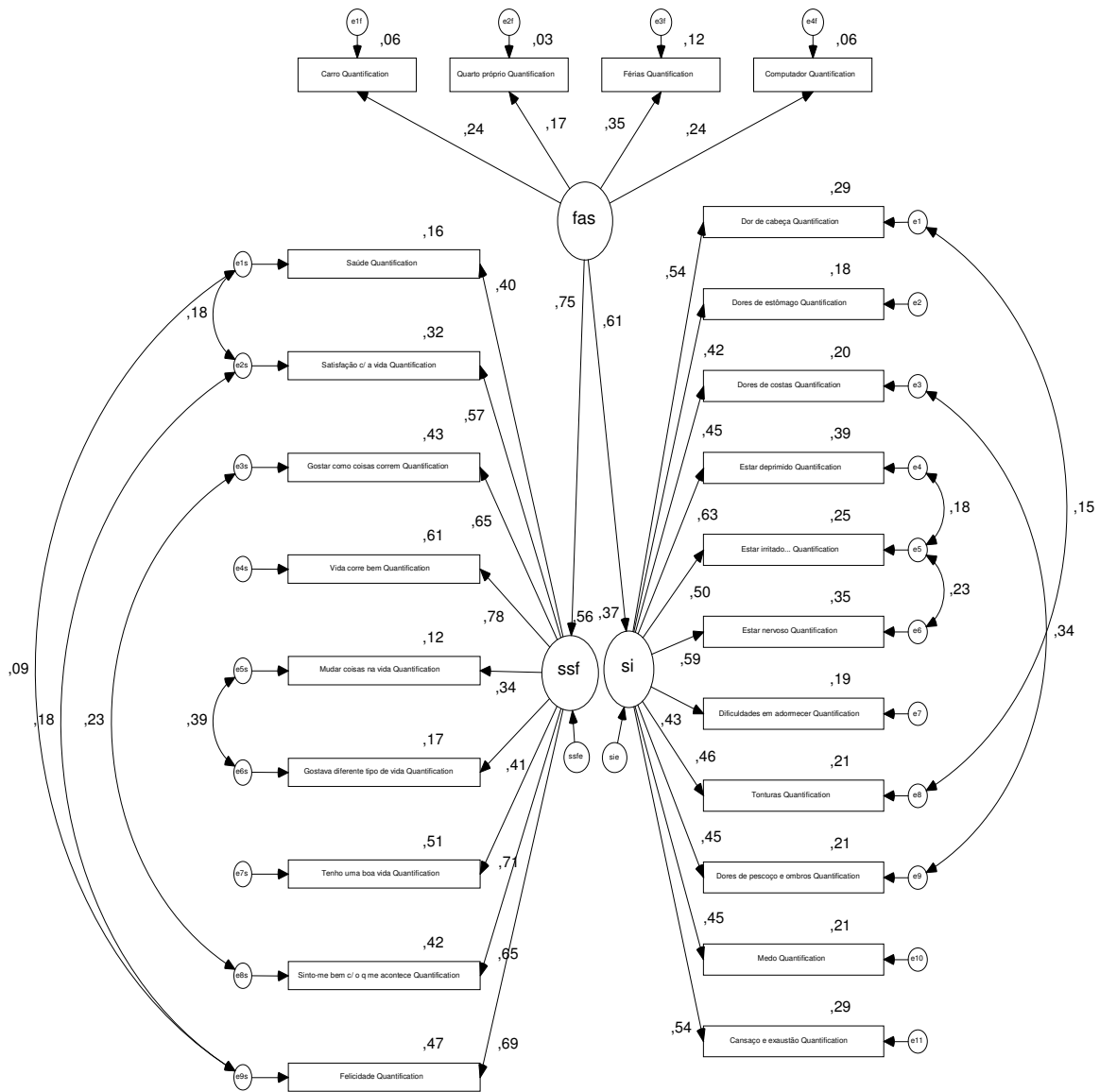


Figura 18 Modelo de previsão do ajustamento psicossocial (SI) e da saúde, satisfação e felicidade (SSF) pela afluência familiar (FAS) (amostra2)



***P<.001

Figura 19 Modelo final, valores saturação dos indicadores nos factores e variância explicada (Amostra 1 - TOTAL)

Na amostra 1, nacional, a solução estandarizada obtida, testando o efeito de predição da afluência familiar no ajustamento psicossocial (sintomas) e no bem estar/qualidade de vida (saúde, satisfação, felicidade), apresenta valores de ajustamento aceitáveis (respectivamente $GFI=.952$; $NFI=.901$; $CFI=.917$; $RMSEA=.025$), contudo o valor de qui-quadrado ($\chi^2=3987,2$, $gl=723$, $p<.000$) tem um valor significativo. Os valores da correlação (*squared multiple correlation*) são, $r^2=.56$ e $r^2=.34$, respectivamente para a saúde, satisfação,

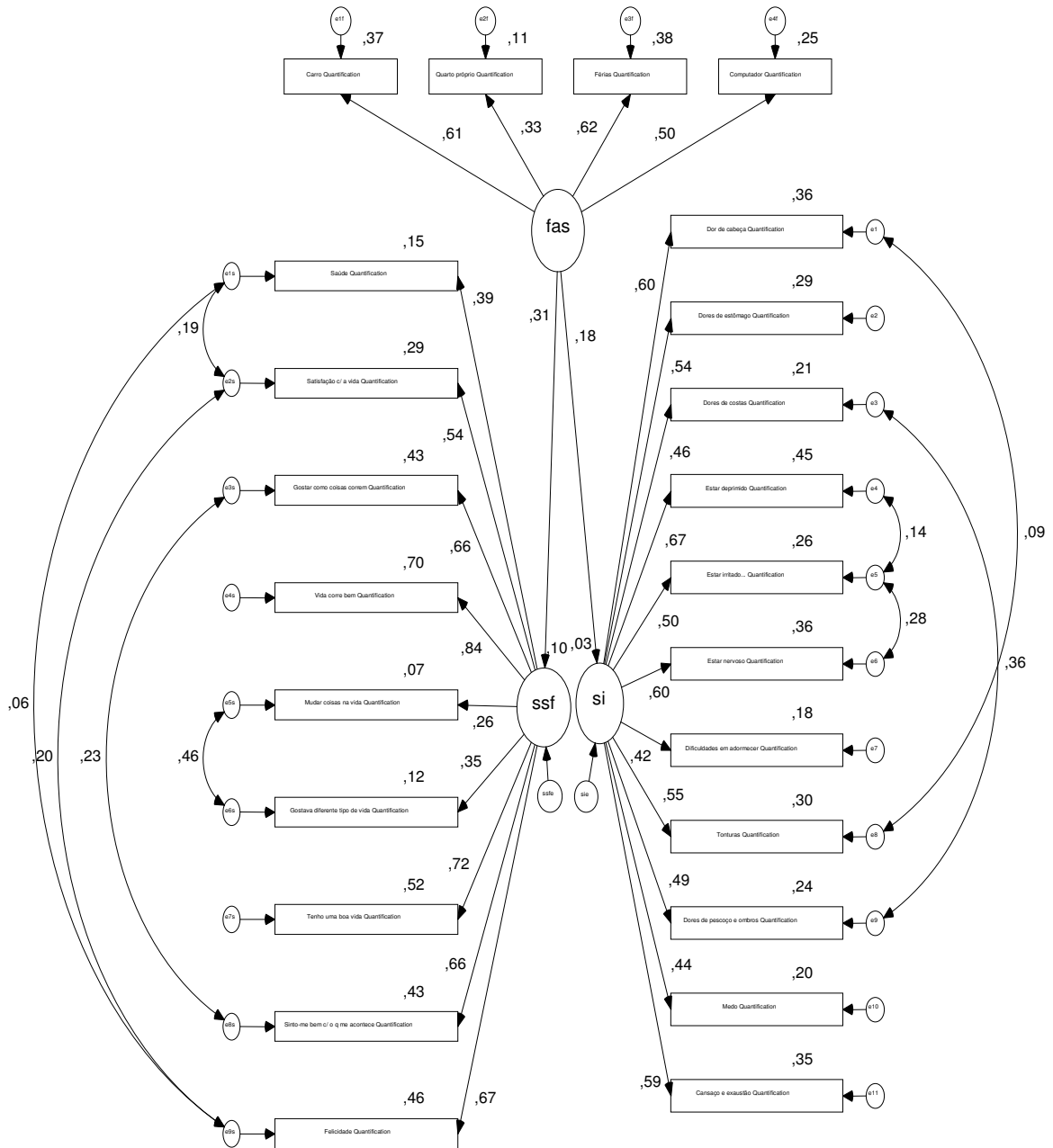
felicidade e para os sintomas, apontando que a variância explicada pela afluência familiar é maior para a saúde, satisfação e felicidade (56%) do que para os sintomas (37%).

Pelos valores do coeficiente beta (β), assinala-se que a afluência tem um forte impacto na saúde, satisfação e felicidade ($\beta=.75$) e na percepção de sintomas ($\beta=.61$). Dos valores estandarizados da regressão nos indicadores, todos apresentam valores significativos. Os indicadores com melhores saturações (valores β acima de .60) são, “estar deprimido, gostar como as coisas correm, a vida corre bem, tenho uma boa vida, sinto-me bem com o que me acontece e, a felicidade” (figura 19). Este modelo confirma assim que, quanto maior a afluência familiar maior a percepção de bem estar-qualidade de vida e melhor o ajustamento psicossocial, observado pela menor frequência de sintomas.

O mesmo modelo testado no grupo de jovens com um problema de saúde, na amostra 1, na solução estandarizada, aponta que a afluência familiar explica somente 10% da variância na percepção da saúde, satisfação e felicidade e .03% nos sintomas.

Pelos valores do coeficiente beta (β), assinala-se que a afluência tem um impacto reduzido na saúde, satisfação e felicidade ($\beta=.31$) e na percepção de sintomas ($\beta=.18$). Dos valores estandarizados da regressão, todos os indicadores apresentam valores significativos, sendo neste grupo os indicadores com melhores saturações, estar deprimido, gostar como as coisas correm, e a felicidade (figura 20).

Ainda na amostra 1, no mesmo modelo, testado no grupo de jovens que considerou ter a sua participação afectada devido ao problema de saúde, a variância explicada pela afluência familiar tem um efeito mais elevado na explicação da variância na percepção da saúde (60%), satisfação e felicidade, sendo este mais baixo na explicação dos sintomas (30%), valores muito similares aos obtidos na amostra total.



***P<.001

Figura 20 Modelo final, valores saturação dos indicadores nos factores e variância explicada (Amostra 1 – jovens com problema de saúde, deficiência)

Dos valores estandardizados da regressão, todos os indicadores apresentam valores significativos, sendo neste grupo os indicadores com melhores saturações, “a vida corre bem, ter uma boa vida, gostar como as coisas correm, felicidade”. Refira-se que os valores de saturação dos itens no factor sintomas são muito baixos, ($\beta < .46$) (figura 21). Contudo podemos afirmar que existe uma tendência para, uma maior afluência implicar uma maior saúde, satisfação e felicidade e uma menor ocorrência de sintomas.

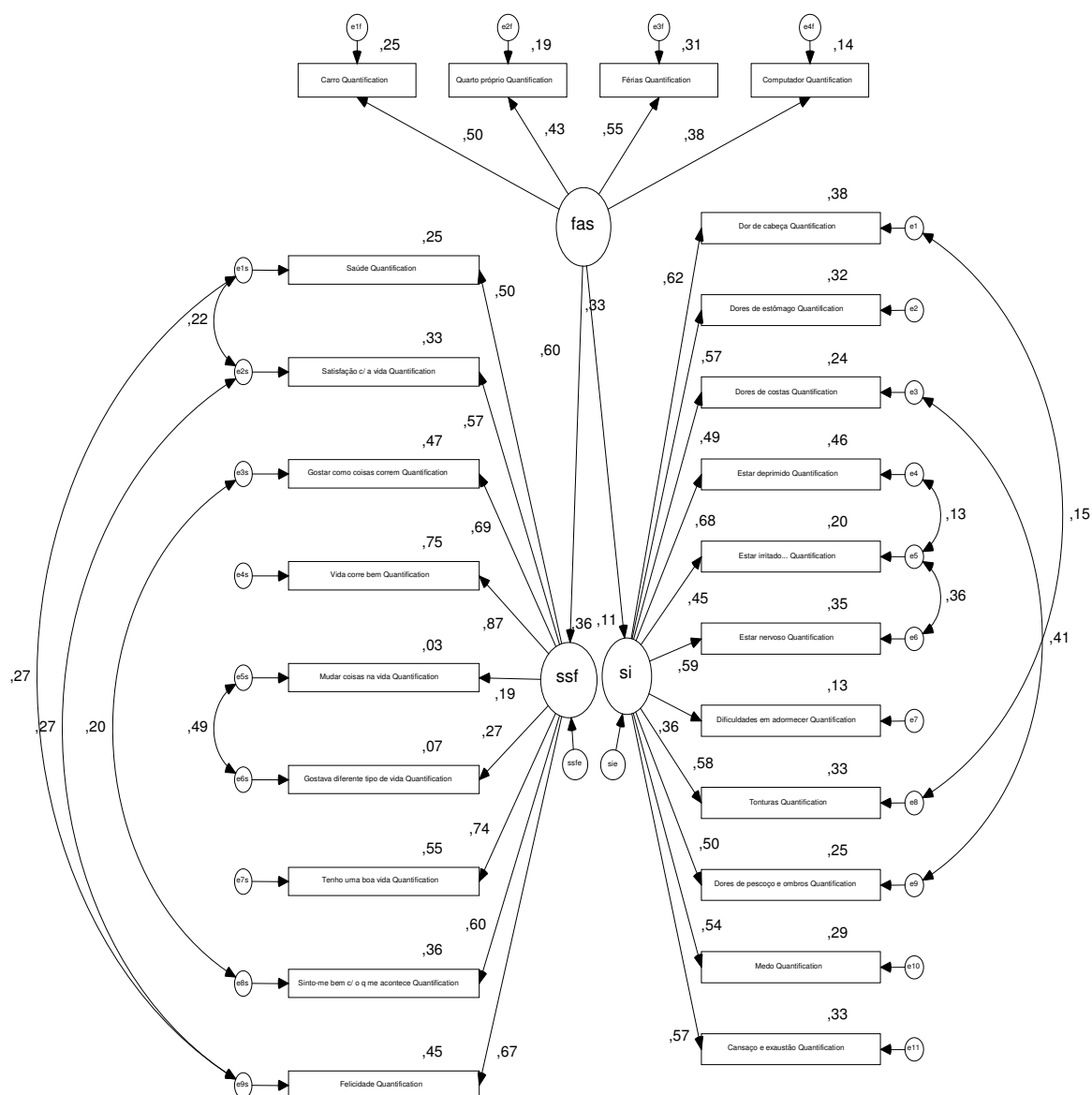


Figura 21 Modelo final, valores saturação dos indicadores nos factores e variância explicada (Amostra 1 – jovens com com participação afectada devido a problema de saúde deficiência)

Dos resultados obtidos para a amostra 2, no modelo testado, observa-se que na maioria os índices de ajustamento não apresentam valores aceitáveis (GFI= .854; NFI=.901; CFI=.917; $\chi^2=1310$, gl=729;p<.000). Somente o valor de RMSEA, .038 se pode considerar como um bom indicador de ajustamento.

Assim, pode considerar-se que nesta amostra, o modelo não é absolutamente confirmado, isto é, a afluência familiar não apresenta claramente uma relação de explicação da variância observada na saúde, satisfação e felicidade e nos sintomas.

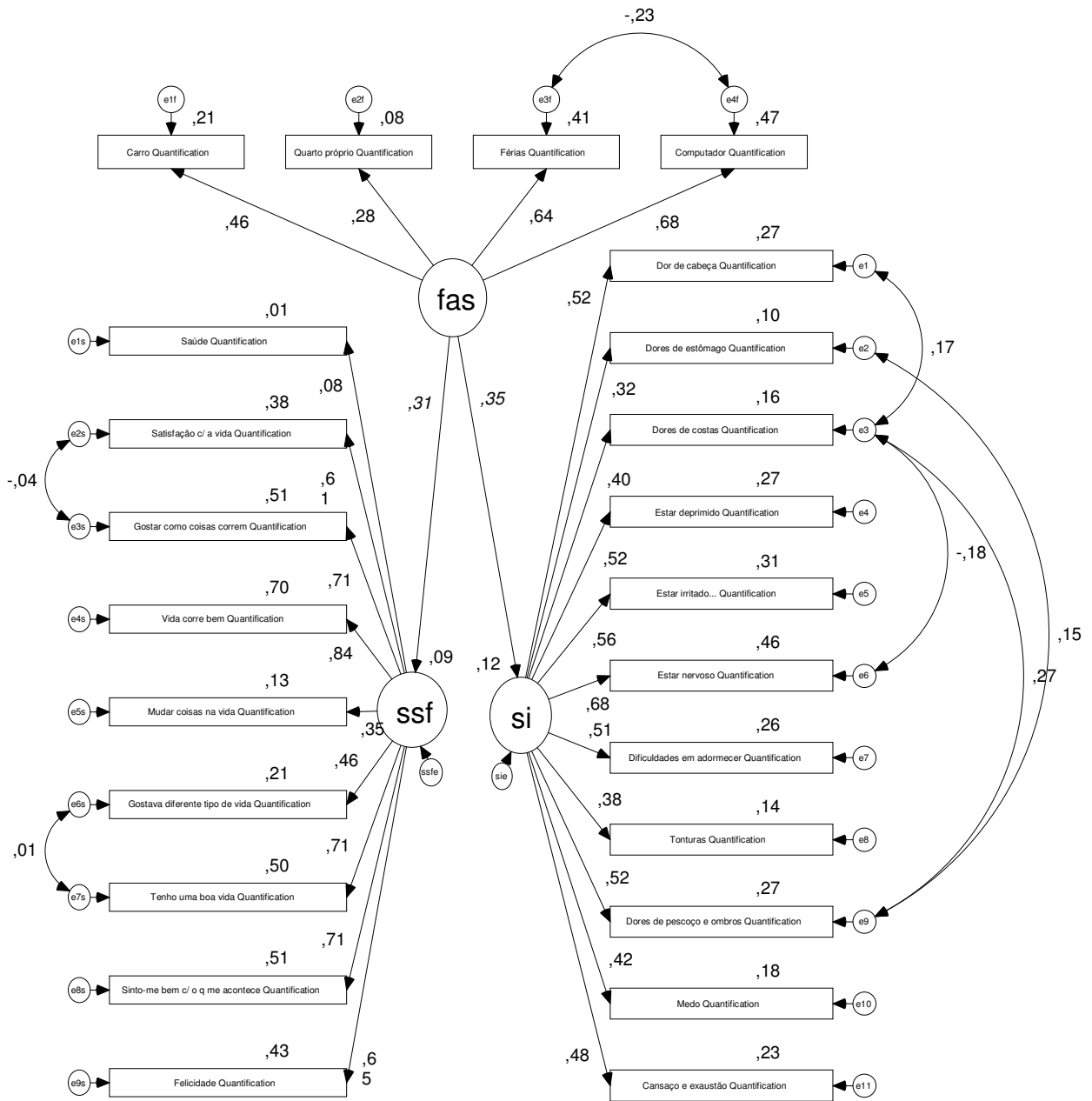


Figura 22 Modelo final, valores saturação dos indicadores nos factores e variância explicada (Amostra 2 - TOTAL)

Contudo, a título descritivo optámos por, à semelhança do modelo apresentado na amostra nacional, apresentar os valores da correlação e da saturação dos factores. No modelo testado na amostra total (fig. 22), os valores da correlação (*squared multiple correlation*) são $r^2 = 0.09$ e $r^2 = 0.12$, respectivamente para os factores saúde, satisfação e felicidade e para os sintomas. Sendo assim, verifica-se que a afluência explica uma percentagem mínima da

variância nos factores assinalados. Dos valores beta, assinala-se que o impacto da afluência familiar é baixo, e relativamente semelhante para os sintomas ($\beta=.35$) e para a saúde, satisfação e felicidade ($\beta=.31$).

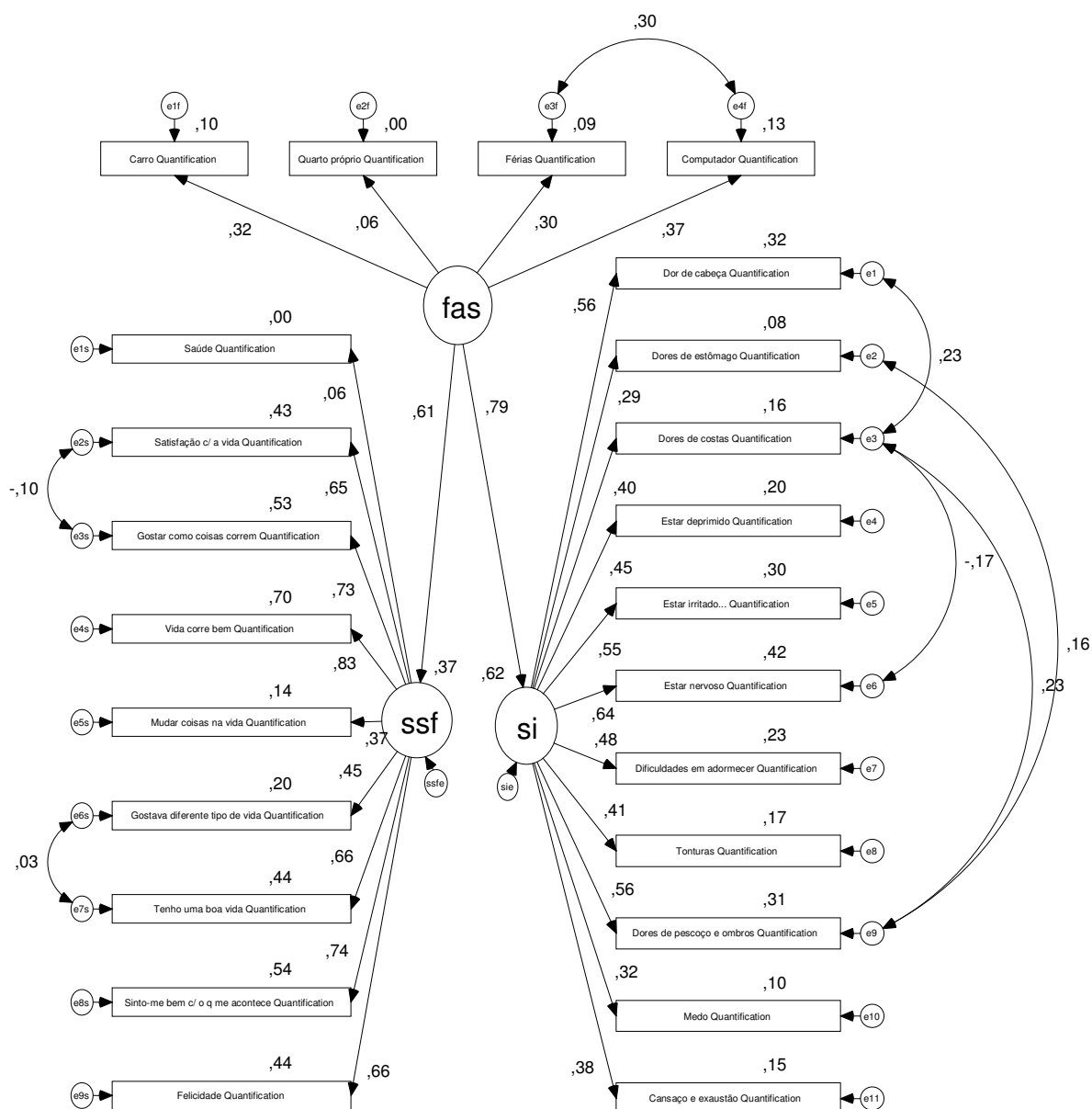


Figura 23 Modelo final, valores saturação dos indicadores nos factores e variância explicada (Amostra 2 – jovens com necessidades educativas especiais)

Dos resultados obtidos para o grupo de jovens com necessidades educativas especiais (fig.23), verifica-se que, a variância explicada pela afluência familiar é de 37% para a saúde, satisfação e felicidade e de, 62% para os sintomas ($r^2=.37$ e $r^2=.62$). Os valores beta assinalam

um forte impacto da afluência, na saúde, satisfação felicidade ($\beta=.61$), valor ainda superior no factor sintomas ($\beta=.79$). Verifica-se que o valor da saturação do item ter carro não é significativo ($p=.587$), bem como o item saúde ($p=.472$).

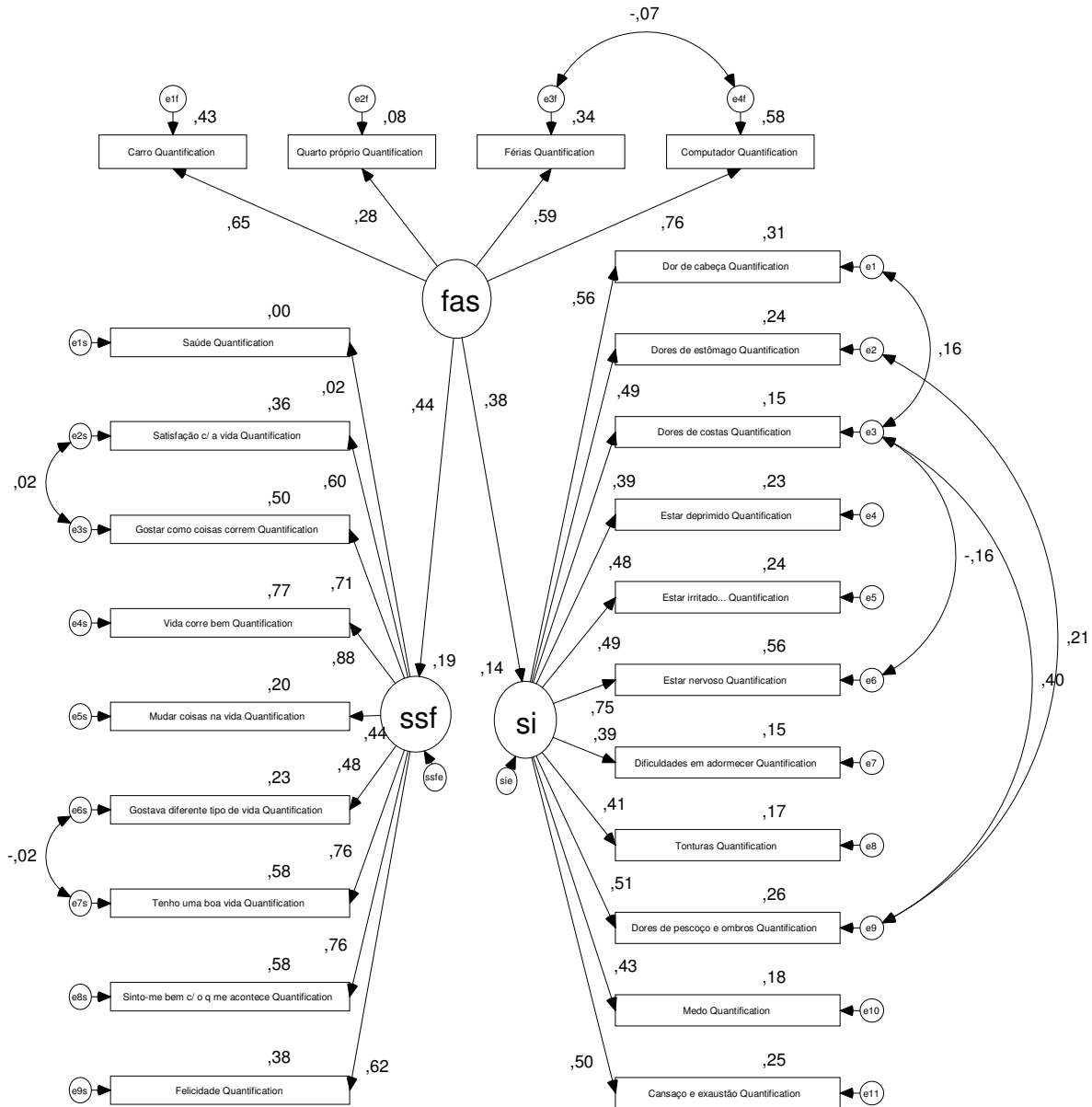


Figura 24 Modelo final, valores saturação dos indicadores nos factores e variância explicada (Amostra 2 – jovens com problema de saúde ou deficiência)

No modelo testado no sub-grupo de jovens que afirma ter um problema de saúde ou deficiência (fig 24), verifica-se que a variância explicada pela afluência familiar é de 19% para a saúde, satisfação e felicidade e de 14% para os sintomas ($r^2=.19$ e $r^2=.14$). Ao

observar os coeficientes de beta, assinala-se um impacto baixo, ($\beta = .44$) e ($\beta = .38$), verificando-se mais uma vez que o item saúde não apresenta uma saturação significativa no factor.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De acordo com os resultados que viemos a apresentar, observaram-se parcialmente as hipóteses inicialmente estabelecidas, relativas ao estudo das desigualdades na saúde, bem-estar e qualidade de vida de jovens, em função da existência de um problema de saúde, deficiências e necessidades educativas especiais.

Préviamente à exposição dos resultados, começamos por referir que, a nível Nacional e, a nível Local, no Concelho de Almada, nas amostras totais analisadas, os dados descritivos univariados sobre a saúde dos jovens apresentam um gradiente similar na distribuição das respostas.

No que diz respeito às questões sobre a percepção de um problema de saúde ou deficiência, no estudo nacional, os jovens que reportam ter um problema de saúde ou deficiência (N=666), correspondem a uma proporção de 11%, sendo que 5,8% afirmam ter uma doença crónica, 5% outra situação, 4,1% uma deficiência sensorial e somente 1,6% uma deficiência motora.

No estudo em Almada, estas percentagens são mais elevadas, correspondendo a 17% jovens que referem ter uma doença crónica, 13,5% uma outra situação, 10,6% uma deficiência sensorial e 3,5% uma deficiência motora. Reforçamos, contudo, que os valores

deste estudo local não podem ser analisados como um valor de prevalência na região de Almada.

Importa ainda assinalar que, somente alguns jovens com Necessidades Educativas Especiais, afirmam ter uma deficiência ou problema de saúde.

Tendo em consideração a distribuição pelas deficiências reportadas, onde se verifica um maior número de respostas afirmativas, é na percepção de doença crónica e “outra situação”, categoria esta que poderá abranger um conjunto de respostas muito diversas. Comparando estes valores com os obtidos no estudo do Secretariado Nacional de Reabilitação (SNR, 1996), estes são bastante distintos, porém importa reforçar que o grupo etário apontado neste estudo (6-15) não é similar.

À luz actual, das questões conceptuais que se levantam, face à compreensão do funcionamento e incapacidades, é importante ter alguma precaução no que respeita estes valores. Os dados avançados por estudos, quer nacionais quer internacionais, sobre as pessoas com incapacidades ou deficiências apresentam uma grande variabilidade, sendo os relatórios internacionais consensuais ao afirmar a dificuldade em realizar estudos sobre a prevalência de pessoas com deficiência ou incapacidades. Uma razão prende-se com o facto da difícil comparabilidade em virtude das metodologias utilizadas serem distintas. Uma das questões colocadas, prende-se também com o facto da auto-percepção de um problema de saúde assentar num modelo de comparabilidade assente em pressupostos subjectivos associado a diferentes culturas e experiências (WHO, 1994, Metts, 2000, Barbotte, Guillemin, Chau & Group, 2001). Swanson, Carrothers, & Mulhorn (2003) referem a alta variabilidade nas estatísticas disponíveis, sendo a probabilidade de se observar uma prevalência mais elevada, quando utilizamos perguntas com o termo deficiência, em comparação com outras que envolvam a percepção de reduções no funcionamento de funções como a visão, audição ou a

fala. Sobre os resultados obtidos, importa referir que somente algumas hipóteses colocadas foram confirmadas, que passamos de seguida a apontar.

No que respeita hipótese formulada, face à percepção de saúde, bem-estar e qualidade de vida apresentar valores distintos no jovens com e sem um problema de saúde observou-se que, na amostra nacional, os jovens com um problema de saúde, doença crónica, deficiência motora, deficiência sensorial, uma outra situação de deficiência, têm uma percepção significativamente inferior da sua percepção de saúde, felicidade e satisfação.

Ao observar alguns dos itens em que os baseamos para esta afirmação, assinala-se que somente num dos itens que avalia a intenção para a mudança dos eventos nas suas vidas, não apresenta uma diferença significativa.

Na amostra local, esta diferença não se observa em todos os grupos da mesma forma, pois somente os jovens com um problema de saúde, apresentam uma tendência semelhante, à da amostra nacional, para uma percepção mais negativa em todos os itens, exceptuando-se, a questão “querer mudar algo na sua vida”.

Nos restantes grupos, são os jovens com doença crónica e outra situação, aqueles que apontam ter uma pior percepção de saúde, enquanto os jovens com deficiência sensorial apontam somente uma maior insatisfação com a vida. Estas diferenças são ainda verificadas, nos jovens com necessidades educativas especiais, e nos jovens que apontam ter alguma limitação nas actividades, mas somente na pior percepção de saúde.

Quanto aos sintomas ou queixas, há uma tendência para os jovens com deficiências referirem mais queixas físicas e psicológicas. Nos jovens com um problema de saúde, doença crónica e deficiência sensorial e outra situação, estas diferenças são mais claras.

No grupo de jovens com deficiência motora, as diferenças são predominantes nas queixas físicas, e no sentimento deprimido e irritado.

Menos notórias são estas diferenças na amostra local, pois estas são mais pontuais, sendo as dores de costas o sintoma mais referido. Nesta amostra, os grupos de jovens com deficiência sensorial e com outra situação, são aqueles que apontam ter mais sintomas. Os jovens com necessidades educativas especiais, não apresentam diferenças significativas quanto aos sintomas, exceptuando-se terem mais dificuldades em adormecer, enquanto no grupo de jovens com a sua participação afectada, estes têm mais dificuldades em adormecer, sentem-se mais deprimidos e referem ter mais dores de costas.

Esta tendência foi ainda confirmada pelas análises posteriores realizadas com o somatório dos scores obtidos para os factores construídos relativos ao bem estar qualidade de vida e ao ajustamento psicossocial. Assim, assinalamos que a tendência apontou no sentido das diferenças significativas, com valores inferiores obtidos para os grupos com deficiência.

Apesar de se ter verificado esta situação na amostra nacional, tal não se verificou ao nível da amostra do estudo local, nos jovens com doença crónica e com deficiência motora.

Na amostra nacional, o sentimento face à escola é pior em todos os grupos com deficiências, excepto nos jovens com deficiência sensorial. O mesmo sucede na percepção de capacidades académicas, em que, todos consideram ter menos capacidades. Esta diferença, não é significativa no grupo de jovens com outra situação de deficiência. Como seria de esperar, os jovens destes grupos afirmam mais que o problema de saúde afecta a sua participação na escola. Na maioria dos casos, os jovens apontam que são menos ajudados pelos professores e que, estes não se interessam por eles. A percepção face aos colegas é também significativamente pior, face à ideia de os colegas serem simpáticos, prestáveis e os aceitarem.

Na amostra local, apesar das percentagens, tendencialmente mais desfavoráveis, para os jovens com deficiência, não se verificam diferenças significativas na maioria dos casos.

Verifica-se que todos os grupos, excepto os jovens com deficiência motora, consideram que o problema de saúde afecta a sua participação. Os jovens com um problema de saúde ficam mais tempo sozinhos na escola, e, mais jovens com deficiência motora consideram que o problema os impede de realizar o que os colegas da idade fazem.

Por fim, mais jovens com necessidades educativas especiais consideram ter uma capacidade inferior à média, ficam mais vezes sozinhos na escola, discordam mais que os colegas são simpáticos e prestáveis e, acham que, os professores se interessam por eles. No que respeita os restantes grupos analisados, (jovens com limitações na participação e restrições na realização de actividades) não se observam diferenças significativas.

No que respeita as competências sociais percebidas, são os jovens com doença crónica ou deficiência motora que consideram ter menos competências. Nos grupos com um problema de saúde e com deficiência sensorial, estas diferenças são significativas, mas em menor número, e, dizem respeito à menor capacidade para defender direitos, manter opinião nas discussões e livrar-se de situações que não agradam.

Na amostra local estas diferenças, existem somente, no grupo de jovens que afirma ter uma outra situação de deficiência ou problema de saúde, e, diz respeito à menor capacidade para defender os seus direitos e para dizer não. Observa-se que, os jovens com necessidades educativas especiais têm uma menor capacidade para defender os seus direitos e de manter a opinião nas discussões, enquanto os jovens que afirmam ter a sua participação afectada, referem que são menos capazes de defender os seus direitos e de dizer não.

Quanto às relações com os pares ou família, é mais difícil para os jovens com um problema de saúde ou deficiência, falar com os pais e com os amigos (melhor amigo, melhor amigo do mesmo sexo, ter amigos íntimos). Há ainda diferenças significativas neste grupo, quanto ao tempo que passam com os amigos depois das aulas ou nos dias que costumam sair

à noite com amigos. Observa-se ainda que, para todos os grupos é mais difícil falar com o melhor amigo, enquanto, falar com os amigos do mesmo sexo é mais difícil para todos os grupos, excepto os jovens com uma outra situação.

Existem ainda diferenças, no grupo com deficiência motora que refere sair mais à noite com amigos, ter mais dificuldade em falar com o pai, e com o melhor amigo. Na amostra local, estas diferenças são menos notórias. Os jovens com um problema de saúde afirmam ter menos amigas íntimas, e os jovens com deficiência motora dizem mais vezes que, não têm ou não vêem o pai e o melhor amigo. Os jovens com deficiência sensorial acham que é mais difícil falar com amigos do sexo oposto.

Quanto ao grupo com necessidades educativas especiais, as diferenças observadas dizem respeito ao menor número de amigas íntimas, enquanto os jovens com a sua participação afectada apontam ser mais difícil falar com amigos (do sexo oposto e do mesmo sexo).

Os dados expostos vão ao encontro de Blum (2001) que aponta a existência de um conjunto menor de factores de protecção, associados aos jovens com incapacidades. Esta constatação é ainda corroborada por um estudo recentemente realizado a nível nacional em que os jovens com necessidades educativas especiais apresentam um conjunto de recursos internos e externos que constituem factores de protecção para o seu bem-estar, tais como a família e a auto-estima (Simões, 2008).

Quanto aos comportamentos de saúde, os jovens dos grupos com um problema de saúde, doença crónica, deficiência motora e outra situação praticam menos actividade física na semana. Observam-se ainda, algumas diferenças na proporção de jovens que referem realizar algumas actividades de tempos livres, sendo estas diferenças tendencialmente indicadoras de uma participação mais reduzida por parte dos jovens com deficiências.

Na amostra nacional, em relação aos comportamentos de risco, em todos os grupos de jovens com deficiências, um maior número afirma consumir regularmente drogas, se bem que esta é uma percentagem muito baixa no grupo total de jovens. Parece ser o grupo de jovens com deficiência motora, aquele que mais aponta comportamentos de risco, seguindo-se o grupo com deficiência sensorial. No que respeita a provocação, os jovens nestes grupos apontam ainda uma maior tendência para serem provocados, enquanto somente os jovens dos grupos com um problema de saúde, doença crónica e deficiência motora afirmam provocar os colegas.

Na amostra local, verifica-se uma tendência distinta, sendo que não se observam diferenças significativas, excepto os jovens com necessidades educativas especiais e com limitações na participação que, referem ser mais vezes provocados. No grupo com restrições na participação, aponta-se o maior consumo de drogas e provocar os colegas. Importa ainda referir que, a prática da natação é a única modalidade desportiva em que se verificam diferenças significativas, sendo esta mais referida pelos jovens com necessidades educativas especiais. No grupo de jovens que refere restrições na participação, mais dizem fazer natação, e praticar actividade física na semana.

Dos dados apontados, apontamos a necessidade de os analisar com alguma precaução, pois na amostra nacional, sendo de grandes dimensões, podem observar-se diferenças significativas nas proporções, mesmo quando estas têm uma diferença relativamente baixa.

Apontamos assim que da análise bivariada, existe uma tendência similar na distribuição de respostas entre os grupos com e sem problemas de saúde, deficiências e incapacidades, parecendo que as desigualdades observadas são mais notórias nos determinantes associados aos recursos pessoais, às percepções de saúde, satisfação e felicidade e, menos notórias nos comportamentos de risco e na participação em actividades de tempos livres e desportivas. As desvantagens, ou valores mais negativos, são quase sempre

nos grupos com deficiência. Este facto é oposto ao trabalho realizado por Steele, et al. (2004), com o mesmo questionário do estudo HBSC, em que numa amostra de jovens com deficiência física, concluiu que estes jovens tinham uma menor probabilidade de comportamentos de risco tal como (fumar, beber, usar drogas), praticar menos actividade física ou consumir menos vegetais. Um aspecto interessante diz respeito ainda ao facto de a idade ter sido tomada em consideração, apontando-se que o grupo de jovens de 15-16 anos com deficiência apresentavam o perfil de comportamentos de saúde similar (mais positivo) aos jovens de 11 anos. No sentido oposto Blum (2001) utilizando uma amostra representativa de jovens (20.780) nos Estados Unidos, entre o 7º e o 12º ano, concluiu que o risco para tentativas de suicídio, consumo de tabaco, alcool e drogas, ou suicídio, era maior nos jovens com incapacidades, sendo que os factores determinantes desse risco eram distintos entre os jovens com e sem deficiências.

Reforçamos ainda as escassas diferenças significativas encontradas na percepção de afluência familiar, somente no grupo com necessidades educativas especiais.

No que respeita a associação entre bem-estar material, com a percepção de um problema de saúde, não se observaram diferenças significativas, no somatório antes da transformação das variáveis, sendo que com os scores obtidos após a transformação do itens, as difereças surgiram somente ao realizarmos a análise em função de cada item.

A hipótese de que existe uma associação entre os factores sócio-económicos (afluência familiar), factores psicossociais (sintomas) e a percepção de bem-estar/qualidade de vida, avaliada mediante a percepção de saúde, satisfação e felicidade, foi confirmada parcialmente, ao explorar os modelos estruturais. Esta confirmação, diz respeito ao estudo efectuado em ambas as amostas e sub-grupos testados.

Importa reforçar que a afluência tem um efeito preditor, mais forte na percepção do bem estar (saúde, satisfação, felicidade) do que no ajustamento psicossocial (sintomas). Em primeiro lugar, ao pretendemos testar com os itens disponíveis, um conjunto de factores considerados fundamentais para melhor compreender o bem-estar e qualidade de vida, estudando o efeito da predição da afluência familiar, verificámos um ajustamento razoável nas medidas de afluência familiar, e dos factores denominados, bem-estar/qualidade de vida (medido pelos itens relativos à satisfação e felicidade) e do ajustamento psicossocial (medido por um conjunto de queixas físicas e psicológicas).

Destes, assinala-se que alguns itens das escalas apresentaram um peso baixo, pensando-se assim que o seu contributo para explicar o factor é reduzido. Este facto surgiu na medida de afluência familiar, apesar desta ter vindo a ser validada e utilizada em diversos estudos sobre a saúde dos jovens (Currie CE, 1997; Wardle, Robb & Johnson, 2002; Mazur & Woynarowska, 2004; Molcho, Gabhainn, & Kelleher, 2007).

No que respeita o bem-estar e qualidade de vida, ressalta o facto da saúde e dos itens relativos às aspirações de mudança para o futuro não terem também uma forte saturação (peso) na explicação deste factor. Este facto foi identificado nos mesmos moldes na análise factorial realizada, verificando-se que os factores extraídos apontavam para uma organização distinta entre a amostra nacional e local, se bem que com uma tendência de distribuição similar. Parece-nos ainda, que o conjunto de itens, com mais importância na extracção destes factores, apontam nos sintomas, o estar deprimido, e como itens da medida de bem-estar, a percepção de felicidade, ter uma vida boa, e gostar como as coisas correm. Ao contrário, a saúde não pareceu surgir como um item com peso significativo na definição do factor de bem-estar/qualidade de vida.

Tal facto, poderá significar a necessidade de explorar a percepção de saúde de forma isolada e não como um factor que constitui a percepção de bem-estar e qualidade de vida.

Verificou-se ainda que o modelo apresentando um ajustamento aceitável na amostra nacional total, não foi confirmado na amostra local nos vários subgrupos. No que se refere à diferença do efeito de predição da afluência familiar, entre os grupos de jovens com e sem uma deficiência, verifica-se que a afluência familiar apresenta um efeito preditor mais baixo nos jovens com deficiência, sendo que a variância explicada diminui para mais de metade.

CAPÍTULO 7 - CONCLUSÕES

Iniciámos este trabalho com um conjunto diverso de objectivos e, num balanço final após este tempo de pesquisa, terminamos com a certeza de que inúmeras questões estão ainda por responder, e se algumas respostas foram encontradas, muitas outras se podem agora equacionar.

Pretendemos nesta parte do trabalho sintetizar os resultados obtidos e em particular integrá-los num conjunto de reflexões que orientem no sentido de discutir as implicações que a nível teórico e prático nos surgem.

Tal como definimos no início do nosso trabalho, foram distintos os temas centrais que elegemos abordar, a saúde e sua promoção, a qualidade de vida e bem-estar de jovens com deficiências e incapacidades, e mais especificamente as associações com as percepções de saúde e seus determinantes e o peso de determinantes sócio-económicos nas eventuais desigualdades observadas neste grupo de jovens.

Do ponto de vista teórico estruturámos o nosso trabalho de forma a integrar perspectivas, muitas vezes dissociadas, que se prendem com as áreas da promoção da saúde e da deficiência. De facto, quando falamos de qualidade de vida, promoção da saúde e pessoas com incapacidades ou deficiências o que nos ocorre, em particular, são acções de carácter universal ou selectivas dirigidas à prevenção de deficiências.

Na primeira parte do nosso trabalho, que se baseou numa revisão de literatura, iniciámos com as orientações gerais associadas à perspectiva do desenvolvimento na adolescência apontando como aspecto central da nossa pesquisa uma visão actual do desenvolvimento positivo e suas grandes linhas orientadoras.

Estando este trabalho assente na noção do potencial de um desenvolvimento positivo e saudável de todos os jovens, tendo como pressuposto a sua plasticidade e heterogeneidade, assumindo que tal não deixa de ocorrer pelo facto da existência de uma deficiência ou incapacidade nos jovens, e, tendo ainda em consideração a tentativa de explorar o efeito do bem-estar sócio-económico na predição da qualidade de vida, saúde e bem-estar de jovens com deficiência. Apontámos como linha orientadora do nosso estudo a necessidade de identificar associações entre a saúde e bem-estar com a presença de um problema de saúde, deficiência ou incapacidade, subjectivamente percebida pelos jovens e posteriormente reproduzir num contexto local um estudo similar, adicionando um critério externo para identificar os jovens, nomeadamente o critério associado à pertença ao grupo de jovens com necessidades educativas especiais de carácter permanente.

A noção de que os conceitos são fenómenos que nos permitem construir o conhecimento, que é necessário compreendê-los num determinado tempo e cultura, e que estes se relacionam com a forma como o conhecimento formal é difundido, conduziu-nos à tentativa de sistematização de modelos subjacentes à compreensão do processo de incapacitação. Das perspectivas apresentadas, que nos levaram a reflectir sobre um conjunto de questões metodológicas a ter em consideração na prossecução do trabalho de investigação, estabelecemos a orientação para a realização dos estudos apresentados.

Nela, retomámos uma tentativa de melhor compreender as possíveis propostas para a identificação e elegibilidade dos jovens a envolver, tendo como pressuposto a necessidade de adoptar distintos critérios para o nosso estudo, optando por um modelo baseado na percepção

subjectiva de uma deficiência, doença, problema de saúde ou incapacidade associada uma percepção de limitações nas actividades e restrições à participação. Reconhecendo a importância de expandir esta área de estudo, aos comportamentos de saúde de jovens com deficiências e incapacidades, ainda pouco explorada no âmbito do estudo HBSC/OMS, no encetámos esta tarefa, mediante a inclusão de uma questão que permitisse identificar os jovens com deficiências ou incapacidades.

Uma vez sumariada a parte empírica do nosso trabalho passamos à parte metodológica que orientou o nosso trabalho bem como aos resultados obtidos.

Ambos os estudos revelaram vulnerabilidades na percepção de saúde associada a este grupo de jovens, sendo que, a proposta associação, em alguns comportamentos de saúde, e nas percepções de saúde e sintomas foram identificadas, somente parcialmente nestes grupos, sugerindo que existem similaridades e diferenças na qualidade de vida, saúde e bem-estar na comparação dos grupos de jovens com e sem deficiências ou incapacidades.

Estes dados vêm ao encontro de vários estudos realizados ou referidos por outros autores (Adamson, 2003; Antle, 2004; Barbotte, Guillemin, Chau, & Group, 2001; Berman et al., 1999; Blum, Kelly, & Ireland, 2001; Bricher & Darbyshire, 2004; Calam, Gregg, & Goodman, 2005; Cheng & Udry, 2002; Clarke & Wilson, 1999; Coyle, Santiago, Shank, Ma, & Boyd, 2000; de Jong et al., 1997; Doyle, 2006; Durstine et al., 2000; Emerson, Robertson, & Wood, 2005; Gajdosik & Cicirello, 2001; Hallum, 1995; Jessen, Colver, Mackie, & Jarvis, 2003; Kelley & Jessop, 1996; Kinney & Coyle, 1992; Ko & McEnery, 2004; McDougall et al., 2004; Msall et al., 2003; Murphy, 2005; Powrie, 2003; Rimmer, 1999; Simeonsson, Carlson, Huntington, McMillen, & Brent, 2001; Simeonsson, McMillen, & Huntington, 2002; Steele et al., 2004; Stevens et al., 1996; Stuifbergen & Becker, 1994; Westbom, 1992; Westman & Frisk, 1999; Wind, Schwend, & Larson, 2004)

No estudo nacional, a percentagem de jovens com um problema de saúde ou deficiência é de 11.1%, com doença crónica, 5.8%, com deficiência motora 1.6%, com deficiência sensorial 4.1% e com outra situação 5%.

No estudo local, em Almada, 44% dos jovens referem ter um problema de saúde, 17% uma doença crónica, 3.5% deficiência motora, 10.6% deficiência sensorial e 13.5% outra situação, sendo que 40.4% dos jovens, nesta amostra, correspondem ao grupo de jovens como Necessidades Educativas Especiais de carácter permanente. Não se verifica uma relação directa entre ter um problema de saúde ou deficiência e pertencer ao grupo com Necessidades Educativas Especiais. Dos jovens com Necessidades Educativas Especiais, 34.4% referem ter um problema de saúde ou deficiência, sendo que esta deficiência é para: 19% uma doença crónica; 4,8% uma deficiência motora; 14,9% uma deficiência sensorial; e para 19% uma outra situação. No grupo de jovens sem Necessidades Educativas Especiais, 9.6% afirmam ter um problema de saúde ou deficiência, 14% uma doença crónica, 1.8% uma deficiência motora, 4.4% uma deficiência sensorial e 5.3% uma outra situação.

Uma questão que consideramos relevante prende-se com o facto de não haver uma proporção similar nos jovens que referem ter uma deficiência ou problemas de saúde e os jovens com necessidades educativas especiais. Assim, de forma a melhor compreender este fenómeno será importante utilizar em futuros estudos uma questão em que se possa colocar nestas questões um gradiente da limitação nas actividades ou da restrição à participação percebida.

As percepções de saúde, satisfação, felicidade, bem-estar e comportamentos de saúde, apresentam uma distribuição distinta em função da percepção de um problema de saúde, deficiências, incapacidades e Necessidades Educativas Especiais de carácter permanente, sendo estes grupos mais vulneráveis.

Ao explorar um modelo da saúde e bem-estar, identificando o impacto do nível sócio-económico, mediante a predição da medida de afluência familiar, no bem-estar e qualidade de vida, entendida como a percepção subjectiva de bem-estar, satisfação e felicidade face à vida, bem como, no ajustamento psicossocial, verifica-se um impacto relativamente fraco do mesmo, sendo este maior nas medidas de satisfação e felicidade e inferior nas medidas de ajustamento psicossocial.

Para concluir, consideramos que este trabalho permitiu revelar alguns aspectos sobre as desigualdades dos jovens com deficiências e incapacidades, apontando a sua maior vulnerabilidade.

LIMITAÇÕES

Uma primeira questão prende-se com a dificuldade na adesão no estudo 2 realizado em Almada. Ao contrário do esperado, existiram escolas que não participaram no estudo, uma delas porque afirmou não ter jovens com Necessidades Educativas Especiais e as duas restantes porque o Concelho Executivo não deu a autorização solicitada. Uma destas escolas tinha, de acordo com as listas definidas nos mapas de alunos com NEE, um número elevado de jovens que poderiam ter participado. Em outros casos, a autorização pelos Encarregados de Educação não foi dada, não sendo assim possível abranger a totalidade dos jovens com Necessidades Educativas Especiais.

Por outro lado pensamos que, o caminho seguido, se bem que convicta e conscientemente, através da opção metodológica de abranger a totalidade dos jovens com NEE de carácter permanente, em detrimento de optar somente por um grupo de jovens com

uma determinada patologia ou deficiência clinicamente definida, trouxe algumas dificuldades no reconhecimento das situações e grau de limitações associadas a cada um dos jovens.

Um outra limitação, prendeu-se com a constatação de que os jovens, a partir do 1º ciclo, provavelmente encontram outras respostas fora do contexto educativo regular, facto que se constatou na medida em que no segundo estudo realizado em Almada, observou-se um número progressivamente decrescente de jovens nos anos de escolaridade mais elevados.

A dificuldade na comparabilidade em estudos similares com os indicadores propostos pelo HBSC em jovens com deficiências e incapacidades.

Apontamos ainda algumas questões metodológicas que se levantaram, devido ao questionário usado, que pode ter implicado algumas dificuldades na participação dos jovens bem como na compreensão das questões do enunciado.

RECOMENDAÇÕES

No âmbito de recomendações que pensamos importante a disseminação e utilização da informação produzida. Esta poderá facilitar a definição de políticas e bem como a definição de acções para jovens com deficiência e incapacidades. Espera-se que este trabalho constitua uma base para futuras acções que promovam a saúde a nível nacional e local de jovens com deficiência, sendo neste contexto prioritário, o estabelecimento de estratégias ajustadas na escola e nas comunidades.

Entre outras respostas e soluções, acreditamos que as realidades sociais são em grande parte determinadas em cada comunidade, ou espaço ecológico, tendo em consideração as

distintas formas de interacção de factores como os recursos físicos e técnicos, assim, reforçamos a importância de estabelecer planos de acção locais para a promoção da saúde deste grupo de jovens, tendo como base o estabelecimento de objectivos específicos que apontem as melhorias, claramente temporizadas e definidas em termos de comportamentos, e resultados da saúde e bem-estar, que se pretendem melhorar ao nível de uma determinada comunidade (local).

Assinalamos a necessidade de prever, em programas de promoção da saúde acções específicas para estes grupos de jovens, nas escolas ou em espaços comunitários, mais uma vez facilitando a sua participação activa na comunidade e na transformação da sua saúde e bem-estar.

A título de exemplo, aponta-se a necessidade de acções centradas na melhoria de recursos pessoais, como as competências pessoais, o apoio à participação na sua comunidade em actividades de lazer, ou de prática regular de actividade física, ou a abordagem de temas como a nutrição, a sexualidade, as transformações na adolescência, os comportamentos de risco, transição para a vida activa. Reforçamos que em todas as fases destas iniciativas (planeamento, implementação, avaliação), deverá existir como princípio básico a participação activa dos jovens com deficiência, de forma a assegurar a relevância e utilidade dos programas.

Será ainda relevante, disseminar a informação junto dos jovens, professores, pais, e envolver todos na definição de respostas que vão ao encontro das linhas prioritárias de acção.

Espera-se que a metodologia explorada, isto é, a inclusão de um conjunto de questões sobre a deficiência e incapacidade, possa constituir-se regularmente no HBSC/OMS, sendo assim uma fonte de informação para melhor conhecer os jovens com deficiências ou

incapacidades. Importa contudo, rever o tipo de questões utilizadas e sensibilizar outros países para a sua adopção.

No que respeita alguns aspectos metodológicos será importante em futuras investigações, incluir a exploração de aspectos num modelo compreensivo multivariado, da saúde bem-estar e qualidade de vida, nomeadamente, incluindo as hipóteses do efeito moderador ou mediador do capital social, de factores sócio-demográficos, factores contextuais como os recursos pessoais, as relações com os pais, amigos, colegas, professores e os comportamentos de saúde, associados quer ao risco quer à participação.

Assinala-se ainda, a possibilidade de explorar o novo modelo compreensivo da incapacidade, funcionamento e saúde, em particular mediante a comparação dos itens e factores constantes na versão da CIF para crianças e jovens com o modelo compreensivo proposto pelo HBSC/OMS. Este, poderá constituir um denominador para a eleição dos itens simplificados e adequados aos diversos contextos onde o estudo se desenvolve, bem como uma linha de estudo que permita identificar relações, semelhanças e dificuldades da classificação para crianças e jovens proposto pela CIF.

No que respeita a extensão do estudo, seria interessante realizar estudos abrangendo jovens com deficiência a partir de outros contextos, como as escolas especiais, centros de formação, comissões de protecção de crianças e jovens ou centros de saúde.

Neste sentido, existe a necessidade de testar e adoptar outras estratégias de recolha de dados, quando as limitações a nível físico, sensorial ou cognitivo impedem a participação de um maior número de jovens, (por exemplo mediante a utilização de sistemas informatizados para a resposta autónoma, ou a transcrição do questionário para Braille).

Aponta-se ainda a necessidade de desenvolver mais estudos que identifiquem os melhores indicadores ou procedimentos para a utilização das medidas de bem-estar material, saúde, satisfação, felicidade, sintomas.

Tendo em conta que os critérios escolhidos, baseados na percepção subjectiva de uma deficiência ou incapacidade, imbuídos de uma forte “*consciência colectiva*” face ao que se entende por deficiência e incapacidade, e, tendo em consideração a constatação de que persistem na nossa sociedade modelos “*fatalistas*” e de carácter “*interpretativo*”, que induzem ao “*silêncio*”, à não revelação do problema, será importante no futuro utilizar métodos naturalistas, por exemplo, estudos de caso ou grupos focais que permitam ter um conhecimento mais aprofundado das realidades e vidas experienciadas pelos jovens com deficiências e incapacidades, que frequentam as nossas escolas.

Este facto, surge da nossa experiência, na fase de recolha de dados em que, por vezes as capacidades dos próprios jovens eram consideradas insuficientes para participar no estudo, e por outro lado surgiram situações em que os jovens questionavam, “...mas como é que devo responder?...” “...Em comparação com os meus colegas todos ou em comparação com os outros como eu?...”.

Finalmente, os fundamentos do trabalho futuro na promoção da saúde junto de jovens com deficiências, deve assentar na preparação de técnicos. Assim, é crucial sensibilizar e formar os profissionais para as necessidades dos jovens com deficiências e incapacidades.

Esperamos assim que este trabalho permita incentivar o debate sobre estas questões, com vista a ultrapassar a denominada “crise silenciosa”, tantas vezes associada aos jovens com deficiência.

BIBLIOGRAFIA

- A.J.H.P. (1989). Editorial. *American Journal of Health Promotion*, 3(3), 5.
- Acheson, D. (1998). Inequalities in health: Report on inequalities in health did give priority for steps to be tackled. *British Medical Journal*, 317(7173), 1659.
- Adamson, L. (2003). Self-image, adolescence, and disability. *Am J Occup Ther*, 57(5), 578-581.
- Adler, N. E., & Ostrove, J. M. (1999). Socioeconomic Status and Health: What We Know and What We Don't. *Ann NY Acad Sci*, 896 (1), 3-15.
- Adler, N. E., Boyce, W. T., Chesney, M. A., Folkman, S., & Syme, S. L. (1993). Socioeconomic inequalities in health. No easy solution. *Jama*, 269 (24), 3140-3145.
- Ahlstrom, G., & Gunnarsson, L. G. (1996). Disability and quality of life in individuals with muscular dystrophy. *Scand J Rehabil Med*, 28(3), 147-57.
- Albrecht, G. L. (1999). The disability paradox: high quality of life against all odds. *Soc Sci Med*, 48 (8), 977-88.
- Amiralian, M., Pinto, E., Ghirardi, M., Lichtig, I., Masini, E., & Pasqualin, L. (2000). Conceituando deficiência. *Rev. Saúde Pública*, 34(1).
- Andel, G. V. (1998). TR service delivery and TR outcome models. *Therapeutic Recreation Journal*, 32(3), 180-193.
- Antle, B. J. (2004). Factors associated with self-worth in young people with physical disabilities. *Health Soc Work*, 29(3), 167-175.

Arnett , J. Balle-Jensen L. (1993) Cultural bases of risk behaviour:Danish Adolescents. *Child Dev.* (64):1842-59

Ayyangar, R. (2002). Health maintenance and management in childhood disability. *Phys Med Rehabil Clin N Am*, 13(4), 793-821.

Barbotte, E., Guillemin, F., Chau, N., & Group, t. L. (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(11), 1047-1055.

Barbotte, E., Guillemin, F., Chau, N., & Group, t. L. (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(11), 1047-1055.

Barnes, C. & Mercer, G. (1997). *Doing Disability Research*. The Disability Press.

Barton L. (1993). The struggle for citizenship: the case of disabled people. *Disability,Handicap & Society*,(8), 235-248.

Ben-Shlomo, Y., and Kuh, D. (2002) A life course approach to chronic disease epidemiology: Conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *International Journal of Epidemiology*, 31(2), 285–293.

Benson, P. L. (2002). Adolescent development in social and community context: a program of research. *New Dir Youth Dev*(95), 123-147.

Benson, P.L. (2002) Adolescent development in social and community context. *New Dir Youth Dev*, (95) 127-147.

Berger, P. L., & Luckmann, T. (1966). *The social construction of reality: a treatise on the sociology of knowledge*. . New York: Irvington Publishers.

Berman, H., Harris, D., Enright, R., Gilpin, M., Cathers, T., & Bukovy, G. (1999). Sexuality and the adolescent with a physical disability: understandings and misunderstandings. *Issues Compr Pediatr Nurs*, 22(4), 183-196.

- Bickenbach, J. E., Chatterji, S., Badley, E. M., & Ustun, T. B. (1999). Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. *Soc Sci Med*, 48(9), 1173-87.
- Blomquist, K. B. (2006). Health, education, work, and independence of young adults with disabilities. *Orthop Nurs*, 25(3), 168-187.
- Blum, R. (1998). Adolescent health: Priorities for the next millennium. *Maternal and Child Health Journal*, 22, 368–375.
- Blum, R. W., Kelly, A., & Ireland, M. (2001). Health-risk behaviors and protective factors among adolescents with mobility impairments and learning and emotional disabilities. *J Adolesc Health*, 28(6), 481-490.
- Bollard, M. (2002). Health promotion and learning disability. *Nurs Stand*, 16(27), 47-53; quiz 54.
- Borthwick-Duffy, S. A. (1987). *Quality of life of mentally retarded people: Development of a model*. U California, Riverside, US.
- Boyce, W., & Dallago, L. (2004). Socioeconomic inequality. In V. B. Rasmussen (Ed.), *Young people's health in context Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO.
- Brandsma, J. W., Lakerveld-Heyl, K., Van Ravensberg, C. D., & Heerkens, Y. F. (1995). Reflection on the definition of impairment and disability as defined by the World Health Organization. *Disabil Rehabil*, 17(3-4), 119-27.
- Breslow, L. (1999). From disease prevention to health promotion. *Journal of the American Medical Association*, 281, 1030–1033.
- Bricher, G., & Darbyshire, P. (2004). 'I know my body, I've lived in it all my life': therapy experiences of young people with disabilities. *Contemp Nurse*, 18(1-2), 18-33.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University.

- Bronfenbrenner, U., & Ceci, S. (1994). Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. *Psychological Review*, 101(4), 568–586.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P.A.(1998). The ecology of developmental processes. In W.Damon and R.M.Lerner (Eds.), *Handbook on Child Psychology: Vol.1. Theoretical Models of Human Development* (5th ed., pp. 993–1028). New York: John Wiley & Sons.
- Brooks-Gunn, J., and Duncan, G.J. (1997). The effects of poverty on children and youth. *Future of Children*, 7, 55–71.
- Brown I., Renwick. R., Nagler,M. (1996). The centrality of quality of life in health promotion and rehabilitation. In R.Renwick, I. Brown, M. Nagler (Ed.), *Quality of life in health promotion and rehabilitation: Conceptual approaches, issues and applications.*(3-25) Thousand Oaks, CA: Sage.
- Brown, I., Rebecca, R., & Raphael, D. (1997). *Quality of life Instrument package for adults with developmental disabilities*. Toronto: Centre for Health Promotion,University of Toronto.
- Brown, R. I. (1993). Quality of life issues in aging and intellectual disability. *Australia & New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 18(4), Spec Issue 219-227.
- Brown, S. E. (1992). Creating a disability mythology. *International Journal Rehabilitation Research*, 15(3), 227-233.
- Brown,I. (1994) Promoting Quality within service delivery systems. *Journal on Developmental Disabilities*, 3(2), i-iv.
- Browne, J. P. McGee, H.; Boyle,C.A. (1997). Conceptual approaches to the assessment of quality of life. *Psychology and health*, 12, 77-751.
- Buchalla, C.M.(2003) A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Acta Fisiátrica*, 2003; 10 (1): 29-31.
- C.E. (1994) *Uma Política Coerente para a Reabilitação das Pessoas com Deficiência*. Conselho da Europa. Lisboa:SNR

- Cadell, S., Karabanow, J., & Sanchez, M. (2001). Community, empowerment, and resilience: paths to wellness. *Can J Commun Ment Health*, 20(1), 21-35.
- Calam, R., Gregg, L., & Goodman, R. (2005). Psychological adjustment and asthma in children and adolescents: the UK Nationwide Mental Health Survey. *Psychosom Med*, 67(1), 105-110.
- Campos, B.P. (1990) *Psicologia do desenvolvimento e educação de jovens*.Vol II Lisboa: Universidade Aberta
- Cargo, M., Grams, G. D., Ottoson, J. M., Ward, P., & Green, L. W. (2003). Empowerment as fostering positive youth development and citizenship. *Am J Health Behav*, 27 Suppl 1, S66-79.
- Cavallo, F. Kann, L & Makara, P. (2001) Focus area rational: Positive Health. HBSC Protocol for 2001/2002 Survey. Cap12 . 153-159
- CDC.Centers for Disease Control and Prevention. (2003). National longitudinal study of adolescent health. Available: <http://www.cpc.unc.edu/addhealth>.
- CET/ISCTE. (2001). Síntese do pré-diagnóstico Local .Rede Social I- Programa de Implementação no Concelho de Almada. Almada: CET/ISCTE. (NãoPublicado).
- Chamie, M. (1990). The Status and use of the International Classification of Impairments ,Disabilities and Handicaps. *World Heath Stat Q*, 43, 273-80.
- Charlton, J. I. (1998). *Nothing About Us Without Us. Disability, Oppression and Empowerment* Berkeley: University of California Press.
- Chatterji, S., Ustun, B., Sadana, R., Salomon, J.A., Mathers, C.D., and Murray, C.J.L. (2002). The conceptual basis for measuring and reporting on health. (Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper No. 45). Geneva: World Health Organization.
- Cheng, M. M., & Udry, J. R. (2002). Sexual behaviors of physically disabled adolescents in the United States. *J Adolesc Health*, 31(1), 48-58.

- Clarke, J. J., & Wilson, D. N. (1999). Alcohol problems and intellectual disability. *J Intellect Disabil Res*, 43 (Pt 2), 135-139.
- Classificação Nacional das Deficiências. Deliberação 9/99. Diário da República II série .
- Coleman, J.S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology*, 94, S95–S120.
- Consejo de Municipios y Regiones de Europa (1995) Declaração de Barcelona na celebração do Congresso Europeu sobre a Cidade e as Pessoas com Deficiência. Barcelona.
- Convenção sobre os Direitos da Criança Resolução n.º 44/25 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 20 de Novembro de 1989. <http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/k2crc.htm>
- Coyle, C. P., Santiago, M. C., Shank, J. W., Ma, G. X., & Boyd, R. (2000). Secondary conditions and women with physical disabilities: a descriptive study. *Arch Phys Med Rehabil*, 81(10), 1380-1387.
- Csikszentmihalyi, M. (1990) *Flow: The Psychology of Optimal Experience* . New York: Harper Collins.
- Csikszentmihalyi, M. (1997) *Finding Flow: The Psychology of Engagement with Everyday Life*. New York: Basic Books.
- Currie, C. E.; Elton, R. A.; Todd, J.; & Platt, S. (1997). Indicators of socioeconomic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-aged Children Survey. *Health Educ Res*, 12 (3), 385-397.
- Currie, C.; Morgan, A. Smith, R.; Samdal, O. & Rasmussen, V. B. (Eds.). (2004). Young people's health in context Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Copenhagen: WHO.
- Currie, J., & Stabile, M. (2002). Socioeconomic status and health: Why is the relationship stronger for older children? (NBER Working Paper No. w9098). Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.

- Daly, M., Duncan, G., McDonough, P., and Williams, D. (2002). Optimal indicators of socioeconomic status for health research. *American Journal of Public Health*, 92(7), 1151–1157.
- Day, H. J., S. (1996). Lesson from the literature: Toward a holistic model of quality of life. In R. B. Renwick, I.; Nagler, M. (Ed.), *Quality of life in Health Promotion and Rehabilitation* (pp. 39-62). Thousand Oaks: Sage.
- Day, I. & Jankey, S. (1996) Lesson from the literature: Toward a Holistic Model of quality of life. In I. Brown, R. Renwinck; M. Nagler (Eds.), *Quality of life in health promotion and rehabilitation: Conceptual approaches, issues and applications*. pp39-50 Thousand Oaks, CA: Sage.
- de Jong, L. W., Prins, J. B., Fiselier, T. J., Weemaes, C. M., Meijer-van den Bergh, E. M., & Bleijenberg, G. (1997). [Chronic fatigue syndrome in young persons]. *Ned Tijdschr Geneeskd*, 141(31), 1513-1516.
- de_Winter, M., Baerveldt, C., & Kooistra, J. (1999). Enabling children: participation as a new perspective on child-health promotion. *Child: Care, Health and Development*, 25(1), 15-23; discussion 23-15.
- Dennis, R. E., Williams, W., Giangreco, M. F., & Cloninger, C. J. (1993). Quality of life as context for planning and evaluation of services for people with disabilities. *Except Child*, 59(6), 499-512.
- Dennis, R., Williams, W.; Giangreco, M. & Cloninger, C. (1994). Calidad de vida como contexto para a la planificación y evaluacion de servicios para personas con discapacidad. *Siglo Ciero*, 25(5), 5-16.
- Devine, M. A., & Wilhite, B. (1999). Teory Application in Therapeutic Recreation Practice and Research. *Therapeutic Recreation Journal*, 23(1), 29-45.
- Diener, E. (1984) Subjective well being. *Psychological Bulletin*. (95), 542-575.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276–302.

- Diener, E.: 2000, 'Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index', *American Psychologist*, 55(1), pp. 34–43.
- Donald, P. (1997). Rethinking prevention for persons with disabilities Part I: A conceptual model for promoting health. *American Journal of Health Promotion*, 11, 257-260.
- Donald, P. (1997). Rethinking prevention for persons with disabilities Part I: A conceptual model for promoting health. *American Journal of Health Promotion*, 11, 257-260.
- Doyle, J. (2006). Sexual health education for young people with special needs and learning difficulties. *Paediatr Nurs*, 18(5), 12.
- Durstine, J. L., Painter, P., Franklin, B. A., Morgan, D., Pitetti, K. H., & Roberts, S. O. (2000). Physical activity for the chronically ill and disabled. *Sports Med*, 30(3), 207-219.
- Dworkin, A., & Dworkin, R. (Eds.). (1976). *The minority report*. New York: Praeger.
- Edwards, S. D. (1997). Dismantling the disability/handicap distinction. *J Med Philos*, 22(6), 589-606.
- Edwards, T. C., Huebner, C. E., Connell, F. A., & Patrick, D. L. (2002). Adolescent quality of life, part I: Conceptual and measurement model. *Journal of Adolescence*, 25, 275 – 286.
- Elwan, A. (1999). *Poverty and Disability. A Survey of the Literature*.
- Emerson, E., Robertson, J., & Wood, J. (2005). Emotional and behavioural needs of children and adolescents with intellectual disabilities in an urban conurbation. *J Intellect Disabil Res*, 49(Pt 1), 16-24.
- Evans, R.G., Barer, M.L., Marmor, T.R. (eds.) (1994) *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*. New York: Aldine De Gruyter.
- Evans, S. (1991). Healthy youth 2000: national health promotion and disease prevention objectives for adolescents. *Kans Nurse*, 66(5), 2.

- Farran, D. (2000). Another decade of intervention for children who are low income or disabled: What do we know now? In J. Shonkoff and S. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 510–548). New York: Cambridge University Press.
- Feachem, R.G.A. (2000). Poverty and inequity: A proper focus for the new century. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(1), 1–2. Disponível em <http://www.who.int/bulletin/pdf/2000/issue1/Editorial.pdf>.
- Felce, D. (1997). Defining and applying the concept of quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41(2), 126-135.
- Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16 (1), 51-74.
- Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., et al. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-BREF". *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 178-183.
- Fletcher, A., S. Gore, D. Jones, R. Fitzpatrick, D. Spiegelhalter, and D. Cox. (1992) Quality of Life Measures in Health Care. II: Design, Analysis, and Interpretation. *BMJ* 305, (6862): 1145-8.
- Foguet, J. M. A., M. R. (1989). *Análisis Multivariante. Análisis en Componentes Principales*. (Editorial Hispano Europea S.A. ed.). Barcelona: ESADE.
- Fougeyrollas, P., Noreau, L., Bergeron, H., Cloutier, R., Dion, S. A., & St-Michel, G. (1998). Social consequences of long term impairments and disabilities: conceptual approach and assessment of handicap. *Int J Rehabil Res*, 21(2), 127-141.
- Frederickson, N. & Cline, T. (2002) *Special educational needs: a textbook*. Glasgow: Open University Press
- Frye, B. A. (1993). Review of the World Health Organization's report on disability prevention and rehabilitation. *Rehabil Nurs*, 18(1), 43-44.

- Fuchs, V. R. (2004). Reflections on the socio-economic correlates of health. *J Health Econ*, 23(4), 653-661.
- Furstenberg, F. & Hughes, M.E. (1995). Social capital and successful development among at-risk youth. *Journal of Marriage and Family*, 57, 580–592.
- Gajdosik, C. G., & Cicirello, N. (2001). Secondary conditions of the musculoskeletal system in adolescents and adults with cerebral palsy. *Phys Occup Ther Pediatr*, 21(4), 49-68.
- Gajdosik, C. G., & Cicirello, N. (2001). Secondary conditions of the musculoskeletal system in adolescents and adults with cerebral palsy. *Phys Occup Ther Pediatr*, 21(4), 49-68.
- Geckova, A., van Dijk, J. P., Groothoff, J. W., & Post, D. (2002). Socio-economic differences in health risk behaviour and attitudes towards health risk behaviour among Slovak adolescents. *Soz Praventivmed*, 47(4), 233-239.
- Geckova, A., van Dijk, J. P., Stewart, R., Groothoff, J. W., & Post, D. (2003). Influence of social support on health among gender and socio-economic groups of adolescents. *Eur J Public Health*, 13(1), 44-50.
- Gómez, M. S., E. (2001). Calidad de Vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. INICO Available [Http://www3.usal.es/inico/investigación/invesinico/calidad.htm](http://www3.usal.es/inico/investigación/invesinico/calidad.htm).
- Goode, D. A. (1994). *Quality of life of persons with disabilities: International perspectives and issues*. Cambridge, M.A.: Brookline.
- Gray, D.B.; Hendershot, G.E. (2000) The ICIDH-2: Developments for a new era of outcomes research. *Arch Phys Rehabil* 81(2): S10 – S14 (9).
- Griesbach, D., Amos, A., & Currie, C. (2003). Adolescent smoking and family structure in Europe. *Soc Sci Med*, 56(1), 41-52.
- Groce, N.E., and Zola, I.K. (1993). Multiculturalism, chronic illness, and disability. *Pediatrics*, 91(5), 1048–1055.
- Guyatt, G. H., D. H. Geeny, and D. L. Patrick. "Measuring Health-related Quality of Life." *Annals of Internal Medicine* 118, no. 8 (1993): 622-9.

- Halbertsma, J. (1996). H. G. Dickson's problems with the ICIDH definition of impairment [comment] [see comments]. *Disabil Rehabil*, 18(10), 533-5.
- Hall, G.S. (1904). *Adolescence: Its Psychology and Its Relation to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion, and Education*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Hallum, A. (1995). Disability and the transition to adulthood: issues for the disabled child, the family, and the pediatrician. *Curr Probl Pediatr*, 25(1), 12-50.
- Harding, L. (2001). Children's quality of life assessments: A review of generic and health related quality of life measures completed by children and adolescents. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 76-96.
- Harris, E.S., Canning, R.D., and Kelleher, K.J. (1996). A comparison of measures of adjustment, symptoms, and impairment among children with chronic medical conditions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(8), 1025-1028.
- Harrison, T. (2006). Health promotion for persons with disabilities: what does the literature reveal? *Fam Community Health*, 29(1 Suppl), 12S-19S.
- Harrison, T. (2006). Health promotion for persons with disabilities: what does the literature reveal? *Fam Community Health*, 29(1 Suppl), 12S-19S.
- Harrison, T. (2006). Health promotion for persons with disabilities: what does the literature reveal? *Fam Community Health*, 29(1 Suppl), 12S-19S.
- Haugland, S., Wold, B., Stevenson, J., Aaroe, L. E., & Woynarowska, B. (2001). Subjective health complaints in adolescence. A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *Eur J Public Health*, 11(1), 4-10.
- Havighurst, R.J. (1972). *Developmental Tasks and Education* (3rd ed.). New York: David McKay.
- Hemmings, D. (1998). Health promotion for people with learning disabilities in the community. *Nurs Times*, 94(24), 58-59.

- Hemmings, D. (1998). Health promotion for people with learning disabilities in the community. *Nurs Times*, 94(24), 58-59.
- Hogan A., McLellan, L. & Bauman A. (2000). Health promotion needs of young people with disabilities-a population study. *Disabil Rehabil.* , 20(22), 352-357.
- Hogan, D.P., Rogers, M.L. & Msall, M.E. (2000). Functional limitations and key indicators of well-being in children with disability. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 154(10), 1042–1048.
- Hollar, D. (2005). Risk behaviors for varying categories of disability in NELS:88. *J Sch Health*, 75(9), 350-358.
- Huebner, S. (1991) Initial development of the student's life satisfaction scale. *School Psychology International* 12, 231-240
- Huebner, S. (2002) An Introduction to the multidimensional student's life satisfaction scale. *Social Indicators Research*. 115-122.
- Huges,C. & Hwang B. (1996). Attempts to conceptualize and measure quality of life. In R. L. Schalock (Ed.), *Quality of life: Perspectives and Issues*. (pp. 141-148). Washington DC: American Association on Mental Retardation.
- Hughes, C., Hwang, B., Kim, J.-H., Eisenman, L. T.. (1995). Quality of life in applied research: A review and analysis of empirical measures. *American Journal of Mental Retardation*, 99(6), 623-641.
- Hughes, R. B. (2006). Achieving effective health promotion for women with disabilities. *Fam Community Health*, 29(1 Suppl), 44S-51S.
- Hutchison, P., & Gill.J., M. (1992). *Leisure integration and community*. Toronto: Leisurability Pub,Inc.
- Imrie R. (2004) Demystifying disability: a review of the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Social Health* 26(3): 287 –305.
- Imrie, R. (1997). Rethinking the Relationships between Disability, Rehabilitation and Society. *Disability and Rehabilitation*, 19, 263-271.

- INE (2002) Censos 2001, Resultados definitivos. Lisboa:INE.
- Jessen, E. C., Colver, A. F., Mackie, P. C., & Jarvis, S. N. (2003). Development and validation of a tool to measure the impact of childhood disabilities on the lives of children and their families. *Child Care Health Dev*, 29(1), 21-34.
- Jessen, E. C., Colver, A. F., Mackie, P. C., & Jarvis, S. N. (2003). Development and validation of a tool to measure the impact of childhood disabilities on the lives of children and their families. *Child Care Health Dev*, 29(1), 21-34.
- Judge, K., Platt, S., Costongs, C., & Jurczak, K. (2005). *Health Inequalities: a Challenge for Europe: An independent, expert report commissioned by, and published under the auspices of, the UK Presidency of the EU.*
- Kalnins, I. V., Steele, C., Stevens, E., Rossen, B., Biggar, D., Jutai, J., et al. (1999). Health survey research on children with physical disabilities in Canada. *Health Promotion International*, 14(3), 251-260.
- Kaplan, D. (2000) The definition of disability: perspective of the disability community. *Journal of Health Care Law and Policy* 3 (2) 352-364.
- Kawachi, I., Daniels, N., & Robinson, D. E. (2005). Health Disparities By Race And Class: Why Both Matter. *Health Aff*, 24(2), 343-352.
- Kawachi, I., Subramanian, S. V., & Almeida-Filho, N. (2002). A glossary for health inequalities. *J Epidemiol Community Health*, 56(9), 647-652.
- Kelley, S., & Jessop, E. (1996). A comparison of measures of disability and health status in people with physical disabilities undergoing vocational rehabilitation. *J Public Health Med*, 18(2), 169-174.
- Kessler, R.A. (1982). A disaggregation of the relationship between socioeconomic status and psychological distress. *American Sociological Review*, 47, 752-764.
- King, P., Schultz, W., Ross, Mueller, Dowling, E., Osborn, P., Dickerson, E., Lerner, R. (2005) Positive youth development: Is there a nomological network of concepts used in adolescence literature? *Applied Developmental Science*. (9) 216-228

- Kinne, S., Patrick, D. L., & Doyle, D. L. (2004). Prevalence of secondary conditions among people with disabilities. *Am J Public Health, 94*(3), 443-445.
- Kinney, W. B., & Coyle, C. P. (1992). Predicting life satisfaction among adults with physical disabilities. *Arch Phys Med Rehabil, 73*(9), 863-869.
- Ko, B., & McEnery, G. (2004). The needs of physically disabled young people during transition to adult services. *Child Care Health Dev, 30*(4), 317-323.
- Kosteniuk, J. G., & Dickinson, H. D. (2003). Tracing the social gradient in the health of Canadians: primary and secondary determinants. *Soc Sci Med, 57*(2), 263-276.
- Kotwicki, R. J., Condra, L., Vermeulen, L., Wolf, T., Douglas, J., & Farrell, P. M. (2001). Assessing the quality of life in children with cystic fibrosis. *Wmj, 100*(5), 50-54.
- Kyngas, H.A., Kroll, T., and Duffy, M.E. (2000). Compliance in adolescents with chronic diseases: A review. *Journal of Adolescent Health, 26*(6), 379-388.
- La Greca, A.M., Bearman, K.J., and Moore, H. (2002). Peer relations of youth with pediatric conditions and health risks: Promoting social support and healthy lifestyles. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 23*(4), 271-280.
- Labonte, R. (2004). Social inclusion/exclusion: dancing the dialectic. *Health Promot. Internation., 19*(1), 115-121.
- Labonté. (1994). Health promotion and empowerment: reflections on professional practice. *Health Education Quarterly, 21*, 253-268.
- Lahelma, E., Martikainen, P., Laaksonen, M., & Aittomaki, A. (2004). Pathways between socioeconomic determinants of health. *J Epidemiol Community Health, 58*(4), 327-332.
- Laible, D. J., Carlo, G., & Roesch, S. C. (2004). Pathways to self-esteem in late adolescence: the role of parent and peer attachment, empathy, and social behaviours. *J Adolesc, 27*(6), 703-716.
- Landmann Szwarcwald, C. (2002). On the World Health Organisation's measurement of health inequalities. *J Epidemiol Community Health, 56*(3), 177-182.

- Larson, J. S. (1999). The conceptualization of health. *Med Care Res Rev*, 56(2), 123-136.
- Larson, L.E. (1974). An examination of the salience hierarchy during adolescence: The influence of the family. *Adolescence*, 35, 317-332.
- Lebre, P., & Prudêncio, E. (2001). Promoviendo el ocio y la recreación de personas con discapacidad en la comunidad. Paper presented at the *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida*, Salamanca.
- Lei da Prevenção Reabilitação, Habilitação, Reabilitação e Participação da Pessoa com Deficiência. Lei nº 38/2004, de 18 de Agosto. Diário da República Série I-A
- Lei de Bases da Prevenção, Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. Lei nº 9/89 de 2 de Maio. Diário da República Série I
- Lerner & Castellino (2002) Contemporary Developmental Theory and adolescence: Developmental systems and Applied Developmental Science. *Journal of Adolescent Health*. (31), 122-135
- Lerner & Galambos (1998) Adolescent development: Challenges and opportunities for research programs and policies. *Annu. Rev. Psychol.* (49) 413-46
- Lerner, R., & Steinberg, L. (2004). The scientific study of adolescent development past, present, and future. In R. Lerner and L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent development*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Lerner, R.M., Lerner, J.V., Almerigi, J., Theokas, C., Phelps, E., Gestsdottir, S., Naudeau, S., Jelicic, H., Alberts, A.E., Smith, L.M., Bobek, D.L., Richman Raphael D., Simpson, L., Christiansen, E.D., & Von Eye, A. (2005) Positive youth development programs and community contributions of fifth grade adolescents: Findings from the first wave of the 4-H Study of positive youth development. *Journal of Early Adolescence*, 25 (1), 17-71.
- Leveque, A., Humblet, P. C., Wilmet-Dramaix, M., & Lagasse, R. (2002). Do social class differentials in health and health behaviors exist in young people (15-to-24-year-olds) in Belgium? *Rev Epidemiol Sante Publique*, 50(4), 371-382.

- Leveque, A., Humblet, P., & Lagasse, R. (2004). Seat belt use and social inequality in Belgium. *Eur J Public Health*, 14(1), 27-31.
- Llewellyn, A. & Hogan, K. (2000) The abuse of models of disability. *Disability and society*, 15, pp.157-166.
- Lollar, D. J., Simeonsson, R. J., & Nanda, U. (2000). Measures of outcomes for children and youth. *Arch Phys Med Rehabil*, 81(12 Suppl 2), S46-52.
- Mackenbach, J. P., van de Mheen, H., & Stronks, K. (1994). A prospective cohort study investigating the explanation of socio-economic inequalities in health in The Netherlands. *Soc Sci Med*, 38(2), 299-308.
- Mactavish, J. S., S. (2000). Beyond qualitative and quantitative data linking: An example from A mixed study of family recreation. *Therapeutic Recreation Journal*, 34(2), 154-163.
- Makas, E. (1988). Positive attitudes toward disabled people: Disabled and nondisabled persons' perspectives. *Journal of Social Issues*, 44, 49 –61.
- Marge, M. (1988). Health promotion for persons with disabilities: Moving beyond rehabilitation. *American Journal of Health Promotion*, 2, 29– 44.
- Marks, D. (1997) Models of disability. *Disability and Rehabilitation*.19(3) pp85-91
- Marmot, M. (1999). Epidemiology of socioeconomic status and health: Are determinants within countries the same as between countries? In N. Adler, M. Marmot, B. McEwen, and J. Stewart (Eds.), *Socioeconomic status and health in industrial nations: Social, psychological, and biological pathways*. New York: Academy of Sciences.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365 (9464), 1099-1104.
- Matos, M. G. & Equipa Aventura Social e Saúde (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: Edições FMH.

- Matos, M. G., & Equipa do Projecto Aventura Social (2003) *A Saúde dos Adolescentes quatro anos depois. Relatório Português do Estudo HBSC 2002*. Edições FMH: Lisboa.
- Matos, M. G., Simões, C., & Canha, L. (1999). Saúde e estilos de vida em jovens portugueses em idade escolar. In L. Sardinha, M. G. Matos & I. Loureiro (Eds.), *Promoção da saúde: Modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo* (pp. 217-240). Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M. G., Simões, C., Carvalhosa, S. F., Reis, C., & Canha, L. (2000). *A saúde dos adolescentes portugueses: Estudo nacional da rede europeia HBSC / OMS (1998)*: FMH/PEPT.
- Matos, M. G., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., Diniz, J. A., et al. (2006a). *A saúde dos adolescentes portugueses: Hoje em 8 anos*. Retirado 20-12-2006, from <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/191206/nacional.pdf>
- Matos, M.G., Simões, C., Carvalhosa, S., Reis, C., & Canha, L. (1998). *A saúde dos adolescentes portugueses*. Lisboa: FMH/PEPT.
- Mazo, G. (2003) *Actividade física e qualidade de vida de pessoas idosas*. Dissertação apresentada às provas de doutoramento no Ramo de Ciências do Desporto. Porto: FCDEF.
- Mazur, J., & Woynarowska, B. (2004). Indicators of social inequalities for school-age children health surveys. *Przegl Epidemiol*, 58(2), 377-390.
- McDougall, J., King, G., de Wit, D. J., Miller, L. T., Hong, S., Offord, D. R., et al. (2004). Chronic physical health conditions and disability among Canadian school-aged children: a national profile. *Disability and Rehabilitation*, 26(1), 35-45.
- McDougall, J., King, G., de Wit, D. J., Miller, L. T., Hong, S., Offord, D. R., et al. (2004). Chronic physical health conditions and disability among Canadian school-aged children: a national profile. *Disabil Rehabil*, 26(1), 35-45.

- MCDougall, J. & Miller, L. (2003) Measuring health condition and disability as distinct concept in national surveys of school aged children in Canada: a comprehensive review with ICD10 and ICF. *Disability and Rehabilitation*, 25(16) 922-939.
- Metts, R. (2000). *Disability Issues, Trends and Recommendations for the World Bank*, . Washington: World Bank.
- Msall, M. E., Avery, R. C., Tremont, M. R., Lima, J. C., Rogers, M. L., & Hogan, D. P. (2003). Functional Disability and School Activity Limitations in 41 300 School-Age Children: Relationship to Medical Impairments. *Pediatrics*, 111(3), 548-553.
- Murphy, N. (2005). Sexuality in children and adolescents with disabilities. *Dev Med Child Neurol*, 47(9), 640-644.
- Newacheck, P. W., & Halfon, N. (1998). Prevalence and impact of disabling chronic conditions in childhood. *American Journal of Public Health*, 88, 610 – 617.
- Newacheck, P., Stein, R., Bauman, L., and Hung, Y. (2003). Disparities in the prevalence of disability between black and white children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 157(3), 244–248.
- Nutbeam, D. (1998) Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13 (4), 349-363.
- Nutbeam, D. (1998). *Glossary of Health Promotion* (WHO Collaborating Centre for Health Promotion, Department of Public Health and Community Medicine, University of
- OAE (2005) *Observatório dos Apoios Educativos*. Ministério da Educação/Direcção Geral Inovação Desenvolvimento Curricular/Educação Especial e Apoio Sócio educativo. Disponível na WWW em http://www.dgicd.min-edu.pt/especial/areasintervencao_NEECP.asp
- Oliver, A. (2000). On health inequality. *J Public Health Med*, 22(4), 454-456.
- Oliver, M. (1996) *Understanding disability From Theory to Practice*. London: MacMillan.
- Oliver, N., Holloway, F., & Carson, J. (1995). Deconstructing quality of life. *Journal of Mental Health*. 4(1), 1-4.

- Olkin, R. (1999). *What psychotherapists should know about disability*. New York: Guilford Press.
- OMS. (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- ONU (1983) *Programa Mundial de Acção dirigido às Pessoas Deficientes das Nações Unidas*. Nova Iorque: ONU.
- ONU (1995) *Normas sobre Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiência*. Lisboa: SNR.
- Organização Mundial de Saúde. (1995). *Classificação internacional das deficiências, incapacidades e desvantagens*. (2nd ed.). Lisboa: SNR.
- Ottawa Charter for Health Promotion. (1986). First International Conference on Health Promotion. Retirado [www:http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf).
- PAIPDI (2006) Resolução do Conselho de Ministros nº 118 de 2006-PAIPDI-*Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidade*. Diário da República 1º série nº 183 de 21 de Setembro de 2006.
- Patrick, D. L. (1997). Rethinking prevention for people with disabilities, Part I: a conceptual model for promoting health. *American Journal of Health Promotion*, 11, 257-260.
- Patrick, D. L., Edwards, T. C., & Topolski, T. D.(2002) Adolescent quality of life, part II: Initial validation of a new instrument. *Journal of Adolescence*, 25, 287–300.
- Patrick, D. L., Richardson, M., Starks, H. E., Rose, M. A., & Kinne, S. (1997). Rethinking prevention for people with disabilities. Part II: A framework for designing interventions. *Am J Health Promot*, 11(4), 261-263.
- Perenboom, R. J., & Chorus, A. M. (2003). Measuring participation according to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disabil Rehabil*, 25(11-12), 577-587.

- Perry, J., & Felce, D. (1995). Objective assessments of quality of life: How much do they agree with each other? *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 5(1), 1-19.
- Pestana, P. & Gageiro, J. (1998) *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Petersen, C., Schmidt, S., Power, M., & Bullinger, M. (2005). Development and pilot-testing of a health-related quality of life chronic generic module for children and adolescents with chronic health conditions: a European perspective. *Qual Life Res*, 14(4), 1065-1077.
- Piteira, A. (2000). *Percepções de qualidade de vida de jovens com necessidades especiais*. Unpublished Mestrado, Universidade técnica de Lisboa, Lisboa.
- PNAI (2003) Resolução do Conselho de Ministros nº192 de 23 de Dezembro de 2003 *Plano Nacional de Acção para a Inclusão-2003-2005*. Diário da República Série B
- Pope, A. M. (1992). Preventing secondary conditions. *Mental Retardation*, 30, 347-354.
- Post, M. W., de Witte, L. P., & Schrijvers, A. J. (1999). Quality of life and the ICIDH: towards an integrated conceptual model for rehabilitation outcomes research [see comments]. *Clin Rehabil*, 13(1), 5-15.
- Poulton, R., Caspi, A., Milne, B. J., Thomson, W. M., Taylor, A., Sears, M. R., et al. (2002). Association between children's experience of socioeconomic disadvantage and adult health: a life-course study. *Lancet*, 360(9346), 1640-1645.
- Power, C., Matthews, S., & Manor, O. (1998). Inequalities in self-rated health: explanations from different stages of life. *Lancet*, 351(9108), 1009-1014.
- Powrie, E. (2003). Primary health care provision for adults with a learning disability. *J Adv Nurs*, 42(4), 413-423.
- Raeburn, J. & Rootman, I. (1996). Quality of life and health promotion. In R. Renwick, I. Brown & M. Nagler (Eds.), *Quality of life in health promotion and rehabilitation: Conceptual approaches, issues and applications*. (14-25) Thousand Oaks, CA: Sage

- Raphael, D. (1996). Eleven debates concerning its measurement. In R. B. Renwick, I.; Nagler, M (Ed.), *Quality of life in health promotion and rehabilitation: Conceptual approaches, issues and applications* (pp. 146-165). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Raphael, D., Brown, I., & Renwick, R. (1996a). Studying the lives of persons with developmental disabilities: Methodological lessons from the quality of life project. Toronto: Quality of Life Research Unit/Centre for Health Promotion.
- Raphael, D., Brown, I., Renwick, R., & Rootman, I. (1996). Quality of life :What are the implications for health promotion. *American Journal of Health Behaviour*, 21.
- Raphael, D., Brown, I., Renwick, R. & Rootman, I. (1996). Conceptualization, research, and application. Future directions. In R. B. Renwick, I.; Rootman, I.; Nagler, M. (Ed.), *Quality of life in health promotion and rehabilitation. Conceptual approaches, Issues, and applications* (pp. 357-367). Thousand Oaks: Sage.
- Raphael, D., Brown, I., Rukholm, E., & Hill-Bailey, P. (2000). Adolescent health: moving from prevention to promotion through a quality of life approach. *Canadian Journal of Public Health. Revue Canadienne de Sante Publique*, 87(2), 81-83.
- Raphael, D., Rukholm, E., Brown, I., Hill-Bailey, P., & Donato, E. (1996). The Quality Of Life Profile- Adolescent Version: Background, description, and initial validation. *Journal of Adolescent Health*, 19, 366-375.
- Rapley, M. R., J. (1998). *Quality of life research projects: The center for health promotion*. Retirado da www em 12/5/2004 <http://www.utoronto.-ca/qol/projects.html>
- Raty, L. K., Wilde Larsson, B. M., & Soderfeldt, B. A. (2003). Health-related quality of life in youth: a comparison between adolescents and young adults with uncomplicated epilepsy and healthy controls. *J Adolesc Health*, 33(4), 252-258.
- Ravens-Sieberer, U., Gortler, E., & Bullinger, M. (2000). Subjective health and health behavior of children and adolescents--a survey of Hamburg students within the scope of school medical examination. *Gesundheitswesen*, 62(3), 148-155.

- Ravesloot, C., Seekins, T., & Young, Q.-R. (1998). Health promotion for people with chronic illness and physical disabilities: the connection between health psychology and disability prevention. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 5(2), 76.
- Renwick, R., & Friefeld, S. (1996). Quality of life and rehabilitation. In R. B. Renwick, I.; Nagler, M. (Ed.), *Quality of life in Health promotion and rehabilitation: Conceptual approaches, issues and applications* (pp. 26-38). Thousand Oaks, MA: Sage.
- Renwick, R., Fudge Schormans, A., & Zekovic, B. (2003). Quality of life for children with developmental disabilities: A new conceptual framework. *Journal on Developmental Disabilities*, 10 (1), 107-114.
- Ribeiro, J. L. P. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, XII(2-3), 179-191.
- Ribeiro, L. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: ISPA.
- Rimmer, J. H. (1999). Health promotion for people with disabilities: the emerging paradigm shift from disability prevention to prevention of secondary conditions. *Phys Ther*, 79(5), 495-502.
- Rimmer, J. H. (1999). Health promotion for people with disabilities: the emerging paradigm shift from disability prevention to prevention of secondary conditions. *Phys Ther*, 79(5), 495-502.
- Rimmer, J. H. (1999). Health promotion for people with disabilities: the emerging paradigm shift from disability prevention to prevention of secondary conditions. *Phys Ther*, 79(5), 495-502.
- Rimmer, J. H. (1999). Health promotion for people with disabilities: the emerging paradigm shift from disability prevention to prevention of secondary conditions. *Phys Ther*, 79(5), 495-502.
- Rimmer, J. H., & Braddock, D. (2002). Health promotion for people with physical, cognitive and sensory disabilities: an emerging national priority. *Am J Health Promot*, 16(4), 220-224, ii.

- Rimmer, J. H., & Braddock, D. (2002). Health promotion for people with physical, cognitive and sensory disabilities: an emerging national priority. *Am J Health Promot*, 16(4), 220-224.
- Rioux, M.H. (1996). Overcoming the social construction of inequality. In R. Renwick, I. Brown, M. Nagler (Ed.), *Quality of life in health promotion and rehabilitation: Conceptual approaches, issues and applications*. (119-131) Thousand Oaks, CA: Sage.
- Rodrigues, F. (2006) *Plano Nacional para a Inclusão 2006-2008-PNAI*. Lisboa: Ministério do Trabalho e Solidariedade Social.
- Rutter, M., Dunn, J., Plomin, R., Simonoff, E., Pickles, A., Maughan, B., Ormel, J., Meyer, J., & Eaves, L. (1997). Integrating nature and nurture: Implications of person-environment correlations and interactions for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 9(2), 335–364.
- Santana, P. (2002). Poverty, social exclusion and health in Portugal. *Soc Sci Med*, 55(1), 33-45.
- Saracci, R. (1997) The world health organization needs to reconsider its definition of health. *British medical journal*, 314, 1409-1410
- Scarinci, I. C., Robinson, L. A., Alfano, C. M., Zbikowski, S. M., & Klesges, R. C. (2002). The relationship between socioeconomic status, ethnicity, and cigarette smoking in urban adolescents. *Prev Med*, 34(2), 171-178.
- Schalock, R. L. (1990a). Attempts to conceptualize and measure quality of life In R. L. Schalock (Ed.), *Quality of life: Perspectives and Issues*. pp. 141-148. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Schalock, R. L. (1990b). Where do we go from here? In M. J. B. Robert L. Schalock (Ed.), *Quality of life: Perspectives and issues*. (pp. 235-240): American Association on Mental Retardation, Washington, DC, US.
- Schalock, R. L. (1996). *Quality of life Conceptualization and Measurement* (Vol. I). Washington: American Association on Mental Retardation.

- Schalock, R. L. (2001). *Conducta adaptativa, competencia personal y calidad de vida*. Paper presented at the IV Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad: Apoyos, autodeterminación y calidad de vida, Salamanca.
- Schalock, R. L. (Ed.) (1996b). *Quality of life Vol1: Conceptualization Measurement and use*. Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation.
- Schalock, R. L., & Begab, M. J. (Eds.). (1990). *Quality of life: Perspectives and issues*. Washington, DC, US: American Association on Mental Retardation.
- Schalock, R.L. Ed.(1997) *Aplication to persons with disabilities*. Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation.
- Schoon, I., Sacker, A., & Bartley, M. (2003). *Socio-economic adversity and psychosocial adjustment: a developmental-contextual perspective*. *Soc Sci Med*, 57(6), 1001-1015.
- Schultz, A. W., & Liptak, G. S. (1998). Helping adolescents who have disabilities negotiate transitions to adulthood. *Issues Compr Pediatr Nurs*, 21(4), 187-201.
- Seelman (Eds.) (2001) *Handbook of disability studies*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Segre, M., & Ferraz, F. C. (1997). [The concept of health]. *Rev Saude Publica*, 31(5), 538-542.
- Segre, M., & Ferraz, F. C. (1997). The concept of health. *Rev Saude Publica*, 31(5), 538-542.
- Seligman, E.P. (2002) *Authentic Happiness*. New York: Free Press.
- Seligman, M. E. P., Reivich, K., Jaycox, L., & Gillham, J. (1995). *The optimistic child*. Sydney: Random House Australia.
- Sergeant, J. (1997). Health promotion for people with disabilities: contradiction or priority? *Kans Nurse*, 72(4), 1-2.
- Shah, C.P., Kaham, M., and Krauser, J. (1987). The health of children of low-income families. *Canadian Medical Association Journal*, 137, 485-490.
- Shapiro, E. R. (2002). Chronic illness as a family process: a social-developmental approach to promoting resilience. *J Clin Psychol*, 58(11), 1375-1384.

- Shemesh, E., Bartell, A., & Newcorn, J. H. (2002). Assessment and treatment of depression in medically ill children. *Current Psychiatry Reports*, 4, 88–92.
- Siegrist, J., & Marmot, M. (2004). Health inequalities and the psychosocial environment—two scientific challenges. *Soc Sci Med*, 58(8), 1463-1473.
- Silver, E.J., Stein, R.E.K., and Dadds, M.R. (1996). Moderating effects of family structure on the relationship between physical and mental health in urban children with chronic illness. *Journal of Pediatric Psychology*, 21, 43–56.
- Simeonsson, R. J., Carlson, D., Huntington, G. S., McMillen, J. S., & Brent, J. L. (2001). Students with disabilities: a national survey of participation in school activities. *Disabil Rehabil*, 23(2), 49-63.
- Simeonsson, R. J., McMillen, J. S., & Huntington, G. S. (2002). Secondary conditions in children with disabilities: spina bifida as a case example. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*, 8(3), 198-205.
- Simeonsson, R.J., Leonardi, M., Bjorck-Akesson, E., Hollenweger, J., Lollar, D.J., and Matinuzzi, A. (2003). Measurement of disability in children and youth: Implications of the ICF. *Disability and Rehabilitation*, 25(11–12), 602–610.
- Simeonsson, R.J., Lollar, D.J., Hollowell, J. & Adams, M. (2000) Revision of the International Classification of Impairments , Disabilities and HAndicaps: developmental issues. *Journal of Clinical epidemiology*, 53, 113-124.
- Smeltzer, S. C., Zimmerman, V., Frain, M., DeSilets, L., & Duffin, J. (2004). Accessible online health promotion information for persons with disabilities. *Online J Issues Nurs*, 9(1), 11.
- Smith, R. D. (2000). Promoting the health of people with physical disabilities: a discussion of the financing and organization of public health services in Australia. *Health Promot. Internation.*, 15(1), 79-86.
- Simões, C., Matos, M. G., Tomé, G., Ferreira, M., Gaspar, T., Camacho, I., Lebre, P. Sousa, A., & Diniz, J. A. (no prelo). Resiliência e Risco em Adolescentes com Necessidades Educativas Especiais: Da Investigação à Intervenção Preventiva Selectiva. In M. R. L.

- Xavier (ed.) *Risco e Resiliência na Infância e Adolescência*. Porto: Universidade Católica do Porto.
- SNR (1989) *Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (handicaps)*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação, Ministério do Emprego e da Segurança Social.
- SNR (1996). *Inquérito Nacional às Incapacidades, deficiências e desvantagens*. Lisboa: SNR.
- Sprinthall, N. & Collins, A. (2003) *Psicologia do adolescente. Uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Starfield, B., and Shi, L. (1999). Determinants of health: Testing of a conceptual model. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896, 344–346.
- Starfield, B., Bergner, M., Ensminger, M., Riley, A., Ryan, S., Green, B., McGauhey, P., Skinner, A., and Kim, S. (1993). Adolescent health status measurement: Development of the Child Health and Illness Profile. *Pediatrics*, 91(2), 430–435.
- Steele, C. A., Kalnins, I. V., Rossen, B. E., Biggar, D. W., Bortolussi, J. A., & Jutai, J. W. (2004). Age-related health risk behaviors of adolescents with physical disabilities. *Soz Praventivmed*, 49(2), 132-141.
- Steele, C. A., Kalnins, I. V., Rossen, B. E., Biggar, D. W., Bortolussi, J. A., & Jutai, J. W. (2004). Age-related health risk behaviors of adolescents with physical disabilities. *Soz Praventivmed*, 49(2), 132-141.
- Steinberg, L. (1999). *Adolescence (5th edition)*. New York: McGraw-Hill.
- Stevens, S. E., Steele, C. A., Jutai, J. W., Kalnins, I. V., Bortolussi, J. A., & Biggar, W. D. (1996). Adolescents with physical disabilities: some psychosocial aspects of health. *J Adolesc Health*, 19(2), 157-164.
- Stevens, S. E., Steele, C. A., Jutai, J. W., Kalnins, I. V., Bortolussi, J. A., & Biggar, W. D. (1996). Adolescents with physical disabilities: some psychosocial aspects of health. *J Adolesc Health*, 19(2), 157-164.

- Stewart, D. A., Law, M. C., Rosenbaum, P., & Willms, D. G. (2001). A qualitative study of the transition to adulthood for youth with physical disabilities. *Phys Occup Ther Pediatr*, 21(4), 3-21.
- Stucki, G.; (2002) Linking Health-status measurements to the international classification of international classification of functioning, disability and health. *J Rehabil Med*. 34: 205-10.
- Stuifbergen, A. K. (2006). Building health promotion interventions for persons with chronic disabling conditions. *Fam Community Health*, 29(1 Suppl), 28S-34S.
- Stuifbergen, A. K., & Becker, H. A. (1994). Predictors of health-promoting lifestyles in persons with disabilities. *Research in Nursing & Health*, 17, 3-13.
- Stuifbergen, A. K., & Becker, H. A. (1994). Predictors of health-promoting lifestyles in persons with disabilities. *Res Nurs Health*, 17(1), 3-13.
- Stuifbergen, A. K., & Rogers, S. (1997). Health promotion: An essential component of rehabilitation for persons with chronic disabling conditions. *Advances in Nursing Science*, 19(4), 1-20.
- Stuifbergen, A. K., Seraphine, A., & Roberts, G. (2000). An explanatory model of health promotion and quality of life in chronic disabling conditions. *Nursing Research*, 49(3), 122-129.
- Susser, M. (1990). Disease, illness, sickness; impairment, disability and handicap [editorial]. *Psychol Med*, 20(3), 471-3.
- Swanson, G., Carrothers, L., & Mulhorn, K. A. (2003). Comparing disability survey questions in five countries: a study using ICF to guide comparisons. *Disabil Rehabil*, 25(11-12), 665-675.
- Szilagyi, P. G., & Schor, E. L. (1998). The health of children. *Health Serv Res*, 33(4 Pt 2), 1001-1039.
- Tannahill, A. (1985). What is health promotion? *Health Educ J*, 44(4), 167-168.

- Tate, D. G., Riley, B. B., Perna, R., & Roller, S. (1997). Quality of life issues among women with physical disabilities or breast cancer. *Arch Phys Med Rehabil*, 78(12 Suppl 5), S18-25.
- Torsheim, T., Currie, C., Boyce, W., Kalnins, I., Overpeck, M., & Haugland, S. (2004). Material deprivation and self-rated health: a multilevel study of adolescents from 22 European and North American countries. *Soc Sci Med*, 59(1), 1-12.
- Townsend, P. (1987). Deprivation. . *J Soc Policy*, 16, 125-146.
- Traci, M. A., Seekins, T., Szalda-Petree, A., & Ravesloot, C. (2002). Assessing secondary conditions among adults with developmental disabilities: a preliminary study. *Ment Retard*, 40(2), 119-131.
- Tulsky, D. S., & Rosenthal, M. (2003). Measurement of quality of life in rehabilitation medicine: emerging issues. *Arch Phys Med Rehabil*, 84(4 Suppl 2), S1-2.
- UNICEF (1999) An overview of young people living with disabilities: Their needs and their rights. New York: UNICEF
- UNICEF (2002) It is our world too! A Report on the Lives of Disabled Children. London: Disability awareness in action.
- United Nations (1982) Current situation. In *World Programme of Action Concerning Disabled Persons*. United Nations Enabled. Retirado WWW 2/3/2005 <http://www.un.org/esa/socdev/enable/diswpa00.htm>
- United Nations (1999). The UN and persons with disabilities. Division for social policy and development .
- United Nations (2003) *The UN and Persons with Disabilities: United Nations Commitment to Advancement of the Status of Persons with Disabilities*.Retirado da WWW a 5/6/2004 <http://www.un.org/esa/socdev/enable/disun.htm#First%20Steps>
- Ustun, B., Rehm, J., & Chatterji, S. (2002). Are disability weights universal? Ranking of the disabling effects of different health conditions in 14 countries by different informants. In C.J.L. Murray, J.A. Salomon, C.D. Mathers, and A.D. Lopez (Eds.), *Summary measures of population health*. Geneva: World Health Organization.

- Ustun, T. B., Chatterji, S., Bickenbach, J., Kostanjsek, N., & Schneider, M. (2003). The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. *Disabil Rehabil*, 25(11-12), 565-571.
- Ustun, T. B., Cooper, J. E., Van Duuren-Kristen, S., Kennedy, C., Hendershot, G., & Sartorius, N. (1995). Revision of the ICIDH: mental health aspects. WHO/MNH Disability Working Group. *Disabil Rehabil*, 17(3-4), 202-9.
- van den Akker, M., Buntinx, F., Metsemakers, J.F., Roos, S., and Knottnerus, J.A. (1998). Multimorbidity in general practice: Prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(5), 367-375.
- van Dyck, P.C., McPherson, M., Strickland, B.B., Nessler, K., Blumberg, S.J., Cynamon, M.L., Newacheck, P.W. (2002). The national survey of children with special health care needs. *Ambulatory Pediatrics*, 2(1), 29-37.
- Veenhoven, R. (2003) *Arts of living. Journal of Happiness Studies*. (4) 373-384
- Ventegodt, S., Henneberg, E., Merrick, J., & Lindholt, J. (2003). Validation of Two Global and Generic Quality of Life Questionnaires for Population Screening: SCREENQOL and SEQOL. *ScientificWorldJournal*, 3(5), 412-421.
- Verdugo, M. A., & Schalock, R. L. (2002). *El concepto de calidad de vida en los servicios humanos*. Actas Conferência Apoyos autodeterminación y calidad de vida, Salamanca.
- Vereecken, C. A., Maes, L., & De Bacquer, D. (2004). The influence of parental occupation and the pupils' educational level on lifestyle behaviors among adolescents in Belgium. *J Adolesc Health*, 34(4), 330-338.
- Vreeke, G. J., Janssen, C. G., Resnick, S., & Stolk, J. (1997). The quality of life of people with mental retardation: in search of an adequate approach. *Int J Rehabil Res*, 20(3), 289-301.
- Wagstaff, A., and van Doorslaer, E. (2000). Income inequality and health: What does the literature tell us? *Annual Review of Public Health*, 21, 543-567.

- Wallander, J. L., Schmitt, M., & Koot, H. M. (2001). Quality of life measurement in children and adolescents: issues, instruments, and applications. *J Clin Psychol*, 57(4), 571-585.
- Wallander, J.L., Schmitt, M., & Koot, H.M. (2001). Quality of life measurement in children and adolescents: Issues, instruments, and applications. *Journal of Clinical Psychology*, 57 (4), 571-585.
- Wallerstein, N. (2002). Empowerment to reduce health disparities. *Scand J Public Health, Suppl 59*, 72-77.
- Ward.N. (1990). Reflections on my quality of life: Then and now. In R. Schalock (Ed.), *Quality of life : Perspectives and Issues* (pp. 9-16). Washington DC: American Association on Mental Retardation.
- Wardle, J., Robb, K., & Johnson, F. (2002). Assessing socioeconomic status in adolescents: the validity of a home affluence scale. *J Epidemiol Community Health*, 56(8), 595-599.
- Weisner, T.S. & Wang (2004). Ecocultural understandings of children's development pathways. *Human Development*, 45, 275-281.
- Westbom, L. (1992). Well-being of children with chronic illness. A population-based study in a Swedish primary care district. *Acta Paediatr*, 81(8), 625-629.
- Westman, M., & Frisk, M. (1999). [The child with special needs in school--often with delayed physical development and socially disadvantaged]. *Lakartidningen*, 96(43), 4697-4702.
- WHO (1980) *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (1986). Young people's health - A challenge for society: Report of a WHO study group on young people and "Health for all by the year 2000". Geneva: WHO.
- WHO (1993). The health of young people: A challenge and a promise. Geneva: WHO.
- WHO (2001) *The WHO Family of International Classifications*. Disponible WWW <http://www.who.int/classifications/en>.

- WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneve: World Health Organization.
- WHO. (1986). *Young people's health: A challenge for society. Report of a WHO study group on young people and "Health for all by the year 2000"*. Geneve: World Health Organization.
- WHO. (1993a). *The health of young people: A challenge and a promise*. Geneve: World Health Organization.
- WHO. (1993b). *Young people's health a challenge for society: Report of a WHO study group on young people and Health for all by the year 2000*. Geneve: WHO.
- WHO. (1996). *Equity in health and health care*. Geneve: WHO.
- WHO. (1999a). *ICIDH-2: International Classification of Functioning and Disability. Beta-2 draft, Short Version*. Geneva: WHO.
- WHO. (2002). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: WHO.
- WHO. (2002a). The WHO European Report confirms links between socioeconomic development and health. *Euro Surveill*, 7(10), 143-144.
- WHO/DAR (2006) Disability and Rehabilitation Team. Retirado WWW 8/8/2006 <http://www.who.int/nmh/a5817/en/>
- WHO/QOL.(1999).The Whoq1100 and the Whoqol-bref.Available: [http : // www . Who . int / msa / mnh / mnq / ql . htm](http://www.who.int/msa/mnh/mnq/ql.htm).
- WHO/SHIA. (2002). *Community-Based Rehabilitation as we have experienced it voices of persons with disabilities*. Geneva:WHO.
- WHOQOL Group. (1994). The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL). In J. Orley & W. Kuyken (Eds.), *Quality of life assessment: International perspectives*. Berlin: Springer-Verlag.
- WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41, 1403–1409.

- Wilber, N., Mitra, M., Walker, D. K., Allen, D., Meyers, A. R., & Tupper, P. (2002). Disability as a public health issue: findings and reflections from the Massachusetts survey of secondary conditions. *Milbank Q*, 80(2), 393-421.
- Wilhite, B. (1999). Optimizing lifelong Health and Well-being: A Health enhancing model of therapeutic recreation. *Therapeutic Recreation Journal*, 33(2), 98-108.
- Wind, W. M., Schwend, R. M., & Larson, J. (2004). Sports for the physically challenged child. *J Am Acad Orthop Surg*, 12(2), 126-137.
- Wood-Dauphinee, S., Exner, G., Bostanci, B., Glass, C., Jochheim, K. A., Kluger, P., et al. (2002). Quality of life in patients with spinal cord injury--basic issues, assessment, and recommendations. *Restor Neurol Neurosci*, 20(3-4), 135-149.
- Woodill, G., Renwick, R., R.; Brown, I.; Raphael, D. (1994). Being, Belonging and Becoming: an approach to the quality of life of persons with disabilities. In D. Goode (Ed.), *Quality of life for persons with disabilities: International Issues and Perspectives*. Boston: Brookline Press.
- Wright, B. (1983). *Physical Disability A Psychosocial Approach* (2nd ed.). New York: Harper Collins.
- Wyller, T. (1997). Disability Models in Geriatrics: Comprehensive Rather Than Competing Models Should Be Promoted., *Disability and Rehabilitation* 19, 480-495.
- Yeo, R. (2001). *Chronic Poverty and Disability* (Background Paper Number 4): Chronic Poverty Research Centre
- Young, K. (1998). Population health: Concepts and methods. In Chapter 2: *Measuring health and disease in populations - section on demographic and health transition* (41-44). Oxford: Oxford University Press.
- Zajicek-Farber, M. L. (1998). Promoting good health in adolescents with disabilities. *Health Soc Work*, 23(3), 203-213.
- Zekovic, B. & Renwick, R. (2003). Quality of life for children and adolescents with developmental disabilities: Review of conceptual and methodological issues relevant to public policy. *Disability and Society*, 18 (1), 19-34.

ANEXOS

ANEXO 1 – QUADROS DA ANÁLISE UNIVARIADA E BIVARIADA DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO-AMOSTRA 1 E 2

Lista de Quadros do Anexo 1

Anexo 1-Quadro 1 – Distribuição e Percentagem para a amostra 1, 2 - informação demográfica – região, género, ano de escolaridade, grupo etário e média de idades.	335 -
Anexo 1-Quadro 2 – Distribuição e Percentagens para a amostra 1, 2 - grupo de identificação, nacionalidade.....	335 -
Anexo 1-Quadro 3 - Distribuição e Percentagens para a amostra 1, 2 – nível financeiro da família, emprego, estatuto social e nível de instrução dos pais.....	336 -
Anexo 1-Quadro 4 – Distribuição e Percentagens para a amostra 1, 2 – afluência familiar.....	337 -
Anexo 1-Quadro 5 – Distribuição e Percentagens para a amostra 1, 2 - saúde, felicidade, satisfação com a vida na última semana e satisfação com a vida.	337 -
Anexo 1-Quadro 6 – Distribuição e Percentagens para a amostra 1, 2 – Ajustamento psicossocial – Sintomas.....	338 -
Anexo 1-Quadro 7 – Distribuição e Percentagens para a amostra 1, 2 – experiência/suporte escola.....	340 -
Anexo 1-Quadro 8 – Distribuição e Percentagens para a amostra 1, 2 – competências sociais	340 -
Anexo 1-Quadro 9 – Distribuição e Percentagens para a amostra 1, 2 - relações sociais com a família e com os pares... -	341 -
Anexo 1-Quadro 10 – Distribuição e Percentagens para a amostra 1, 2 e total - Actividade física.....	342 -
Anexo 1-Quadro 11 - Distribuição e Percentagens para a amostra 1, 2 e total -Tempos livres.....	342 -
Anexo 1-Quadro 12 - Distribuição e Percentagens para a amostra 1, 2 e total - Comportamentos de risco (uso de substâncias, tabaco, álcool, drogas, actividade sexual, violência, provocação).....	343 -
Anexo 1-Quadro 13 – Percentagens por grupos com e sem problemas de saúde/deficiência – género, grupo etário, ano de escolaridade e região (amostra 1)	344 -
Anexo 1-Quadro 14 – Média de idades por grupos com e sem problema de saúde/deficiência (amostra 1).....	344 -
Anexo 1-Quadro 15 – Percentagens por grupos com e sem problemas de saúde/deficiência – grupo de identificação, nacionalidade (amostra 1)	344 -

Anexo 1-Quadro 16 – Percentagens por grupos com e sem problemas de saúde/deficiência – nível financeiro da família, emprego, estatuto social e nível de instrução dos pais (amostra 1)	345 -
Anexo 1-Quadro 17 – Percentagens por grupos com e sem problemas de saúde/deficiência – itens que compõem a escala de afluência familiar e somatório FAS (amostra 1).....	345 -
Anexo 1-Quadro 18 – Percentagens por grupos com e sem problemas de saúde/deficiência – Saúde Positiva - saúde, felicidade, satisfação geral com a vida (amostra 1).....	346 -
Anexo 1-Quadro 19 – Diferença das médias da Satisfação de Vida em função dos grupos com e sem problema de saúde, doença crónica, deficiência motora, deficiência sensorial e outra situação (amostra 1).....	347 -
Anexo 1-Quadro 20– Ajustamento psicossocial - Sintomas (amostra 1).....	347 -
Anexo 1-Quadro 21 – Percentagens por grupos com e sem problemas de saúde/deficiência – Experiência Escola (amostra 1)..	349 -
Anexo 1-Quadro 22 – Percentagens por grupos com e sem problemas de saúde/deficiência – Competências sociais (amostra 1).....	350 -
Anexo 1-Quadro 23 – Percentagens por grupos com e sem problemas de saúde/deficiência – Relações sociais família e pares (amostra 1)	351 -
Anexo 1-Quadro 24 – Percentagens por grupos com e sem problemas de saúde/deficiência – Actividade física Semana normal dias prática de actividade física por semana (amostra 1).....	352 -
Anexo 1-Quadro 25 – Percentagens por grupos com e sem problemas de saúde/deficiência –Prática desportiva (amostra 1)....	352 -
Anexo 1-Quadro 26 – Percentagens por grupos com e sem problemas de saúde/deficiência – Ocupação tempos livres (amostra 1)	353 -
Anexo 1-Quadro 27 – Percentagens por grupos com e sem doença crónica – Ocupação tempos livres (amostra 1)	354 -
Anexo 1-Quadro 28 – Percentagens por grupos com e sem deficiência motora – Ocupação tempos livres (amostra 1) ..	356 -
Anexo 1-Quadro 29 – Percentagens por grupos com e sem deficiência sensorial – Ocupação tempos livres (amostra 1) -	357 -
Anexo 1-Quadro 30 – Percentagens por grupos com e sem outra situação – Ocupação tempos livres (amostra 1).....	358 -
Anexo 1-Quadro 31 – Percentagens por grupos com e sem problemas de saúde/deficiência – Comportamentos risco (amostra 1).....	359 -
Anexo 1-Quadro 32 – Percentagens por grupos com e sem problemas de saúde/deficiência – Género, grupo etário, ano de escolaridade (amostra 2).....	361 -
Anexo 1-Quadro 33 – Percentagens por grupos com e sem problemas de saúde/deficiência – Grupo de identificação, nacionalidade (amostra 2)	361 -
Anexo 1-Quadro 34 – Percentagens por grupos com e sem problemas de saúde/deficiência – Nível financeiro da família, emprego, estatuto social e nível de instrução dos pais (amostra 2)	361 -

Anexo 1-Quadro 35 – Percentagens por grupos com e sem problemas de saúde/deficiência – Itens que compõem a Escala de afluência familiar e níveis de afluência familiar (amostra 2).....	362 -
Anexo 1-Quadro 36 – Percentagens por grupos com e sem problemas de saúde/deficiência – Saúde Positiva (amostra 2).....	363 -
Anexo 1-Quadro 37 – Comparação dos valores médios na Satisfação vida - Resultados Teste T-Student (amostra 2)....	364 -
Anexo 1-Quadro 38 – Percentagens por grupos com e sem problemas de saúde/deficiência – Ajustamento psicossocial - Sintomas (amostra 2).....	364 -
Anexo 1-Quadro 39 – Relações suporte na escola.....	366 -
Anexo 1-Quadro 40 – Percentagens por grupos com e sem problemas de saúde/deficiência – Competências sociais	367 -
Anexo 1-Quadro 41–Percentagens por grupos com e sem problemas de saúde/deficiência–Relações sociais /pares(amostra2).	368 -
Anexo 1-Quadro 42 – Percentagens por grupos com e sem problemas de saúde/deficiência – Actividade física Semana (amostra 2)	369 -
Anexo 1-Quadro 43 – Percentagens por grupos com e sem problemas de saúde/deficiência – Actividades desportivas semana (amostra 2)	370 -
Anexo 1-Quadro 44 – Percentagens por grupos com e sem problema de saúde/deficiência – Ocupação dos tempos livres (amostra 2)	371 -
Anexo 1-Quadro 45 – Percentagens por grupos com e sem doença crónica – Ocupação dos tempos livres (amostra 2)..	372 -
Anexo 1-Quadro 46 – Percentagens por grupos com e sem deficiência motora – Ocupação dos tempos livres (amostra 2).....	373 -
Anexo 1-Quadro 47 – Percentagens por grupos com e sem deficiência sensorial – Ocupação dos tempos livres (amostra 2)....	374 -
Anexo 1-Quadro 48 – Percentagens por grupos com e sem outra situação – Ocupação dos tempos livres (amostra 2) ...	375 -
Anexo 1-Quadro 49 – Percentagens por grupos com e sem problemas de saúde/deficiência – Comportamentos de Risco (amostra 2)	377 -
Anexo 1-Quadro 50 – Percentagens por grupos com e sem NEE e participação afectada - Grupo de identificação, nacionalidade (amostra 2)	378 -
Anexo 1-Quadro 51 – Percentagens por grupos com e sem NEE e participação afectada - nível financeiro da família, emprego, estatuto social e nível de instrução dos pais (amostra 2)	378 -
Anexo 1-Quadro 52 – Percentagens por grupos com e sem NEE e participação afectada – itens da escala de afluência familiar e somatório FAS (amostra 2)	379 -
Anexo 1-Quadro 53 – Percentagens por grupos com e sem NEE e participação afectada – Saúde Positiva (amostra 2)..	380 -
Anexo 1-Quadro 54 – Percentagens por grupos com e sem NEE e participação afectada – Ajustamento psicossocial – Sintomas (amostra2).....	381 -

Anexo 1-Quadro 55 – Percentagens por grupos com e sem NEE e participação afectada – Experiência Escola (amostra 2).....	
.....	- 382 -
Anexo 1-Quadro 56 – Percentagens por grupos com e sem NEE e participação afectada – Competências sociais (amostra 2)..	
.....	- 383 -
Anexo 1-Quadro 57 – Percentagens por grupos com e sem NEE e participação afectada – Relações sociais /pares (amostra 2).....	
.....	- 384 -
Anexo 1-Quadro 58 – Percentagens por grupos com e sem NEE e participação afectada – Actividade física Semana (amostra 2)	
.....	- 385 -
Anexo 1-Quadro 59 – Percentagens por grupos com e sem NEE e participação afectada – Actividades desportivas semana (amostra 2)	
.....	- 385 -
Anexo 1-Quadro 60 – Percentagens por grupos com e sem NEE – Ocupação dos tempos livres (amostra 2).....	- 386 -
Anexo 1-Quadro 61 – Percentagens por grupos com e sem participação afectada – Ocupação dos tempos livres (amostra 2).....	
.....	- 387 -
Anexo 1-Quadro 62 – Percentagens por grupos com e sem restrições à participação– Ocupação dos tempos livres (amostra 2)	
.....	- 388 -
Anexo 1-Quadro 63 – Percentagens por grupos com e sem NEE – Comportamentos de Risco (amostra 2)	- 390 -

QUADROS ESTUDO UNIVARIADO - AMOSTRA 1,2

Anexo 1-Quadro 1 – Distribuição e Percentagem para a amostra 1, 2 - informação demográfica – região, género, ano de escolaridade, grupo etário e média de idades.

	Amostra 1		Amostra 2	
	N	%	N	%
Região	6131		282	
Norte	2633	42.9	-	-
Lx e Vale Tejo	1884	30.7	282	100
Centro	1087	17.7	-	-
Alentejo	249	4.1	-	-
Algarve	278	4.5	-	-
Género				
Rapaz	3006	49.0	173	61.3
Rapariga	3125	51.0	109	38.7
Ano de Escolaridade				
6º	2369	38.6	57	20.2
8º	2181	35.6	160	56.7
10º	1581	25.8	65	23.0
Grupo Etário				
11	1168	19.1	2	.7
13	2082	34.0	27	9.9
15	1827	29.8	126	46.2
+ 16	1054	17.2	118	43.2
Média de idades				
Média	14.00	-	15.42	-
Desvio Padrão	1.852	-	1.864	-

Anexo 1-Quadro 2 – Distribuição e Percentagens para a amostra 1, 2 - grupo de identificação, nacionalidade.

	Amostra 1		Amostra 2	
	N	%	N	%
Grupo de identificação¹				
Branco	5459	92.4	245	86.9
Outra	447	7.6	37	13.1
Nacionalidade²				
Portuguesa	5499	93.5	260	92.2
Outra	382	6.5	22	7.8
Nacionalidade Pai²				
Portuguesa	5522	92.0	238	84.4
Outra	479	8.0	44	15.6
Nacionalidade Mãe²				
Portuguesa	5290	91.1	237	84.0
Outra	519	8.9	45	16.0

Leg.

¹ Variável recodificada: Branco; Negro; Cigano; Indiano; Asiático; Mestiço; Outro para Branco; Outra.

² Variável recodificada: Portuguesa; Angolana/Caboverdiana/ Guineense/SãoTomense; Brasileira; Outra para Portuguesa; Outra.

Anexo 1-Quadro 3 - Distribuição e Percentagens para a amostra 1, 2 – nível financeiro da família, emprego, estatuto social e nível de instrução dos pais

	Amostra 1		Amostra 2	
	N	%	N	%
Nível financeiro da família³	6131		282	
Mau/ não muito bom	498	8.0	43	15.0
Médio	2380	39.0	137	48.0
Bom/ muito bom	3213	52.0	102	36.0
Pai tem emprego	5557		279	
Sim	5203	93.6	233	83.5
Não	354	6.4	46	16.5
Mãe tem emprego	5756		281	
Sim	4211	73.2	219	77.9
Não	1545	26.8	62	22.1
Estatuto social – profissão pai⁴	6131		282	
Não classificável	996	16.2	53	18.8
1 Elevado	418	6.8	31	11.0
2	555	9.1	19	6.7
3	995	16.2	64	22.7
4	2600	42.4	78	27.7
5 Baixo	567	9.2	37	13.1
Estatuto social – profissão mãe⁴	6131		282	
Não classificável	2027	33.1	57	20.2
1 (Elevado)	470	7.7	31	11.0
2	326	5.3	14	5.0
3	743	12.1	52	18.4
4	1387	22.6	84	29.8
5 (Baixo)	1178	19.2	44	15.6
Nível instrução pai	5892		278	
Nunca estudou	130	2.2	15	5.4
1º ciclo	2619	44.5	92	33.1
2º/3º ciclo	1654	28.1	85	30.6
Secundário	815	13.8	46	16.5
Curso superior	674	11.4	40	14.4
Nível instrução mãe	5958		278	
Nunca estudou	146	2.5	11	4.0
1º ciclo	2587	43.4	84	30.2
2º/3º ciclo	1708	28.7	94	33.8
Secundário	824	13.8	48	17.3
Curso superior	693	11.6	41	14.7

Leg.

³ Variável recodificada: Mau; Não muito bom; Médio; Bom; Muito Bom para Mau/Não muito bom; Médio; Bom/Muito bom.

⁴ Para estimar o estatuto social dos pais, as respostas dadas pelos jovens foram classificadas de acordo com a Escala de Graffard, tendo como base as profissões reportadas e respectiva codificação em cinco categorias (Matos et al, 2003).

Anexo 1-Quadro 4 – Distribuição e Percentagens para a amostra 1, 2 – afluência familiar

	Amostra 1		Amostra 2	
	N	%	N	%
Transporte próprio na família (carro)	6098		282	
Não	482	7.9	43	15.2
Sim um	2609	42.8	124	44.0
Sim dois ou mais	3007	49.3	115	40.8
Quarto próprio	6050		282	
Não	1709	28.2	83	29.4
Sim	4341	71.8	199	70.6
Viagens de férias com a família	6055		282	
Nenhuma	1353	22.3	68	24.1
Uma	1514	25.0	74	26.2
Duas vezes	1265	20.9	57	20.2
Mais de duas vezes	1923	31.8	83	29.4
Computador	6054		282	
Nenhum	2204	36.4	64	22.7
Um	2956	48.8	151	53.5
Dois	659	10.9	52	18.4
Mais de dois	235	3.9	15	5.3
Afluência familiar (somatório) FAS⁵	5934		282	
Média	4.21	-	4.23	-
Desvio padrão	1.6	-	1.7	-
Afluência familiar (níveis) FAS⁵	5662		282	
Baixo	1593	28.1	95	33.7
Médio	2677	47.3	108	38.3
Alto	1392	24.6	79	28.0

Leg.

⁵ O nível de Afluência Familiar foi calculado de acordo com os procedimentos referidos no relatório de 2001/2 do HBSC (Holstein et al, 2004). A codificação específica dos 4 itens foi realizada com os itens Possuir Carro, Ter quarto, Ter computador, Passar férias com a seguinte codificação: Carro:nenhum = 0, um =1, dois ou mais = 2; Quarto só para si, sim =1, não = 0; Férias, nenhuma = 0, uma vez=1,duas=2,mais de duas=3 Computador: nenhum=0, um=1; dois=2, mais de dois=3, procedendo-se de seguida ao somatório dos itens. Segundo os proponentes deste procedimento os dados obtidos podem ser utilizados como escala contínua ou como escala ordinal, com um número de categorias dependendo da questão de investigação ou da técnica estatística que se pretende utilizar. A transformação da escala de afluência familiar (FAS) em três níveis foi realizada mediante a recodificação dos itens da seguinte forma: nível baixo (0-3), nível médio (4-5), alto (6-9) de acordo com os critérios propostos no estudo HBSC (Holstein et al, 2004).

Anexo 1-Quadro 5 – Distribuição e Percentagens para a amostra 1, 2 - saúde, felicidade, satisfação com a vida na última semana e satisfação com a vida.

	Amostra 1		Amostra 2	
	N	%	N	%
Saúde	6098		282	
Excelente	1590	26.1	86	30.5
Boa	3298	54.1	136	48.2
Razoável	1154	18.9	51	18.1
Má	56	.9	9	3.2
Percepção de felicidade	5974		279	
Muito feliz	1755	29.4	74	26.5
Feliz	3200	53.6	147	52.7
Pouco feliz	835	14.0	42	15.1
Infeliz	184	3.1	16	5.7
Satisfação geral com a vida (Huebner, 1991)				
Gostar como as coisas correm	5999		278	
Nunca	290	4.8	22	7.9
Às vezes	2780	46.3	119	42.8
Quase sempre	1367	22.8	66	23.7
Sempre	1562	26.0	71	25.5

<i>Quadro5 cont.</i>	<i>Amostra 1</i>		<i>Amostra 2</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
A vida corre bem	5990		278	
Nunca	163	2.7	8	2.9
Às vezes	2038	34.0	103	37.1
Quase sempre	1645	27.5	87	31.3
Sempre	2144	35.8	80	28.8
Gostar de mudar coisas na vida	5970		279	
Nunca	1547	9.7	74	11.9
Às vezes	1247	43.5	63	39.2
Quase sempre	2599	20.9	109	22.3
Sempre	577	25.7	33	26.6
Desejar um tipo de vida diferente	5947		279	
Nunca	974	32.5	53	28.4
Às vezes	774	38.1	46	36.3
Quase sempre	2264	13.0	101	16.2
Sempre	1935	16.4	79	19.1
Ter uma boa vida	5920		276	
Nunca	192	3.2	12	4.3
Às vezes	1491	25.2	82	29.7
Quase sempre	1679	28.4	82	29.7
Sempre	2558	43.2	100	36.2
Sentir-se bem com o que tem acontecido	5961		277	
Nunca	339	5.7	21	7.6
Às vezes	2380	39.9	108	39.0
Quase sempre	1618	27.1	87	31.4
Sempre	1624	27.2	61	22.0
Satisfação geral com a vida Somatório (Huebner, 1991) ⁶	5783		274	
Média	16.7	-	16.2	-
Desvio padrão	3.8	-	3.9	-
Satisfação com a vida (Cantrill, 1965) ⁷	5944		280	
Média	7.36	-	7.08	-
Desvio padrão	1.9	-	2.133	-

Leg.

⁶A satisfação com a vida, avaliada pela Escala de satisfação com a vida (Huebner, 1991 cit. Holstein et al 200) utilizada é composta pelos seis itens que constam no quadro de acordo com a proposta do estudo HBSC 2001/2. Os itens retirados da escala original foram somados de forma a constituir um indicador de satisfação de vida, de acordo com os procedimentos propostos no estudo HBSC 2001/2 (Holstein et al, 2004).

⁷A satisfação com a vida composta por uma questão é constituída por uma versão da escada de Cantril (Cantril, 1965 cit. Holstein et al, 2004) de acordo com os procedimentos propostos no estudo HBSC 2001/2 (Holstein et al, 2004).

Anexo 1-Quadro 6 – Distribuição e Percentagens para a amostra 1, 2 – Ajustamento psicossocial – Sintomas

	<i>Amostra 1</i>		<i>Amostra 2</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Sintomas físicos				
Dor de cabeça	5927		279	
Quase todos os dias	378	6.4	15	5.4
Mais que uma vez semana	497	8.4	28	10.0
Todas as semanas	389	6.6	15	5.4
Todos os meses	866	14.6	33	11.8
Raramente ou nunca	3797	64.1	188	67.4
Dores de estômago	5890		279	
Quase todos os dias	130	2.2	9	3.2
Mais que uma vez semana	230	3.9	4	1.4
Todas as semanas	169	2.9	15	5.4
Todos os meses	755	12.8	37	13.3
Raramente ou nunca	4606	78.2	214	76.7
Dores de costas	5883		279	
Quase todos os dias	394	6.7	24	8.6
Mais que uma vez semana	426	7.2	15	5.4
Todas as semanas	461	7.8	32	11.5
Todos os meses	960	16.3	36	12.9
Raramente ou nunca	3642	61.9	172	61.6

<i>Quadro 6 cont.</i>	<i>Amostra 1</i>		<i>Amostra 2</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Dores de pescoço e ombros	5862		279	
Quase todos os dias	317	5.4	27	9.7
Mais que uma vez semana	418	7.1	15	5.4
Todas as semanas	396	6.8	23	8.2
Todos os meses	919	15.7	37	13.3
Raramente ou nunca	3812	65.0	177	63.4
Cansaço e exaustão	5894		279	
Quase todos os dias	990	16.8	65	23.3
Mais que uma vez semana	833	14.1	43	15.4
Todas as semanas	864	14.7	42	15.1
Todos os meses	1140	19.3	46	16.5
Raramente ou nunca	2067	35.1	83	29.7
Sintomas psicológicos				
Sentir-se deprimido	5852		278	
Quase todos os dias	411	7.0	29	10.4
Mais que uma vez semana	619	10.6	20	7.2
Todas as semanas	524	9.0	22	7.9
Todos os meses	1016	17.4	37	13.3
Raramente ou nunca	3282	56.1	170	61.2
Dificuldades em adormecer	5891		279	
Quase todos os dias	506	8.3	33	11.8
Mais que uma vez semana	395	6.7	16	5.7
Todas as semanas	294	5.0	17	6.1
Todos os meses	508	8.6	27	9.7
Raramente ou nunca	4188	71.1	186	66.7
Estar irritado	5882		277	
Quase todos os dias	359	6.1	22	7.9
Mais que uma vez semana	805	13.7	43	15.5
Todas as semanas	694	11.8	36	13.0
Todos os meses	1320	22.4	57	20.6
Raramente ou nunca	2704	46.0	119	43.0
Nervoso	5896			
Quase todos os dias	667	11.3	37	13.3
Mais que uma vez semana	911	15.5	33	11.9
Todas as semanas	907	15.4	42	15.1
Todos os meses	1228	20.8	56	20.1
Raramente ou nunca	2183	37.0	110	39.6
Medo	5853		278	
Quase todos os dias	323	5.5	16	5.8
Mais que uma vez semana	273	4.7	12	4.3
Todas as semanas	221	3.8	10	3.6
Todos os meses	694	11.9	35	12.6
Raramente ou nunca	4342	74.2	205	73.7
Tonturas	5859		276	
Quase todos os dias	143	2.4	6	2.2
Mais que uma vez semana	207	3.5	11	4.0
Todas as semanas	152	2.6	7	2.5
Todos os meses	452	7.7	27	9.8
Raramente ou nunca	4905	83.7	225	81.5
Sintomas - Somatório ⁸	5575	-	271	-
Média	45.74	-	44.89	-
Desvio padrão	7.61		7.75	

Leg.

⁸ A escala de queixas psicossomáticas, composta pelo conjunto de sintomas/queixas psicológicas e somáticas, é uma medida não clínica de avaliação da saúde física e psicológica, constituída pelos itens assinalados neste quadro. De acordo com o estudo HBSC, os itens podem ser utilizados isoladamente ou constituir um indicador global de ajustamento psicossocial, mediante o somatório dos mesmos. Aos oito itens originais (dores de cabeça, dores de estômago, dores de costas, sentir-se deprimido, irritado, nervoso, dificuldades em adormecer e tonturas) foram adicionados mais três itens (dores de pescoço e ombros, ter medo, cansado). Neste âmbito o indicador global aqui apresentado foi calculado de acordo com os procedimentos assinalados no estudo HBSC, 2001/.

Anexo 1-Quadro 7 – Distribuição e Percentagens para a amostra 1, 2 – experiência/suporte escola

	Amostra 1		Amostra 2	
	N	%	N	%
Sentimento escola ⁹	6057		278	
Gosto	4648	76.7	208	74.8
Não gosto	1409	23.3	70	25.2
Capacidade académica ¹⁰	6055		275	
Muito boa	535	8.8	24	8.7
Boa/média	5207	86.0	207	75.3
Inferior à média	313	5.2	44	16.0
Escola ficar sozinho ¹¹	5976		272	
Não	4367	73.1	198	71.7
Às vezes	1398	23.4	64	23.2
Uma vez por semana ou mais	211	3.5	14	5.1
Professores ajudam quando preciso ¹²	5900		273	
Sim	5086	86.2	199	72.9
Não	814	13.8	74	27.1
Professores interessam se por mim ¹²	5880		276	
Sim	5087	86.5	151	54.7
Não	793	13.5	125	45.3
Colegas são simpáticos e prestáveis ¹³	6043		279	
Concordo fortemente/concordo	4788	79.2	213	76.3
Nem concordo nem discordo	778	12.9	28	10.0
Discordo/discordo fortemente	477	7.9	38	13.6
Colegas aceitam-me ¹³	6038		279	
Concordo fortemente/concordo	5223	86.5	227	81.4
Nem concordo nem discordo	465	7.7	28	10.0
Discordo/discordo fortemente	350	5.8	24	8.6
Problema de saúde afecta participação	2467		282	
Não	2228	90.3	249	88.3
Sim	239	9.7	33	11.7

Leg.

⁹ Variável recodificada: Gosto muito, gosto um pouco, gosto um pouco; não gosto nada para Gosto muito/gosto um pouco-Gosto; Não gosto muito/Não gosto nada-Não gosto

¹⁰ Variável recodificada: Muito boa;Boa;Média;Inferior à média para Muito boa;Boa/média;Inferior à média.

¹¹ Variável recodificada: Isso não aconteceu; Uma ou duas vezes; Algumas Vezes; Cerca uma vez semana; Várias vezes semana para: Não aconteceu; Uma ou duas vezes/algumas vezes; Cerca de uma vez por semana/Várias vezes por semana.

¹² Variável recodificada: Acontece muitas vezes; Não sei se acontece, Acontece poucas vezes; Não acontece para: Sim; Não

¹³ Variável recodificada: Concordo fortemente; Concordo; Nem concordo nem discordo; Discordo; Discordo fortemente para Concordo fortemente/ concordo; Nem concordo nem discordo; Discordo fortemente/discordo.

Anexo 1-Quadro 8 – Distribuição e Percentagens para a amostra 1, 2 – competências sociais

	Amostra 1		Amostra 2	
	N	%	N	%
Capaz de defender direitos	5994		278	
Muitas vezes	3966	66.2	182	65.5
Às vezes	1834	30.6	84	30.2
Raramente	194	3.2	12	4.3
Capaz de dizer não	5985		278	
Muitas vezes	3920	65.5	185	66.5
Às vezes	1603	26.8	78	28.1
Raramente	462	7.7	15	5.4
Capaz de dizer o que sente	5992		278	
Muitas vezes	3209	53.6	145	52.2
Às vezes	2269	37.9	111	39.9
Raramente	514	8.6	22	7.9
Capaz de manter opinião nas discussões	5991		278	
Muitas vezes	3474	58.0	166	59.7
Às vezes	1945	32.5	88	31.7
Raramente	572	9.5	24	8.6

<i>Quadro 8 cont.</i>	<i>Amostra 1</i>		<i>Amostra 2</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Capaz de se livrar de situações que não agradam	5994		278	
Muitas vezes	2860	47.7	148	53.2
Às vezes	2435	40.6	107	38.5
Raramente	699	11.7	23	8.3

Anexo 1-Quadro 9 – Distribuição e Percentagens para a amostra 1, 2 - relações sociais com a família e com os pares.

	<i>Amostra 1</i>		<i>Amostra 2</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Falar pai¹⁴	5893		271	
Não tenho ou não vejo	395	6.7	36	13.3
Fácil/muito fácil	3398	57.7	150	55.4
Difícil/muito difícil	2100	35.6	85	31.4
Falar mãe¹⁴	5887		269	
Não tenho ou não vejo	213	3.6	15	5.6
Fácil/muito fácil	4688	79.6	203	75.5
Difícil/muito difícil	986	16.7	51	19.0
Falar melhor amigo¹⁴	5715		264	
Não tenho ou não vejo	171	3.0	21	8.0
Fácil/muito fácil	5143	90.0	223	84.5
Difícil/muito difícil	401	7.0	20	7.6
Falar amigos do mesmo sexo¹⁴	5742		261	
Não tenho ou não vejo	157	2.7	7	2.7
Fácil/muito fácil	4933	85.9	204	78.2
Difícil/muito difícil	652	11.4	50	19.2
Falar amigos sexo oposto¹⁴	5629		260	
Não tenho ou não vejo	273	4.8	16	6.2
Fácil/muito fácil	3547	63.0	160	61.5
Difícil/muito difícil	1809	32.1	84	32.3
Amigos íntimos¹⁵	5915		275	
Nenhum	299	5.1	17	6.2
Um	733	12.4	26	9.4
Dois ou mais	4883	82.6	232	84.4
Amigas íntimas¹⁵	5796		269	
Nenhum	149	2.6	17	6.3
Um	524	9.0	25	9.3
Dois ou mais	5123	88.4	227	84.4
Ficar com amigos depois das aulas¹⁶	6020		277	
Nenhum	944	15.7	44	15.9
Um a 3 dias	2633	43.7	115	41.5
Quatro ou mais dias	2443	40.6	118	42.6
Sair amigos à noite¹⁶	6037		276	
Nenhum	3238	53.6	156	56.5
Um a 3 dias	2240	37.1	112	40.6
Quatro ou mais dias	559	9.3	8	2.9

Leg.

¹⁴Variável recodificada: Não tenho ou não vejo, Muito fácil, Fácil, Difícil; Muito difícil para: Não tenho ou Não vejo; Fácil/Muito Fácil; Difícil/Muito difícil.

¹⁵Variável recodificada: Nenhum; Um; Dois; Três ou mais para Nenhum; Um; Dois ou mais

¹⁶Variável recodificada: 0, 1,2,3,4,5,6, 7 dias para Nenhum dia (0 dias); Um a três dias (1,2,3 dias); Quatro ou mais dias (4,5,6,7 dias)

Anexo 1-Quadro 10 – Distribuição e Percentagens para a amostra 1, 2 e total - Actividade física

	Amostra 1		Amostra 2	
	N	%	N	%
Actividade física na semana¹⁷	5991		276	
Nunca	244	4.1	12	4.3
Menos três vezes semana	2165	36.1	123	44.6
Três vezes ou mais por semana	2965	49.5	112	40.6
Todos os dias	617	10.3	29	10.5
Prática de actividade desportiva	6131		277	
Futebol	2914	47.5	93	33.8
Basquetebol	1132	18.5	14	5.1
Ginástica	1121	18.3	57	20.6
Voleibol	1062	17.3	25	9.0
Natação	879	14.3	22	7.9
Ciclismo/BTT	760	12.4	10	3.6
Andebol	610	9.9	16	5.8
Atletismo	492	8.0	17	6.1
Outra	859	14.0	48	17.3

Leg.

¹⁷Variável recodificada: Opções originais de resposta = 0, 1,2,3,4,5,6,7 dias para Nunca=0; Menos três vezes (1,2 dias); Três vezes ou mais por semana (3,4,5,6 dias); Todos os dias (7 dias).

Anexo 1-Quadro 11 - Distribuição e Percentagens para a amostra 1, 2 e total -Tempos livres

	Amostra 1		Amostra 2	
	N	%	N	%
Ouvir música primavera/verão	5329	86.9	243	88.4
Ouvir música outono/inverno	4208	68.6	206	74.9
Ler primavera/verão	3614	58.9	148	53.8
Ler outono/Inverno	4220	68.8	177	64.4
Jogar cartas, vídeo, computador primavera/verão	4597	75.0	212	77.1
Jogar cartas, vídeo, computador outono/inverno	4071	66.4	196	71.3
Cinema, teatro, concertos primavera/verão	4754	77.5	202	73.5
Cinema, teatro, concertos outono/inverno	3058	49.9	152	55.3
Trabalhar para ganhar dinheiro primavera/verão	3713	60.6	123	44.7
Trabalhar para ganhar dinheiro outono/inverno	1198	19.5	56	20.4
Conversar amigos primavera/verão	5484	89.4	248	90.2
Conversar amigos outono/inverno	4100	66.9	200	72.7
Praticar desporto grupo primavera/verão	5157	84.1	206	74.9
Praticar desporto grupo outono/inverno	2679	43.7	112	40.7
Praticar desporto individual primavera/verão	4168	68.0	152	55.3
Praticar desporto individual outono/inverno	2180	35.6	101	36.7
Praticar desporto competição primavera/verão	3708	60.5	136	49.5
Praticar desporto competição outono/inverno	2144	35.0	88	32.0
Assistir acontec. desportivos primavera/verão	4644	75.7	181	65.8
Assistir acontec. desportivos outono/inverno	2584	42.1	106	38.5
Ajudar nos trabalhos domésticos primavera/verão	4160	67.9	164	59.6
Ajudar nos trabalhos domésticos outono/inverno	3772	61.5	160	58.2
Praticar desporto não orientado por treinador primavera/verão	4075	66.5	137	49.8
Praticar desporto não orientado por treinador outono/inverno	2441	39.8	74	26.9
Estar c/ amigos primavera/verão	5503	89.8	239	86.9
Estar c/ amigos outono/inverno	3918	63.9	189	68.7
Fazer uma colecção primavera/verão	3354	54.7	123	44.7
Fazer uma colecção outono/inverno	2795	45.6	122	44.4
Ver TV/vídeo primavera/verão	4695	76.6	209	76.0
Ver TV/vídeo outono/inverno	4552	74.2	215	78.2
Navegar na internet primavera/verão	3611	58.9	168	61.1
Navegar na internet outono/inverno	3478	56.7	177	64.4
Falar ao telefone primavera/verão	4619	75.3	189	68.7
Falar ao telefone outono/inverno	3818	62.3	165	60.0
Ir à praia primavera/verão	5573	90.9	251	91.3
Ir à praia outono/inverno	1060	17.3	45	16.4
Tocar musica/cantar primavera/verão	3787	61.8	141	51.3
Tocar musica/cantar outono/inverno	2669	43.5	108	39.3
Actividades "arte e expressão" primavera/verão	2553	41.6	86	31.3
Actividades "arte e expressão" outono/inverno	1806	29.5	74	26.9

<i>Quadro 11 cont.</i>	<i>Amostra 1</i>		<i>Amostra 2</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Solidariedade social primavera/verão	2369	38.6	80	29.1
Solidariedade social outono/inverno	1585	25.9	60	21.8
Atividades associativas primavera/verão	2700	44.0	81	29.5
Atividades associativas outono/inverno	1656	27.0	64	23.3
Visitar conhecidos/familiares primavera/verão	4820	78.6	201	73.1
Visitar conhecidos/familiares outono/inverno	3473	56.6	163	59.3
Outra primavera/verão	824	13.4	35	12.8
Outra outono/inverno	557	9.1	23	8.4

Anexo 1-Quadro 12 - Distribuição e Percentagens para a amostra 1, 2 e total - Comportamentos de risco (uso de substâncias, tabaco, álcool, drogas, atividade sexual, violência, provocação)

	<i>Amostra 1</i>		<i>Amostra 2</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Frequência tabaco	6070		279	
Não fumo	4943	81.4	249	89.2
Menos uma vez semana	340	5.6	10	3.6
Pelo menos uma vez semana	274	4.5	8	2.9
Todos os dias	513	8.5	12	4.3
Já ficou com embriaguez	6045		281	
Não	4562	75.5	217	77.2
Sim	1483	24.5	64	22.8
Consumo drogas último mês	5597		274	
Nenhuma	5227	93.4	266	97.1
Uma vez	132	2.4	5	1.8
Mais que uma vez	152	2.7	2	.7
Consumo regular	86	1.5	1	.4
Relações sexuais	3657		273	
Não	2793	76.4	214	78.4
Sim	864	23.6	59	21.6
Uso preservativo	3631		272	
Nunca teve relações sexuais	2769	76.3	218	80.1
Sim	604	16.6	40	14.7
Não	258	7.1	14	5.1
Envolvimento lutas último mês¹⁸	6022		277	
Não estive envolvido em nenhuma luta	3797	63.1	193	69.7
Uma a três vezes	999	16.6	55	19.9
Quatro vezes ou mais vezes	1226	20.4	29	10.5
Provocado¹⁹	6073		278	
Não fui provocado nunca	3080	50.7	141	50.7
Uma vez período a uma vez semana	2528	41.6	110	39.6
Várias vezes semana	465	7.7	27	9.7
Provocou²⁰	6058		277	
Não provocou nunca	3838	63.4	175	63.2
Uma vez período a uma vez semana	1975	32.6	87	31.4
Várias vezes semana	245	4.0	15	5.4

Leg.

¹⁸Variável recodificada: Não estive envolvido em nenhuma luta; 1 vez; 2 vezes; 3 vezes; 4 vezes ou mais para: Não estive envolvido em nenhuma luta; Uma a três vezes; Quatro vezes ou mais

¹⁹Variável recodificada: Não fui provocado nunca; Aconteceu apenas uma a duas vezes; 2 ou três vezes por mês; Uma vez por semana; Diversas vezes por semana para Nunca fui provocado; Uma vez por período a uma vez por semana; Várias vezes por semana.

²⁰Variável recodificada: Não provocou nunca; Aconteceu apenas uma a duas vezes; 2 ou três vezes por mês; Uma vez por semana; Diversas vezes por semana para Nunca provocou; Uma vez por período a uma vez por semana; Várias vezes por semana.

ESTUDO BIVARIADO - AMOSTRA 1

Anexo 1-Quadro 13 – Percentagens por grupos com e sem problemas de saúde/deficiência – género, grupo etário, ano de escolaridade e região (amostra 1)

	<i>Problema de saúde</i>		<i>Doença crónica</i>		<i>Deficiência motora</i>		<i>Deficiência sensorial</i>		<i>Outra situação</i>	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Género										
Rapaz	48.5	49.1	48.7	55.1	48.6	74.0	49.1	46.8	48.9	50.7
Rapariga	51.5	50.9	51.3	44.9	51.4	26.0	50.9	53.2	51.1	49.3
Grupo etário										
11	19.1	18.2	19.0	19.9	19.0	22.0	19.1	18.4	18.9	21.6
13	33.4	36.8	33.6	40.4	33.7	50.0	33.6	42.4	33.8	37.9
15	30.2	27.9	30.1	24.7	30.0	17.0	30.1	22.0	30.1	24.5
+ 16	17.3	17.1	17.3	14.9	17.3	11.0	17.2	17.2	17.3	16.0
Ano de Escolaridade										
6º	37.8	40.8	38.3	43.8	38.2	66.0	38.1	50.4	38.3	45.4
8º	35.7	35.6	35.6	35.7	35.8	23.0	35.7	32.0	35.7	33.0
10º	26.4	23.6	26.1	20.5	26.0	11.0	26.1	17.6	26.0	21.6
Região										
Norte	43.4	40.1	43.0	41.6	42.8	50.0	42.9	43.2	43.1	40.8
Lx e Vale Tejo	30.0	34.4	30.6	33.1	30.7	32.0	30.7	32.0	30.4	36.9
Centro	17.9	17.4	17.6	19.9	17.8	13.0	17.8	17.2	17.9	13.7
Alentejo	4.1	4.2	4.2	2.2	4.1	1.0	4.0	4.8	4.1	3.9
Algarve	4.6	3.9	4.6	3.1	4.5	4.0	4.6	2.8	4.5	4.6

Anexo 1-Quadro 14 – Média de idades por grupos com e sem problema de saúde/deficiência (amostra 1)

	<i>Média</i>	<i>D.P.</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>t-test</i>	<i>Sig.</i>
Problema de saúde (n=666)	14.00	1.84	10	25	.237	n.s.
Sem Problema de saúde (n=5339)	14.01	1.88				
Doença crónica (n=356)	13.84	1.81	10	25	1.726	n.s.
Sem Doença crónica (n=5775)	14.01	1.85				
Deficiência motora (n=100)	13.36	1.71	10	25	3.513	.000
Sem Deficiência motora (n=6031)	14.01	1.85				
Deficiência sensorial (n=250)	13.81	1.83	10	25	1.699	n.s.
Sem Deficiência sensorial (n=5881)	13.97	1.87				
Outra situação (n=306)	13.83	1.89	10	25	1.628	n.s.
Sem Outra situação (n=5825)	14.01	1.84				

Anexo 1-Quadro 15 – Percentagens por grupos com e sem problemas de saúde/deficiência – grupo de identificação, nacionalidade (amostra 1)

	<i>Problema de saúde</i>		<i>Doença crónica</i>		<i>Deficiência motora</i>		<i>Deficiência sensorial</i>		<i>Outra situação</i>	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Grupo de identificação										
Branco	93.1	88.0	92.7	87.4	92.8	67.0	92.7	86.4	92.8	84.5
Outra	6.9	12.0	7.3	12.6	7.2	33.0	7.3	13.6	7.2	15.5
Nacionalidade										
Portuguesa	94.0	90.4	93.7	90.4	93.8	72.3	93.7	89.5	93.8	87.6
Outra	6.0	9.6	6.3	9.6	6.2	27.7	6.3	10.5	6.2	12.4
Nacionalidade pai										
Portuguesa	92.6	87.8	92.1	90.5	92.2	79.6	92.3	85.9	92.3	87.2
Outra	7.4	12.2	7.9	9.5	7.8	20.4	7.7	14.1	7.7	12.8
Nacionalidade mãe										
Portuguesa	91.8	85.5	91.3	86.7	91.3	75.9	91.2	87.4	91.5	83.0
Outra	8.2	14.5	8.7	13.3	8.7	24.2	8.8	12.6	8.5	17.0

Anexo 1-Quadro 16 – Percentagens por grupos com e sem problemas de saúde/deficiência – nível financeiro da família, emprego, estatuto social e nível de instrução dos pais (amostra 1)

	<i>Problema de saúde</i>		<i>Doença crónica</i>		<i>Deficiência motora</i>		<i>Deficiência sensorial</i>		<i>Outra situação</i>	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Nível financeiro da família										
Bastante mal/ não muito bem	7.2	15.2	7.8	13.9	8.1	14.1	7.9	14.1	7.9	13.8
Média	39.0	39.5	39.1	38.6	39.1	35.4	39.2	36.9	39.0	40.5
Muito bem/bem	53.7	45.3	53.1	47.4	52.8	50.5	52.9	49.0	53.1	45.7
Pai tem emprego										
Sim	93.8	92.1	93.8	90.9	93.7	89.9	93.6	94.2	93.7	92.1
Não	6.2	7.9	6.2	9.1	6.3	10.1	6.4	5.8	6.3	7.9
Mãe tem emprego										
Sim	73.6	71.1	73.4	69.8	73.2	70.8	73.2	72.6	73.2	72.2
Não	26.4	28.9	26.6	30.2	26.8	29.2	26.8	27.4	26.8	27.8
Estatuto social – profissão pai										
Não classificável	15.6	18.9	16.0	20.8	16.1	24.0	16.1	20.0	16.1	18.6
Elevado	6.6	8.6	6.8	6.5	6.9	3.0	6.8	6.4	6.8	7.2
2	9.2	8.0	8.9	11.2	9.2	3.0	9.3	4.4	9.2	7.2
3	16.7	14.0	16.2	16.3	16.2	15.0	16.4	12.4	16.2	16.7
4	42.6	41.0	42.6	39.3	42.3	47.0	42.3	45.2	42.5	41.2
Baixo	9.3	9.6	9.5	5.9	9.3	8.0	9.1	11.6	9.3	9.2
Estatuto social –profissão mãe										
Não classificável	32.5	34.7	32.9	35.7	33.0	39.0	33.0	34.4	33.0	35.0
1 Elevado	7.7	8.0	7.7	7.0	7.7	3.0	7.7	6.4	7.7	6.2
2	5.3	5.7	5.3	6.2	5.4	2.0	5.4	4.0	5.3	6.5
3	12.1	12.8	12.2	11.0	12.1	11.0	12.1	11.6	12.0	14.1
4	22.7	23.4	22.4	25.8	22.6	22.0	22.6	22.8	22.6	23.5
5 Baixo	19.8	15.5	19.5	14.3	19.2	23.0	19.1	20.8	19.5	14.7
Nível instrução pai										
Nunca estudou	2.1	3.0	2.0	4.9	2.0	13.1	2.1	4.5	2.2	2.3
1º ciclo	44.4	44.9	44.8	38.8	44.4	45.5	44.3	48.0	44.4	46.0
2º/3º ciclo	28.7	23.6	28.2	26.4	28.2	23.2	28.1	27.2	28.3	24.5
Secundário	13.9	13.5	13.8	14.2	13.9	11.1	14.0	10.2	13.7	15.6
Curso superior	11.0	15.1	11.2	15.7	11.5	7.1	11.5	10.2	11.4	11.6
Nível instrução mãe										
Nunca estudou	2.2	3.7	2.3	4.6	2.4	8.3	2.4	4.5	2.4	2.6
1º ciclo	43.7	41.4	43.7	39.6	43.4	44.8	43.3	47.3	43.4	43.9
2º/3º ciclo	28.7	28.3	28.7	27.6	28.8	21.9	28.8	24.7	28.7	27.7
Secundário	13.8	14.4	13.8	14.8	13.8	16.7	13.9	12.8	13.8	13.9
Curso superior	11.6	12.2	11.5	13.4	11.7	8.3	11.7	10.7	11.6	11.9

Anexo 1-Quadro 17 – Percentagens por grupos com e sem problemas de saúde/deficiência – itens que compõem a escala de afluência familiar e somatório FAS (amostra 1)

	<i>Problema de saúde</i>		<i>Doença crónica</i>		<i>Deficiência motora</i>		<i>Deficiência sensorial</i>		<i>Outra situação</i>	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Transporte próprio na família(carro)										
Não	7.4	11.9	7.5	14.1	7.9	8.1	7.8	10.5	7.8	10.2
Sim um	42.9	42.4	43.1	37.6	42.7	45.5	42.8	43.5	42.9	40.0
Sim dois ou mais	49.8	45.7	49.4	48.3	49.4	46.5	49.5	46.0	49.3	49.8
	$\chi^2 = 17.408;$ gl = 2; p<.000		$\chi^2 = 20.860;$ gl = 2; p<.000		$\chi^2 = .337;$ gl = 2; NS		$\chi^2 = 2.789;$ gl = 2; NS		$\chi^2 = 2.674;$ gl = 2; NS	
Quarto próprio										
Não	27.8	32.2	28.5	24.9	28.3	22.1	28.0	34.7	27.9	34.0
Sim	72.2	67.8	71.5	75.1	71.7	77.9	72.0	65.3	72.1	66.0
	$\chi^2 = 5.747;$ gl = 1; p<.05		$\chi^2 = 2.107;$ gl = 1; NS		$\chi^2 = .1.797;$ gl = 1; NS		$\chi^2 = 5.234;$ gl = 1; p<.05		$\chi^2 = 5.153;$ gl = 1; p<.05	

Quadro 17 cont.	Problema de saúde		Doença crônica		Deficiência motora		Deficiência sensorial		Outra situação	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Viagens de férias com a família										
Nenhuma	21.6	27.1	22.0	27.8	22.4	21.2	22.1	29.0	22.2	25.5
Uma	25.5	20.6	25.3	20.2	25.1	17.2	25.3	18.1	25.2	21.2
Duas vezes	21.0	20.3	21.0	19.3	20.9	21.2	20.9	21.0	20.8	21.9
Mais de duas vezes	31.8	32.0	31.7	32.7	31.6	40.4	31.8	31.9	31.8	31.5
	$\chi^2 = 13.843$; gl = 3; p<.01		$\chi^2 = 9.064$; gl = 3; NS		$\chi^2 = 4.901$; gl = 3; NS		$\chi^2 = 10.042$; gl = 3; p<.05		$\chi^2 = 3.410$; gl = 3; NS	
Computador em casa										
Nenhum	35.8	39.6	36.3	38.2	36.3	43.9	36.2	40.6	36.3	38.7
Um	49.7	44.4	49.2	43.3	49.0	40.8	49.1	43.0	49.0	45.0
Dois	10.9	10.3	10.8	12.5	10.9	8.2	10.9	9.6	11.0	9.3
Mais de dois	3.6	5.7	3.8	5.9	3.8	7.1	3.8	6.8	3.7	7.0
	$\chi^2 = 12.614$; gl = 3; p<.01		$\chi^2 = 7.643$; gl = 3; NS		$\chi^2 = .6244$; gl = 3; NS		$\chi^2 = 9.231$; gl = 3; p<.05		$\chi^2 = 9.901$; gl = 1; p<.05	
FAS (nível)										
Baixo	27.5	31.2	28.0	29.9	28.2	26.9	27.9	34.1	28.0	29.9
Médio	48.0	43.2	47.6	41.4	47.2	49.5	47.5	42.2	47.4	44.2
Alto	24.4	25.6	24.3	28.7	24.6	23.7	24.6	23.7	24.5	25.9
	$\chi^2 = 5.357$; gl = 2; NS		$\chi^2 = 5.318$; gl = 2; NS		$\chi^2 = .181$; gl = 2; NS		$\chi^2 = 4.385$; gl = 2; NS		$\chi^2 = 1.128$; gl = 2; NS	

Anexo 1-Quadro 18 – Percentagens por grupos com e sem problemas de saúde/deficiência–Saúde Positiva - saúde, felicidade, satisfação geral com a vida (amostra 1)

	Problema de saúde		Doença crônica		Deficiência motora		Deficiência sensorial		Outra situação	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Percepção de saúde										
Excelente	27.7	12.7	26.8	14.4	26.0	29.0	26.3	19.8	26.5	18.8
Boa	55.4	45.2	54.6	46.2	54.2	47.0	54.2	52.4	54.6	44.2
Razoável	16.5	37.4	18.0	33.5	19.0	17.0	18.6	25.4	18.2	33.0
Má	.5	4.7	.6	5.9	.8	7.0	.9	2.4	.8	4.0
	$\chi^2 = 313.435$; gl = 3; p<.000		$\chi^2 = 169.091$; gl = 3; p<.000		$\chi^2 = .42423$; gl = 3; p<.000		$\chi^2 = 16.164$; gl = 3; p<.001		$\chi^2 = 77.706$; gl = 3; p<.000	
Percepção de felicidade										
Muito feliz	30.1	22.4	29.8	22.9	29.3	33.3	29.5	27.2	29.5	26.6
Feliz	54.4	47.7	53.9	48.1	53.7	42.5	53.8	47.7	54.1	43.8
Pouco feliz	12.8	23.6	13.6	20.3	14.0	14.9	13.8	18.7	13.5	22.6
Infeliz	2.6	6.4	2.7	8.7	3.0	9.2	2.9	6.4	2.9	7.1
	$\chi^2 = 91.210$; gl = 3; p<.000		$\chi^2 = 55.189$; gl = 3; p<.000		$\chi^2 = 13.257$; gl = 3; p<.01		$\chi^2 = 14.582$; gl = 3; p<.01		$\chi^2 = 39.046$; gl = 3; p<.000	
Satisfação com a vida na última semana										
Gostar como as coisas correm										
Nunca	4.1	10.5	4.5	10.8	4.6	16.7	4.6	9.4	4.6	9.9
Às vezes	45.9	49.2	46.2	49.3	46.3	47.9	46.2	49.2	46.0	52.0
Quase sempre	23.2	21.0	23.1	16.9	23.0	9.4	22.9	19.7	23.1	17.2
Sempre	26.8	19.4	26.2	23.0	26.0	26.0	26.2	21.7	26.3	20.9
	$\chi^2 = 63.744$; gl = 3; p<.000		$\chi^2 = 34.121$; gl = 3; p<.000		$\chi^2 = 36.010$; gl = 3; p<.000		$\chi^2 = 14.440$; gl = 3; p<.01		$\chi^2 = 26.896$; gl = 3; p<.000	
A vida corre bem										
Nunca	2.3	5.4	2.4	7.3	2.6	12.1	2.6	6.1	2.6	4.7
Às vezes	33.0	41.0	33.9	36.3	34.1	32.3	33.9	36.5	33.6	43.0
Quase sempre	27.7	25.9	27.5	27.3	27.5	24.2	27.4	29.1	27.8	21.0
Sempre	36.9	27.6	36.2	29.1	35.9	31.3	36.1	28.3	36.0	31.3
	$\chi^2 = 45.423$; gl = 3; p<.000		$\chi^2 = 32.905$; gl = 3; p<.000		$\chi^2 = 33.717$; gl = 3; p<.000		$\chi^2 = 15.684$; gl = 3; p<.001		$\chi^2 = 18.430$; gl = 3; p<.000	

Quadro 18 Cont	Problema de saúde		Doença crónica		Deficiência motora		Deficiência sensorial		Outra situação	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Gostar de mudar coisas na vida										
Nunca	9.8	8.2	9.7	8.4	9.5	17.0	9.6	11.5	9.7	9.0
Às vezes	44.3	36.3	44.0	36.4	43.7	35.1	44.0	33.6	44.1	33.7
Quase sempre	21.2	19.0	20.8	22.8	20.9	19.1	21.0	19.3	20.9	20.0
Sempre	24.7	36.5	25.5	32.4	25.9	28.7	25.5	35.7	25.3	37.3
	$\chi^2 = 41.851$; gl = 3; p<.000		$\chi^2 = 11.475$; gl = 3; p<.000		$\chi^2 = 7.335$; gl = 3; NS		$\chi^2 = 16.263$; gl = 3; p<.001		$\chi^2 = 23.227$; gl = 3; p<.000	
Desejar um tipo de vida diferente										
Nunca	33.5	25.2	33.0	24.6	32.6	30.9	32.7	29.5	33.0	23.4
Às vezes	38.6	33.6	38.4	33.3	38.2	30.9	38.4	31.2	38.3	33.8
Quase sempre	12.7	16.2	12.9	15.5	13.1	9.6	13.1	11.0	12.9	15.4
Sempre	15.2	25.0	15.8	26.6	16.2	28.7	15.9	28.3	15.8	27.4
	$\chi^2 = 53.138$; gl = 3; p<.000		$\chi^2 = 31.138$; gl = 3; p<.000		$\chi^2 = 11.147$; gl = 3; p<.02		$\chi^2 = 25.829$; gl = 3; p<.000		$\chi^2 = 24.135$; gl = 3; p<.000	
Ter uma boa vida										
Nunca	3.0	5.3	2.9	8.9	3.1	11.3	3.1	5.5	3.1	5.7
Às vezes	24.5	30.0	25.0	27.5	25.1	28.9	25.0	30.0	24.9	31.2
Quase sempre	28.3	28.7	28.3	29.3	28.4	23.7	28.3	30.4	28.4	27.2
Sempre	44.2	35.9	43.7	34.3	43.3	36.1	43.6	34.2	43.6	35.9
	$\chi^2 = 25.847$; gl = 3; p<.000		$\chi^2 = 42.002$; gl = 3; p<.000		$\chi^2 = 22.376$; gl = 3; p<.000		$\chi^2 = 11.074$; gl = 3; p<.05		$\chi^2 = 14.408$; gl = 3; p<.01	
Sentir-se bem com o que tem acontecido										
Nunca	5.0	11.1	5.4	10.8	5.6	12.5	5.5	11.3	5.4	12.0
Às vezes	39.2	45.2	39.7	43.6	39.9	38.5	39.7	44.4	39.7	43.7
Quase sempre	27.6	23.7	27.3	24.4	27.2	21.9	27.4	21.3	27.5	21.3
Sempre	28.2	20.0	27.6	21.2	27.2	27.1	27.4	23.0	27.5	23.0
	$\chi^2 = 60.573$; gl = 3; p<.000		$\chi^2 = 23.590$; gl = 3; p<.000		$\chi^2 = 9.009$; gl = 3; p<.05		$\chi^2 = 19.727$; gl = 3; p<.000		$\chi^2 = 29.262$; gl = 3; p<.000	

Anexo 1-Quadro 19 – Diferença das médias da Satisfação de Vida em função dos grupos com e sem problema de saúde, doença crónica, deficiência motora, deficiência sensorial e outra situação (amostra 1)

	Problema de saúde		Doença crónica		Deficiência motora		Deficiência sensorial		Outra situação	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Satisfação vida										
Média	7.44	6.83	7.40	6.47	7.36	7.39	7.37	7.05	7.39	6.88
F	58.594		38.206		.025		6.662		19.510	
SIG	p<.000		p<.000		NS		p<.01		p<.000	

Anexo 1-Quadro 20– Ajustamento psicossocial - Sintomas (amostra 1)

	Problema de saúde		Doença crónica		Deficiência motora		Deficiência sensorial		Outra situação	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Sintomas físicos										
Dor de cabeça										
Quase todos os dias	5.8	11.3	6.2	9.6	6.3	9.6	6.2	11.5	6.1	11.4
Mais que uma vez semana	7.8	12.7	8.0	14.0	8.3	10.6	8.2	12.8	8.2	11.1
Todas as semanas	6.4	7.9	6.5	7.0	6.6	3.2	6.5	7.4	6.6	6.4
Todos os meses	14.3	17.5	14.6	14.8	14.6	13.8	14.6	15.2	14.5	17.2
Raramente ou nunca	65.7	50.5	64.6	54.7	64.1	62.8	64.5	53.1	64.6	53.9
	$\chi^2 = 70.033$; gl = 4; p<.000		$\chi^2 = 245.579$; gl = 4; p<.000		$\chi^2 = 3.828$; gl = 4; NS		$\chi^2 = 21.399$; gl = 4; p<.000		$\chi^2 = 21.858$; gl = 4; p<.000	

<i>Quadro 20 Cont.</i>	<i>Problema de saúde</i>		<i>Doença crônica</i>		<i>Deficiência motora</i>		<i>Deficiência sensorial</i>		<i>Outra situação</i>	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Dores de estômago										
Quase todos os dias	1.9	4.4	2.1	4.4	2.1	8.8	2.1	5.8	2.1	5.1
Mais que uma vez semana	3.5	7.2	3.7	7.3	3.9	4.4	3.7	8.7	3.7	7.5
Todas as semanas	2.6	5.2	2.8	4.4	2.9	-	2.9	2.1	2.7	6.8
Todos os meses	12.9	12.8	12.8	12.5	12.8	12.1	13.0	8.3	12.9	10.5
Raramente ou nunca	79.1	70.4	78.6	71.4	78.3	74.7	78.3	75.1	78.6	70.1
	$\chi^2 = 54.798$; gl = 4; p<.000		$\chi^2 = 23.450$; gl = 4; p<.000		$\chi^2 = 21.044$; gl = 4; p<.000		$\chi^2 = 34.517$; gl = 4; p<.000		$\chi^2 = 42.447$; gl = 4; p<.000	
Dores nas costas										
Quase todos os dias	5.7	14.1	6.2	14.2	6.5	17.7	6.5	11.3	6.2	15.5
Mais que uma vez semana	6.6	12.4	7.0	11.0	7.2	7.3	7.2	7.9	6.9	13.9
Todas as semanas	7.6	9.8	7.9	7.0	7.8	7.3	7.7	11.3	7.7	9.8
Todos os meses	16.2	16.9	16.4	14.2	16.4	12.5	16.4	15.4	16.2	18.2
Raramente ou nunca	63.8	46.8	62.4	53.6	62.0	55.2	62.2	54.2	62.9	42.6
	$\chi^2 = 117.308$; gl = 4; p<.000		$\chi^2 = 43.463$; gl = 4; p<.000		$\chi^2 = 19.284$; gl = 4; p<.001		$\chi^2 = 14.169$; gl = 4; p<.01		$\chi^2 = 76.270$; gl = 4; p<.000	
Dores de pescoço e ombros										
Quase todos os dias	4.8	10.5	5.2	9.4	5.3	11.7	5.1	12.2	4.9	14.6
Mais que uma vez semana	6.7	10.7	6.8	12.0	7.1	10.6	7.1	7.6	6.8	13.6
Todas as semanas	6.5	9.4	6.7	7.9	6.8	6.4	6.6	10.1	6.8	6.8
Todos os meses	15.7	15.7	15.7	15.2	15.8	10.6	15.9	10.9	15.9	12.2
Raramente ou nunca	66.4	53.7	65.6	55.4	65.1	60.6	65.3	59.2	65.7	52.9
	$X^2 = 68.442$; gl = 4; p<.000		$\chi^2 = 28.644$; gl = 4; p<.000		$\chi^2 = 10.498$; gl = 4; p<.05		$\chi^2 = 30.055$; gl = 4; p<.000		$\chi^2 = 75.731$; gl = 4; p<.000	
Cansaço e exaustão										
Quase todos os dias	15.7	24.7	16.2	25.7	16.7	22.3	16.4	26.3	16.6	20.6
Mais que uma vez semana	14.0	16.2	14.3	11.8	14.2	12.8	13.9	18.9	13.9	18.9
Todas as semanas	15.0	13.4	14.9	11.0	14.8	4.3	14.9	8.2	14.7	13.9
Todos os meses	19.5	20.1	19.3	19.4	19.4	18.1	19.6	14.4	19.3	19.3
Raramente ou nunca	35.8	25.6	35.3	32.1	34.9	42.6	35.2	32.1	35.5	27.4
	$X^2 = 48.057$; gl = 4; p<.000		$\chi^2 = 23.116$; gl = 4; p<.000		$\chi^2 = 10.531$; gl = 4; p<.05		$\chi^2 = 28.840$; gl = 4; p<.000		$\chi^2 = 13.161$; gl = 4; p<.05	
Tonturas										
Quase todos os dias	2.0	5.5	2.1	7.9	2.3	8.8	2.3	5.9	2.2	6.2
Mais que uma vez semana	3.1	6.9	3.3	6.7	3.5	5.5	3.4	5.9	3.3	7.2
Todas as semanas	2.3	4.7	2.5	4.4	2.5	6.6	2.6	2.9	2.5	3.8
Todos os meses	7.5	10.0	7.7	8.7	7.7	7.7	7.6	9.7	7.5	11.6
Raramente ou nunca	85.1	72.8	84.4	72.3	83.9	71.4	84.1	75.6	84.4	71.2
	$X^2 = 78.838$; gl = 4; p<.000		$\chi^2 = 65.025$; gl = 4; p<.000		$\chi^2 = 23.646$; gl = 4; p<.000		$\chi^2 = 19.190$; gl = 4; p<.001		$\chi^2 = 42.604$; gl = 4; p<.000	
Sintomas psicológicos										
Sentir-se deprimido										
Quase todos os dias	6.2	13.2	6.6	13.1	7.0	10.8	6.8	13.3	6.6	14.4
Mais que uma vez semana	10.2	13.9	10.4	13.1	10.6	9.7	10.5	12.9	10.4	14.7
Todas as semanas	8.7	10.6	8.9	10.2	9.0	6.5	9.1	6.3	8.9	9.6
Todos os meses	17.7	15.6	17.6	13.4	17.5	8.6	17.5	14.6	17.6	13.4
Raramente ou nunca	57.2	46.7	56.4	50.3	55.9	64.5	56.2	52.9	56.5	47.9
	$X^2 = 62.305$; gl = 4; p<.000		$\chi^2 = 27.410$; gl = 4; p<.000		$\chi^2 = 7.908$; gl = 4; NS		$\chi^2 = 19.087$; gl = 4; p<.001		$\chi^2 = 35.315$; gl = 4; p<.000	

<i>Quadro 20 Cont.</i>	<i>Problema de saúde</i>		<i>Doença crónica</i>		<i>Deficiência motora</i>		<i>Deficiência sensorial</i>		<i>Outra situação</i>	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Sentir dificuldades em adormecer										
Quase todos os dias	7.9	13.9	8.1	15.9	8.6	11.0	8.2	16.7	8.4	12.6
Mais que uma vez semana	6.3	9.8	6.5	10.4	6.7	9.9	6.7	7.9	6.5	10.6
Todas as semanas	5.0	5.3	4.9	5.8	5.0	2.2	5.0	5.8	5.0	4.4
Todos os meses	8.8	7.3	8.6	8.7	8.6	8.8	8.7	7.1	8.6	8.9
Raramente ou nunca	72.0	63.6	71.8	59.1	71.1	68.1	71.5	62.5	71.5	63.5
	$\chi^2 = 42.144;$ gl = 4; p<.000		$\chi^2 = 38.522;$ gl = 4; p<.000		$\chi^2 = 3.579;$ gl = 4; NS		$\chi^2 = 23.193;$ gl = 4; p<.000		$\chi^2 = 15.484;$ gl = 4; p<.01	
Sentir-se irritado										
Quase todos os dias	5.5	10.5	5.7	13.3	6.0	14.1	5.9	11.5	5.8	11.3
Mais que uma vez semana	13.1	18.4	13.7	13.5	13.7	9.8	13.5	18.5	13.6	14.7
Todas as semanas	11.7	13.1	11.6	14.4	11.8	9.8	11.9	8.6	11.7	13.0
Todos os meses	22.9	20.1	22.7	19.0	22.6	14.1	22.7	16.0	22.6	18.8
Raramente ou nunca	46.7	37.9	46.4	39.8	45.9	52.2	46.0	45.3	46.2	42.3
	$\chi^2 = 48.165;$ gl = 4; p<.000		$\chi^2 = 38.057;$ gl = 4; p<.000		$\chi^2 = 14.888;$ gl = 4; p<.01		$\chi^2 = 23.305;$ gl = 4; p<.000		$\chi^2 = 16.772;$ gl = 4; p<.01	
Sentir-se nervoso										
Quase todos os dias	10.2	20.7	10.7	21.6	11.3	10.6	10.9	22.0	11.0	17.7
Mais que uma vez semana	15.3	17.5	15.4	16.9	15.5	12.8	15.4	15.8	15.3	17.4
Todas as semanas	15.4	16.1	15.5	13.7	15.4	16.0	15.4	14.5	15.4	14.7
Todos os meses	21.4	16.6	21.1	15.7	20.9	18.1	21.1	13.7	21.0	18.4
Raramente ou nunca	37.7	29.0	37.3	32.1	36.9	42.6	37.2	34.0	37.3	31.7
	$\chi^2 = 75.479;$ gl = 4; p<.000		$\chi^2 = 42.004;$ gl = 4; p<.000		$\chi^2 = 1.638;$ gl = 4; NS		$\chi^2 = 32.219;$ gl = 4; p<.000		$\chi^2 = 15.324;$ gl = 4; p<.01	
Sentir medo										
Quase todos os dias	4.9	10.7	5.2	10.0	5.5	6.5	5.3	10.2	5.1	12.6
Mais que uma vez semana	4.3	7.2	4.5	7.1	4.7	2.2	4.6	6.8	4.6	6.1
Todas as semanas	3.5	6.4	3.6	6.2	3.7	8.6	3.7	6.4	3.7	4.4
Todos os meses	11.9	12.1	12.0	9.7	11.9	7.5	11.8	14.4	11.7	15.0
Raramente ou nunca	75.4	63.6	74.6	67.0	74.2	75.3	74.7	62.3	74.8	61.8
	$\chi^2 = 67.954;$ gl = 4; p<.000		$\chi^2 = 27.243;$ gl = 4; p<.000		$\chi^2 = 8.769;$ gl = 4; NS		$\chi^2 = 22.373;$ gl = 4; p<.000		$\chi^2 = 39.054;$ gl = 4; p<.000	

Anexo 1-Quadro 21 – Percentagens por grupos com e sem problemas de saúde/deficiência – Experiência Escola (amostral)

	<i>Problema de saúde</i>		<i>Doença crónica</i>		<i>Deficiência motora</i>		<i>Deficiência sensorial</i>		<i>Outra situação</i>	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Sentimento escola										
Gosto	77.5	70.9	77.1	70.3	76.9	67.4	76.7	76.5	77.1	69.0
Não gosto	22.5	29.1	22.9	29.7	23.1	32.6	23.3	23.5	22.9	31.0
	$\chi^2 = 14.417;$ gl = 2; p<.000		$\chi^2 = 8.623;$ gl = 2; p<.01		$\chi^2 = 4.764;$ gl = 2; p<.05		$\chi^2 = .005;$ gl = 2; NS		$\chi^2 = 10.586;$ gl = 2; p<.001	
Capacidade académica										
Muito boa	9.0	7.4	8.7	10.5	8.6	20.6	8.7	12.6	8.9	7.6
Boa/média	86.3	83.8	86.4	80.2	86.3	64.9	86.4	75.6	86.0	85.1
Inferior à média	4.7	8.8	4.9	9.3	5.0	14.4	4.9	11.8	5.1	7.3
	$\chi^2 = 20.885;$ gl = 2; p<.000		$\chi^2 = 15.294;$ gl = 2; p<.000		$\chi^2 = 36.933;$ gl = 2; p<.000		$\chi^2 = 29.066;$ gl = 2; p<.000		$\chi^2 = 3.285;$ gl = 2; NS	

<i>Quadro 21 cont.</i>	<i>Problema de saúde</i>		<i>Doença crónica</i>		<i>Deficiência motora</i>		<i>Deficiência sensorial</i>		<i>Outra situação</i>	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Escola ficar sozinho										
Não	74.7	61.6	73.5	66.1	73.5	49.0	73.6	60.7	73.9	57.3
Às vezes	22.1	32.5	23.2	26.1	23.3	28.6	23.0	32.4	22.8	35.0
Uma vez por semana ou mais	3.1	5.9	3.3	7.8	3.2	22.4	3.4	7.0	3.3	7.7
	$\chi^2 = 52.958;$ gl = 2; p<.000		$\chi^2 = 22.373;$ gl = 2; p<.000		$\chi^2 = 110.052;$ gl = 2; p<.000		$\chi^2 = 22.654;$ gl = 2; p<.000		$\chi^2 = 44.202;$ gl = 2; p<.000	
Professores ajudam quando preciso										
Sim	87.1	79.5	86.5	80.9	86.3	77.0	86.4	80.7	86.5	81.1
Não	12.9	20.5	13.5	19.1	13.7	23.0	13.6	19.3	13.5	18.9
	$\chi^2 = 27.707;$ gl = 1; p<.000		$\chi^2 = 8.589;$ gl = 1; p<.01		$\chi^2 = 6.273;$ gl = 1; p<.05		$\chi^2 = 6.380;$ gl = 1; p<.05		$\chi^2 = 6.875;$ gl = 1; p<.01	
Professores interessam se por mim										
Sim	87.0	83.0	86.6	85.3	86.6	77.1	86.7	82.5	86.7	82.6
Não	13.0	17.0	13.4	14.7	13.4	22.9	13.3	17.5	13.3	17.4
	$\chi^2 = 7.667;$ gl = 1; p<.01		$\chi^2 = 4.426;$ gl = 1; NS		$\chi^2 = 6.273 ;$ gl = 1; p<.05		$\chi^2 = 3.401;$ gl = 1; NS		$\chi^2 = 4.061;$ gl = 1; p<.05	
Colegas são simpáticos e prestáveis										
Concordo fortemente/concordo	80.3	70.6	79.9	69.1	79.4	66.3	79.4	76.3	79.7	70.7
Nem concordo nem discordo	12.3	16.9	12.7	15.6	12.8	19.4	12.9	12.7	12.6	17.4
Discordo/discordo fortemente	7.3	12.5	7.4	15.3	7.8	14.3	7.8	11.0	7.7	11.8
	$\chi^2 = 35.903;$ gl = 2; p<.000		$\chi^2 = 33.006;$ gl = 2; p<.000		$\chi^2 = 10.533;$ gl = 2; p<.01		$\chi^2 = 3.445;$ gl = 2; NS		$\chi^2 = 14.417;$ gl = 2; p<.001	
Colegas aceitam-me										
Concordo fortemente/concordo	88.0	76.2	87.1	76.9	86.8	69.8	86.7	80.9	87.1	75.8
Nem concordo nem discordo	6.8	14.0	7.4	13.4	7.6	12.5	7.6	9.8	7.4	14.2
Discordo/discordo fortemente	5.2	9.9	5.6	9.7	5.6	17.7	5.6	9.3	5.6	9.9
	$\chi^2 = 70.692;$ gl = 2; p<.000		$\chi^2 = 29.343;$ gl = 2; p<.000		$\chi^2 = 29.944;$ gl = 2; p<.000		$\chi^2 = 7.923;$ gl = 2; p<.05		$\chi^2 = 31.215;$ gl = 2; p<.000	
Problema de saúde afecta participação										
Não	95.9	73.3	92.5	75.4	91.0	69.3	91.4	79.4	91.9	77.3
Sim	4.1	26.7	7.5	24.6	9.0	30.7	8.6	20.6	8.1	22.7
	$\chi^2 = 265.192;$ gl = 1; p<.000		$\chi^2 = 93.922;$ gl = 1; p<.000		$\chi^2 = 38.909;$ gl = 1; p<.000		$\chi^2 = 33.536;$ gl = 1; p<.000		$\chi^2 = 59.501;$ gl = 1; p<.000	

Anexo 1-Quadro 22 – Percentagens por grupos com e sem problemas de saúde/deficiência – Competências sociais (amostra1)

	<i>Problema de saúde</i>		<i>Doença crónica</i>		<i>Deficiência motora</i>		<i>Deficiência sensorial</i>		<i>Outra situação</i>	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Capaz de defender direitos										
Muitas vezes	66.3	65.4	66.4	63.0	66.3	60.8	66.3	62.2	66.0	68.8
Às vezes	30.8	28.6	30.6	29.9	30.6	27.8	30.7	29.3	30.8	25.9
Raramente	2.9	6.0	3.0	7.1	3.1	11.3	3.0	8.5	3.1	5.3
	$\chi^2 = 17.806;$ gl = 2; p<.000		$\chi^2 = 18.030;$ gl = 2; p<.000		$\chi^2 = 20.676;$ gl = 2; p<.000		$\chi^2 = 23.024;$ gl = 2; p<.000		$\chi^2 = 6.829;$ gl = 2; p<.01	
Capaz de dizer não										
Muitas vezes	66.1	61.4	65.9	58.3	65.8	46.7	65.7	59.9	65.6	62.7
Às vezes	26.3	30.0	26.6	29.9	26.6	37.8	26.7	29.6	26.7	28.0
Raramente	7.6	8.6	7.5	11.8	7.6	15.6	7.6	10.5	7.6	9.3
	$\chi^2 = 5.738;$ gl = 2; NS		$\chi^2 = 12.121;$ gl = 2; p<.01		$\chi^2 = 16.339;$ gl = 2; p<.000		$\chi^2 = 4.592;$ gl = 2; NS		$\chi^2 = 1.627;$ gl = 2; NS	

Quadro 22 cont.	Problema de saúde		Doença crônica		Deficiência motora		Deficiência sensorial		Outra situação	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Capaz de dizer o que sente										
Muitas vezes	53.9	51.0	53.8	49.7	53.8	38.9	53.9	45.7	53.6	52.3
Às vezes	37.9	38.3	38.0	35.2	37.8	38.9	37.7	40.8	37.9	37.7
Raramente	8.2	10.7	8.2	15.1	8.4	22.1	8.4	13.5	8.5	9.9
	$\chi^2 = 5.175$; gl = 2; NS		$\chi^2 = 20.016$; gl = 2; p<.000		$\chi^2 = 24.467$; gl = 2; p<.000		$\chi^2 = 10.643$; gl = 2; p<.000		$\chi^2 = .773$; gl = 2; NS	
Capaz de manter opinião nas discussões										
Muitas vezes	58.4	55.5	58.4	52.1	58.3	35.8	58.3	51.2	58.2	54.5
Às vezes	32.5	32.1	32.5	31.3	32.4	35.8	32.4	33.7	32.4	32.9
Raramente	9.1	12.4	9.1	16.5	9.2	28.4	9.3	15.0	9.4	12.6
	$\chi^2 = 7.527$; gl = 2; p<.05		$\chi^2 = 21.353$; gl = 2; p<.000		$\chi^2 = 44.545$; gl = 2; p<.000		$\chi^2 = 10.262$; gl = 2; p<.01		$\chi^2 = 3.831$; gl = 2; NS	
Capaz de se livrar de situações que não agradam										
Muitas vezes	48.0	45.9	47.6	49.3	47.8	40.2	47.9	43.1	47.8	46.7
Às vezes	40.8	39.0	41.1	33.0	40.7	33.0	40.6	40.7	40.7	39.1
Raramente	11.2	15.1	11.3	17.7	11.4	26.8	11.5	16.3	11.5	14.2
	$\chi^2 = 8.616$; gl = 2; p<.05		$\chi^2 = 16.978$; gl = 2; p<.000		$\chi^2 = 21.965$; gl = 2; p<.000		$\chi^2 = 5.802$; gl = 2; NS		$\chi^2 = 2.069$; gl = 2; NS	

Anexo 1-Quadro 23 – Percentagens por grupos com e sem problemas de saúde/deficiência – Relações sociais família e pares (amostra 1)

	Problema de saúde		Doença crônica		Deficiência motora		Deficiência sensorial		Outra situação	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Falar pai										
Não tenho ou não vejo	6.3	9.7	6.5	10.2	6.6	12.4	6.5	12.6	6.6	8.4
Fácil/muito fácil	58.5	49.7	57.8	56.1	57.4	73.2	57.9	53.1	57.8	55.2
Difícil/muito difícil	35.2	40.7	35.8	33.7	36.0	14.4	35.7	34.3	35.6	36.5
	$\chi^2 = 21.856$; gl = 2; p<.000		$\chi^2 = 7.098$; gl = 2; p<.05		$\chi^2 = 21.296$; gl = 2; p<.000		$\chi^2 = 13.723$; gl = 2; p<.001		$\chi^2 = 1.687$; gl = 2; NS	
Falar mãe										
Não tenho ou não vejo	3.5	4.1	3.6	4.4	3.6	4.3	3.5	7.6	3.6	4.1
Fácil/muito fácil	80.1	75.5	79.7	77.9	79.7	76.6	79.9	73.4	79.7	78.8
Difícil/muito difícil	16.4	20.4	16.7	17.7	16.7	19.1	16.7	19.0	16.7	17.1
	$\chi^2 = 7.428$; gl = 2; p<.05		$\chi^2 = .980$; gl = 2; NS		$\chi^2 = .546$; gl = 2; NS		$\chi^2 = 12.731$; gl = 2; p<.01		$\chi^2 = .237$; gl = 2; NS	
Falar melhor amigo										
Não tenho ou não vejo	2.8	4.1	2.8	5.8	2.9	6.8	2.9	4.4	2.9	5.0
Fácil/muito fácil	90.7	84.8	90.4	83.5	90.2	77.3	90.2	84.6	90.4	82.6
Difícil/muito difícil	6.5	11.1	6.8	10.7	6.9	15.9	6.9	11.0	6.7	12.4
	$\chi^2 = 22.332$; gl = 2; p<.000		$\chi^2 = 17.354$; gl = 2; p<.000		$\chi^2 = 16.052$; gl = 2; p<.000		$\chi^2 = 7.728$; gl = 2; p<.05		$\chi^2 = 17.950$; gl = 2; p<.000	
Falar amigos do mesmo sexo										
Não tenho ou não vejo	2.5	4.0	2.6	4.9	2.7	8.0	2.5	7.2	2.7	2.4
Fácil/muito fácil	86.6	80.4	86.2	80.9	86.1	75.0	86.2	78.5	86.1	81.9
Difícil/muito difícil	10.9	15.6	11.2	14.3	11.3	17.0	11.2	14.3	11.1	15.7
	$\chi^2 = 17.735$; gl = 2; p<.000		$\chi^2 = 9.465$; gl = 2; p<.01		$\chi^2 = 12.694$; gl = 2; p<.01		$\chi^2 = 21.349$; gl = 2; p<.000		$\chi^2 = 5.643$; gl = 2; NS	
Falar amigos sexo oposto										
Não tenho ou não vejo	4.7	5.4	4.8	6.0	4.8	6.7	4.7	8.3	4.9	3.9
Fácil/muito fácil	63.4	60.3	63.2	59.9	63.0	62.9	63.4	53.7	63.1	61.8
Difícil/muito difícil	31.9	34.3	32.0	34.0	32.2	30.3	31.9	38.0	32.0	34.3
	$\chi^2 = 2.298$; gl = 2; NS		$\chi^2 = 1.928$; gl = 2; NS		$\chi^2 = .759$; gl = 2; NS		$\chi^2 = 11.671$; gl = 2; p<.01		$\chi^2 = 1.009$; gl = 2; NS	
Amigos íntimos										
Nenhum	4.9	6.0	5.1	5.0	5.0	7.4	5.0	7.1	4.9	7.1
Um	11.8	16.8	12.2	14.9	12.4	11.7	12.4	13.3	12.3	14.9
Dois ou mais	83.3	77.1	82.7	80.2	82.6	80.9	82.7	79.7	82.8	78.0
	$\chi^2 = 16.099$; gl = 2; p<.000		$\chi^2 = 2.059$; gl = 2; NS		$\chi^2 = 1.151$; gl = 2; NS		$\chi^2 = 2.398$; gl = 2; NS		$\chi^2 = 5.002$; gl = 2; NS	

Quadro 23 cont.	Problema de saúde		Doença crónica		Deficiência motora		Deficiência sensorial		Outra situação	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Amigas íntimas										
Nenhuma	2.3	3.7	2.5	3.6	2.6	1.1	2.6	2.5	2.6	2.8
Uma	8.8	10.1	9.1	7.9	9.1	7.6	9.1	7.6	9.0	9.8
Duas ou mais	88.8	86.3	88.4	88.5	88.3	91.3	88.3	89.9	88.4	87.4
	$\chi^2 = 5.254$; gl = 2; NS		$\chi^2 = 2.065$; gl = 2; NS		$\chi^2 = 1.103$; gl = 2; NS		$\chi^2 = .634$; gl = 2; NS		$\chi^2 = .304$; gl = 2; NS	
Ficar com amigos depois das aulas										
Nenhum	15.2	19.0	15.4	19.6	15.7	12.6	15.7	16.3	15.5	19.3
Um a 3 dias	43.9	43.4	43.7	43.8	43.9	34.7	43.8	43.3	44.0	39.7
Quatro ou mais dias	40.8	37.6	40.8	36.6	40.4	52.6	40.6	40.4	40.6	41.0
	$\chi^2 = 6.712$; gl = 2; p<.05		$\chi^2 = 5.091$; gl = 2; NS		$\chi^2 = 5.814$; gl = 2; NS		$\chi^2 = .083$; gl = 2; NS		$\chi^2 = 3.896$; gl = 2; NS	
Sair amigos à noite										
Nenhum	53.4	57.1	53.8	51.4	53.9	38.3	53.6	55.1	53.4	58.1
Um a 3 dias	37.7	32.0	37.2	36.1	37.1	38.3	37.3	32.7	37.4	30.6
Quatro ou mais dias	8.9	10.9	9.1	12.5	9.0	23.4	9.1	12.2	9.2	11.3
	$\chi^2 = 9.275$; gl = 2; p<.01		$\chi^2 = 4.687$; gl = 2; NS		$\chi^2 = 24.857$; gl = 2; p<.000		$\chi^2 = 3.924$; gl = 2; NS		$\chi^2 = 6.268$; gl = 2; p<.05	

Anexo 1-Quadro 24 – Percentagens por grupos com e sem problemas de saúde/deficiência – Actividade física Semana normal dias prática de actividade física por semana (amostra 1)

	Problema de saúde		Doença crónica		Deficiência motora		Deficiência sensorial		Outra situação	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Actividade física semana										
Nunca	3.5	8.4	3.9	7.4	4.0	8.3	4.0	6.6	3.9	7.7
Menos três vezes semana	36.0	37.9	36.1	36.8	36.2	31.3	36.3	31.1	36.1	35.9
Três vezes ou mais por semana	50.3	43.7	49.7	46.5	49.6	42.7	49.4	50.8	49.7	45.6
Todos os dias	10.2	10.0	10.4	9.3	10.2	17.7	10.2	11.5	10.3	10.7
	$\chi^2 = 36.620$; gl = 3; p<.000		$\chi^2 = 11.060$; gl = 3; p<.05		$\chi^2 = 11.101$; gl = 3; p<.05		$\chi^2 = 6.041$; gl = 3; NS		$\chi^2 = 11.236$; gl = 3; p<.05	

Anexo 1-Quadro 25 – Percentagens por grupos com e sem problemas de saúde/deficiência –Prática desportiva (amostra 1)

	Sem Problema Saúde		Com Problema Saúde		χ^2	gl	p
	Não pratica	Sim pratica	Não pratica	Sim pratica			
Futebol	52.1	47.9	53.6	46.4	.518	1	NS
Basquetebol	82.7	17.3	82.0	18.0	.232	1	NS
Ginástica	81.2	18.8	83.2	16.8	1.604	1	NS
Voleibol	87.2	12.8	89.9	10.1	3.995	1	.05
Natação	82.2	17.8	75.8	24.2	16.199	1	.000
Ciclismo	85.6	14.4	85.3	14.7	.058	1	NS
Andebol	91.7	8.3	93.4	6.6	2.226	1	NS
Atletismo	89.9	10.1	90.5	9.5	.281	1	NS
Outra	86.1	13.9	84.5	15.5	1.145	1	NS
	Sem		Com				
	Doença crónica		Doença crónica				
	Não pratica	Sim pratica	Não pratica	Sim pratica	χ^2	gl	p
Futebol	52.5	47.5	51.7	48.3	.094	1	NS
Basquetebol	82.6	17.4	83.4	16.6	.148	1	NS
Ginástica	81.5	18.5	82.3	17.7	.148	1	NS
Voleibol	87.6	12.4	88.2	11.8	.125	1	NS
Natação	82.2	17.8	73.9	26.1	15.546	1	.000
Ciclismo	85.8	14.2	82.9	17.1	2.409	1	NS
Andebol	92.0	8.0	91.0	9.0	.476	1	NS
Atletismo	90.0	10.0	90.4	9.6	.067	1	NS
Outra	86.2	13.8	83.1	16.9	2.536	1	NS

Quadro 25 cont	Sem		Com		χ^2	gl	p
	deficiência motora		deficiência motora				
	Não pratica	Sim pratica	Não pratica	Sim pratica			
Futebol	52.5	47.5	48.0	52.0	.815	1	NS
Basquetebol	82.7	17.3	82.0	18.0	.033	1	NS
Ginástica	81.5	18.5	83.0	17.0	.145	1	NS
Voleibol	87.6	12.4	87.0	13.0	.034	1	NS
Natação	81.8	18.2	78.0	22.0	.939	1	NS
Ciclismo	85.8	14.2	77.0	23.0	6.212	1	.05
Andebol	92.0	8.0	88.0	12.0	2.176	1	NS
Atletismo	90.1	9.9	88.0	12.0	.477	1	NS
Outra	86.0	14.0	84.0	16.0	.334	1	NS
	Sem		Com				
	Deficiência sensorial		Deficiência sensorial				
	Não Pratica	Sim pratica	Não pratica	Sim pratica	χ^2	gl	p
Futebol	52.6	47.4	48.8	51.2	1.408	1	NS
Basquetebol	82.7	17.3	81.2	18.8	.398	1	NS
Ginástica	81.7	18.3	76.8	23.2	3.884	1	.05
Voleibol	87.6	12.4	87.6	12.4	.000	1	NS
Natação	81.8	18.2	80.4	19.6	.302	1	NS
Ciclismo	85.8	14.2	81.6	18.4	3.503	1	NS
Andebol	91.9	8.1	92.8	7.2	.240	1	NS
Atletismo	90.1	9.9	88.0	12.0	1.223	1	NS
Outra	86.2	13.8	81.2	18.8	4.962	1	.05
	Sem		Com				
	Outra Situação		Outra situação		χ^2	gl	p
	Não pratica	Sim pratica	Não pratica	Sim pratica			
Futebol	52.6	47.4	50.7	49.3	.427	1	NS
Basquetebol	82.8	17.2	79.7	20.3	1.943	1	NS
Ginástica	81.6	18.4	79.7	20.3	.692	1	NS
Voleibol	87.6	12.4	87.9	12.1	.028	1	NS
Natação	81.9	18.1	78.1	21.9	2.811	1	NS
Ciclismo	85.9	14.1	82.0	18.0	3.469	1	NS
Andebol	91.8	8.2	94.4	5.6	2.661	1	NS
Atletismo	90.2	9.8	87.3	12.7	2.810	1	NS
Outra	86.3	13.7	80.7	19.3	7.425	1	.01

Anexo 1-Quadro 26 – Percentagens por grupos com e sem problemas de saúde/deficiência – Ocupação tempos livres (amostra 1)

	Sem		Com		χ^2	gl	p.
	Problema Saúde		Problema Saúde				
	Não	Sim	Não	Sim			
Ouvir música primavera/verão	11.6	88.4	16.4	83.6	12.889	1	.000
Ouvir música outono/inverno	29.9	70.1	35.3	64.7	8.182	1	.01
Ler primavera/verão	40.7	59.3	37.4	62.6	28.658	1	.000
Ler outono/inverno	29.8	70.2	34.8	65.2	7.101	1	.01
Jogar cartas, vídeo, computador primavera/verão	23.9	76.1	26.7	73.3	2.579	1	NS
Jogar cartas, vídeo, computador outono/inverno	32.4	67.6	35.4	64.6	2.504	1	NS
Cinema, teatro, concertos primavera/verão	21.5	78.5	22.5	77.5	.392	1	NS
Cinema, teatro, concertos outono/inverno	48.9	51.1	53.3	46.7	4.584	1	NS
Trabalhar para ganhar dinheiro primavera/verão	39.4	60.6	34.8	65.2	5.086	1	.05
Trabalhar para ganhar dinheiro outono/inverno	80.8	19.2	76.6	23.4	6.690	1	.01
Conversar amigos primavera/verão	9.1	90.9	11.9	88.1	5.129	1	.05
Conversar amigos outono/inverno	31.7	68.3	37.8	62.2	10.283	1	.001
Praticar desporto grupo primavera/verão	14.2	85.8	20.7	79.3	19.586	1	.000
Praticar desporto grupo outono/inverno	55.6	44.4	57.1	42.9	.503	1	NS
Praticar desporto individual primavera/verão	31.3	68.7	31.2	68.8	.000	1	NS
Praticar desporto individual outono/inverno	64.0	36.0	64.4	35.6	.048	1	NS
Praticar desporto competição primavera/verão	38.7	61.3	39.9	60.1	.363	1	NS
Praticar desporto competição outono/inverno	64.2	35.8	67.9	32.1	3.402	1	NS
Assistir acontec. desportivos primavera/verão	22.9	77.1	26.6	73.4	4.460	1	.05
Assistir acontec. desportivos outono/inverno	57.1	42.9	59.0	41.0	.909	1	NS

Quadro 26 cont.	Sem Problema Saúde		Com Problema Saúde		χ^2	gl	p
	Não	Sim	Não	Sim			
Ajudar nos trabalhos domésticos primavera/verão	31.2	68.8	32.1	67.9	.218	1	NS
Ajudar nos trabalhos domésticos_outono/	37.3	62.7	40.5	59.5	.266	1	NS
Praticar desporto não orientado por treinador primavera/verão	32.6	67.4	34.4	65.6	.883	1	NS
Praticar desporto não orientado por treinador outono/inverno	59.6	40.4	60.5	39.5	.196	1	NS
Fazer tpc ou mais trabalhos escola primavera/verão	41.2	58.8	42.3	57.7	.315	1	NS
Fazer tpc ou mais trabalhos escola outono/inverno	28.9	71.1	35.0	65.0	10.389	1	.001
Ir ao café primavera/verão	18.9	81.1	23.4	76.6	7.753	1	.005
Ir ao café outono/inverno	49.0	51.0	52.9	47.1	3.589	1	NS
Ir à discoteca primavera/verão	40.9	59.1	39.3	60.7	.588	1	NS
Ir à discoteca outono/inverno	70.5	29.5	67.4	32.6	2.654	1	NS
Namorar/estar c/ namorado primavera/verão	35.9	64.1	35.0	65.0	.236	1	NS
Namorar/estar c/ namorado_outono/	54.0	46.0	54.2	45.8	.010	1	NS
Estar só (pensar, relaxar) primavera/verão	33.6	66.4	33.0	67.0	.092	1	NS
Estar só (pensar, relaxar) outono/inverno	33.3	66.7	37.5	62.5	4.663	1	.05
Dormir primavera/verão	28.3	71.7	32.0	68.0	3.920	1	.05
Dormir outono/inverno	22.3	77.7	26.4	73.6	5.824	1	.05
Fazer compras/ver montras primavera/verão	18.6	81.4	18.9	81.1	.050	1	NS
Fazer compras/ver montras outono/inverno	47.9	52.1	54.4	45.6	9.954	1	.01
Estar c/ amigos primavera/verão	8.9	91.1	12.2	87.8	7.713	1	.01
Estar c/ amigos outono/inverno	34.8	65.2	38.9	61.1	4.336	1	.05
Fazer uma colecção primavera/verão	45.5	54.5	39.3	60.7	8.965	1	.01
Fazer uma colecção outono/inverno	53.6	46.4	56.5	43.5	1.962	1	NS
Ver TV/vídeo primavera/verão	22.3	77.7	24.9	75.1	2.285	1	NS
Ver TV/vídeo outono/inverno	24.0	76.0	30.5	69.5	13.310	1	.000
Navegar na internet primavera/verão	40.4	59.6	40.8	59.2	.056	1	NS
Navegar na internet outono/inverno	42.3	57.7	45.3	54.7	2.201	1	NS
Falar ao telefone primavera/verão	23.4	76.6	27.5	72.5	5.385	1	.05
Falar ao telefone outono/inverno	36.4	63.6	41.6	58.4	6.919	1	.01
Ir à praia primavera/verão	7.7	92.3	10.5	89.5	6.552	1	.01
Ir à praia outono/inverno	82.9	17.1	80.3	19.7	2.763	1	NS
Tocar musica/cantar primavera/verão	38.1	61.9	33.8	66.2	4.615	1	.05
Tocar musica/cantar outono/inverno	55.9	44.1	56.5	43.5	.072	1	NS
Actividades "arte e expressão" primavera/verão	58.4	41.6	54.2	45.8	4.278	1	.05
Actividades "arte e expressão" outono/inverno	70.4	29.6	69.5	30.5	.205	1	NS
Solidariedade social primavera/verão	61.5	38.5	57.5	42.5	3.989	1	.05
Solidariedade social outono/inverno	74.1	25.9	70.9	29.1	3.143	1	NS
Actividades associativas primavera/verão	55.8	44.2	52.7	47.3	2.351	1	NS
Actividades associativas outono/inverno	72.9	27.1	71.2	28.8	.870	1	NS
Visitar conhecidos/familiares primavera/verão	20.3	79.7	21.6	78.4	.651	1	NS
Visitar conhecidos/familiares outono/inverno	42.2	57.8	45.3	54.7	2.398	1	NS
Outra primavera/verão	87.0	13.0	82.3	17.7	11.378	1	.001
Outra outono/inverno	91.3	8.7	87.5	12.5	10.292	1	.001

Anexo 1-Quadro 27 – Percentagens por grupos com e sem doença crónica – Ocupação tempos livres (amostra 1)

	Sem Doença crónica		Com Doença crónica		χ^2	gl	p.
	Não	Sim	Não	Sim			
Ouvir música primavera/verão	13.0	87.0	15.2	84.8	1.448	1	NS
Ouvir música outono/inverno	31.0	69.0	36.8	63.2	5.181	1	.05
Ler primavera/verão	41.3	58.7	36.8	63.2	2.829	1	NS
Ler outono/inverno	31.0	69.0	33.4	66.6	.898	1	NS
Jogar cartas, vídeo, computador primavera/verão	25.2	74.8	22.2	77.8	1.613	1	NS
Jogar cartas, vídeo, computador outono/inverno	33.5	66.5	36.0	64.0	.940	1	NS
Cinema, teatro, concertos primavera/verão	22.7	77.3	18.3	81.7	3.830	1	.05
Cinema, teatro, concertos outono/inverno	50.0	50.0	52.8	47.2	1.091	1	NS
Trabalhar para ganhar dinheiro primavera/verão	39.6	60.4	37.1	62.9	.882	1	NS
Trabalhar para ganhar dinheiro outono/inverno	80.7	19.3	77.2	22.8	2.481	1	NS

Quadro 27 cont.	Sem Doença crónica		Com Doença crónica		χ^2	gl	p.
	Não	Sim	Não	Sim			
Conversar amigos primavera/verão	10.2	89.8	16.0	84.0	11.929	1	.001
Conversar amigos outono/inverno	15.7	84.3	19.4	80.6	3.456	1	NS
Praticar desporto grupo primavera/verão	56.4	43.6	55.1	44.9	.239	1	NS
Praticar desporto grupo outono/inverno	31.9	68.1	33.1	66.9	.221	1	NS
Praticar desporto individual primavera/verão	64.6	35.4	61.8	38.2	1.154	1	NS
Praticar desporto individual outono/inverno	39.5	60.5	39.3	60.7	.006	1	NS
Praticar desporto competição primavera/verão	65.2	34.8	62.6	37.4	.949	1	NS
Praticar desporto competição outono/inverno	24.0	76.0	28.4	71.6	3.487	1	NS
Assistir acontec. desportivos primavera/verão	57.9	42.1	56.5	43.5	.301	1	NS
Assistir acontec. desportivos outono/inverno	32.1	67.9	33.7	66.3	.422	1	NS
Ajudar nos trabalhos domésticos primavera/verão	38.3	61.7	41.6	58.4	1.531	1	NS
Ajudar nos trabalhos domésticos outono/inverno	33.3	66.7	37.1	62.9	2.130	1	NS
Praticar desporto não orientado por treinador primavera/verão	60.4	39.6	56.5	43.5	2.189	1	NS
Praticar desporto não orientado por treinador outono/inverno	56.4	39.6	56.5	43.5	2.189	1	NS
Fazer tpc ou mais trabalhos escola primavera/verão	42.2	57.8	37.4	62.6	3.203	1	NS
Fazer tpc ou mais trabalhos escola outono/inverno	30.0	70.0	39.0	61.0	13.070	1	.000
Ir ao café primavera/verão	20.2	79.8	23.0	77.0	1.694	1	NS
Ir ao café outono/inverno	49.9	50.1	51.4	48.6	.316	1	NS
Ir à discoteca primavera/verão	41.4	58.6	39.0	61.0	.792	1	NS
Ir à discoteca outono/inverno	70.5	29.5	71.3	28.7	.123	1	NS
Namorar/estar c/ namorado primavera/verão	36.4	63.6	37.4	62.6	.139	1	NS
Namorar/estar c/ namorado_outono/	54.6	45.4	56.2	43.8	.354	1	NS
Estar só (pensar, relaxar) primavera/verão	34.6	65.4	29.8	70.2	3.435	1	NS
Estar só (pensar, relaxar) outono/inverno	34.5	65.5	38.8	61.2	2.743	1	NS
Dormir outono/inverno	23.3	76.7	30.3	69.7	9.061	1	.005
Fazer compras/ver montras primavera/verão	19.4	80.6	22.2	77.8	1.603	1	NS
Fazer compras/ver montras outono/inverno	49.0	51.0	51.7	48.3	.952	1	NS
Estar c/ amigos primavera/verão	9.9	90.1	16.3	83.7	15.042	1	.000
Estar c/ amigos outono/inverno	36.1	63.9	36.2	63.8	.003	1	NS
Fazer uma colecção primavera/verão	45.6	54.4	40.7	59.3	3.177	1	NS
Fazer uma colecção outono/inverno	54.4	45.6	54.5	45.5	.001	1	NS
Ver TV/vídeo primavera/verão	23.2	76.8	27.2	72.8	3.083	1	NS
Ver TV/vídeo outono/inverno	25.5	74.5	29.2	70.8	2.365	1	NS
Navegar na internet primavera/verão	41.4	58.6	36.2	63.8	3.689	1	NS
Navegar na internet outono/inverno	43.2	56.8	44.1	55.9	.106	1	NS
Falar ao telefone primavera/verão	24.7	75.3	23.9	76.1	.125	1	NS
Falar ao telefone outono/inverno	37.4	62.6	43.3	56.7	4.923	1	.05
Ir à praia primavera/verão	8.9	91.1	12.1	87.9	4.050	1	.05
Ir à praia outono/inverno	83.0	17.0	77.2	22.8	7.890	1	.005
Tocar musica/cantar primavera/verão	38.2	61.8	38.5	61.5	.010	1	NS
Tocar musica/cantar outono/inverno	56.7	43.3	53.4	46.6	1.474	1	NS
Actividades "arte e expressão" primavera/verão	58.7	41.3	53.4	46.6	3.870	1	.05
Actividades "arte e expressão" outono/inverno	70.7	29.3	68.5	31.5	.730	1	NS
Solidariedade social primavera/verão	61.8	38.2	54.2	45.8	8.142	1	.01
Solidariedade social outono/inverno	74.0	26.0	75.8	24.2	.556	1	NS
Actividades associativas primavera/verão	56.3	43.7	50.6	49.4	4.471	1	.05
Actividades associativas outono/inverno	73.2	26.8	69.1	30.9	2.899	1	NS
Visitar conhecidos/familiares primavera/verão	21.2	78.8	24.4	75.6	2.098	1	NS
Visitar conhecidos/familiares outono/inverno	43.2	56.8	45.2	54.8	.539	1	NS
Outra primavera/verão	87.0	13.0	79.2	20.8	17.534	1	.000
Outra outono/inverno	91.3	8.7	84.0	16.0	21.952	1	.000

Anexo 1-Quadro 28 – Percentagens por grupos com e sem deficiência motora – Ocupação tempos livres (amostra 1)

	Sem		Com		χ^2	gl	p
	Def motora	Def motora	Def motora	Def motora			
Ouvir música primavera/verão	13.0	87.0	15.0	85.0	.329	1	NS
Ouvir música outono/inverno	31.0	69.0	56.0	44.0	28.658	1	.000
Ler primavera/verão	41.2	58.8	30.0	70.0	5.133	1	.05
Ler outono/Inverno	30.8	69.2	55.0	45.0	26.909	1	.000
Jogar cartas, vídeo, computador primavera/verão	25.0	75.0	28.0	72.0	.481	1	NS
Jogar cartas, vídeo, computador outono/inverno	33.4	66.6	45.0	55.0	5.922	1	.05
Cinema, teatro, concertos primavera/verão	22.4	77.6	26.0	74.0	.732	1	NS
Cinema, teatro, concertos outono/inverno	50.0	50.0	57.0	43.0	1.923	1	NS
Trabalhar para ganhar dinheiro primavera/verão	39.5	60.5	35.0	65.0	.839	1	NS
Trabalhar para ganhar dinheiro outono/inverno	80.7	19.3	68.0	32.0	10.039	1	.01
Conversar amigos primavera/verão	10.3	89.7	25.0	75.0	22.478	1	.000
Conversar amigos outono/inverno	32.7	67.3	56.0	44.0	24.009	1	.000
Praticar desporto grupo primavera/verão	15.7	84.3	28.0	72.0	11.163	1	.001
Praticar desporto grupo outono/inverno	56.2	43.8	60.0	40.0	.564	1	NS
Praticar desporto individual primavera/verão	31.9	68.1	39.0	61.0	2.277	1	NS
Praticar desporto individual outono/inverno	64.5	35.5	60.0	40.0	.876	1	NS
Praticar desporto competição primavera/verão	39.6	60.4	37.0	63.0	.270	1	NS
Praticar desporto competição outono/inverno	65.1	34.9	61.0	39.0	.726	1	NS
Assistir acontec. desportivos primavera/verão	24.1	75.9	36.0	64.0	7.635	1	.01
Assistir acontec. desportivos outono/inverno	57.8	42.2	64.0	36.0	1.575	1	NS
Ajudar nos trabalhos domésticos primavera/verão	32.1	67.9	33.0	67.0	.034	1	NS
Ajudar nos trabalhos domésticos_outono/	38.2	61.8	53.0	47.0	9.058	1	.01
Praticar desporto não orientado por treinador primavera/verão	33.5	66.5	36.0	64.0	.277	1	NS
Praticar desporto não orientado por treinador outono/inverno	60.2	39.8	59.0	41.0	.060	1	NS
Fazer tpc ou mais trabalhos escola primavera/verão	42.1	57.9	32.0	68.0	4.094	1	.05
Fazer tpc ou mais trabalhos escola outono/inverno	30.1	69.9	55.0	45.0	28.831	1	.000
Ir ao café primavera/verão	20.2	79.8	28.0	72.0	3.682	1	NS
Ir ao café outono/inverno	49.8	50.2	59.0	41.0	3.324	1	NS
Ir à discoteca primavera/verão	41.4	58.6	38.0	62.0	.456	1	NS
Ir à discoteca outono/inverno	70.5	29.5	70.0	30.0	.014	1	NS
Namorar/estar c/ namorado primavera/verão	36.4	63.6	38.0	62.0	.107	1	NS
Namorar/estar c/ namorado_outono/	54.4	45.6	69.0	31.0	8.439	1	.01
Estar só (pensar, relaxar) primavera/verão	34.3	65.7	32.0	68.0	.239	1	NS
Estar só (pensar, relaxar) outono/inverno	34.5	65.5	47.0	53.0	6.777	1	.01
Dormir primavera/verão	29.4	70.6	35.0	65.0	1.475	1	NS
Dormir outono/inverno	23.3	76.7	52.0	48.0	44.808	1	.000
Fazer compras/ver montras primavera/verão	19.5	80.5	28.0	72.0	4.545	1	.05
Fazer compras/ver montras outono/inverno	49.0	51.0	58.0	42.0	3.167	1	NS
Estar c/ amigos primavera/verão	10.1	89.9	18.0	82.0	6.653	1	.01
Estar c/ amigos outono/inverno	35.8	64.2	55.0	45.0	15.751	1	.000
Fazer uma colecção primavera/verão	45.5	54.5	33.0	67.0	6.201	1	.05
Fazer uma colecção outono/inverno	54.3	45.7	61.0	39.0	1.779	1	NS
Ver TV/vídeo primavera/verão	23.5	76.5	19.0	81.0	1.108	1	NS
Ver TV/vídeo outono/inverno	25.3	74.7	55.0	45.0	45.472	1	.000
Navegar na internet primavera/verão	41.2	58.8	35.0	65.0	1.574	1	NS
Navegar na internet outono/inverno	43.0	57.0	58.0	42.0	8.983	1	.01
Falar ao telefone primavera/verão	24.6	75.4	31.0	69.0	2.198	1	NS
Falar ao telefone outono/inverno	37.4	62.6	55.0	45.0	12.911	1	.000
Ir à praia primavera/verão	8.8	91.2	29.0	71.0	48.655	1	.000
Ir à praia outono/inverno	83.0	17.0	65.0	35.0	22.299	1	.000
Tocar musica/cantar primavera/verão	38.1	61.9	46.0	54.0	2.598	1	NS
Tocar musica/cantar outono/inverno	56.5	43.5	53.0	47.0	.497	1	NS
Actividades “arte e expressão” primavera/verão	58.6	41.4	44.0	56.0	8.625	1	.01
Actividades “arte e expressão” outono/inverno	70.7	29.3	64.0	36.0	2.094	1	NS
Solidariedade social primavera/verão	61.6	38.4	47.0	53.0	8.842	1	.01
Solidariedade social outono/inverno	74.3	25.7	67.0	33.0	2.709	1	NS
Actividades associativas primavera/verão	56.1	43.9	46.0	54.0	4.093	1	.05
Actividades associativas outono/inverno	73.1	26.9	67.0	33.0	1.850	1	NS
Visitar conhecidos/familiares primavera/verão	21.2	78.8	35.0	65.0	11.213	1	.001
Visitar conhecidos/familiares outono/inverno	43.2	56.8	55.0	45.0	5.615	1	.05

Quadro 28 cont.	Sem		Com		χ^2	gl	p
	Def motora		Def motora				
	Não	Sim	Não	Sim			
Outra primavera/verão	87.0	13.0	58.0	42.0	71.277	1	.000
Outra outono/inverno	91.2	8.8	71.0	29.0	48.814	1	.000

Anexo 1-Quadro 29 – Percentagens por grupos com e sem deficiência sensorial – Ocupação tempos livres (amostra 1)

	Sem		Com		χ^2	gl	p
	Def sensorial		Def sensorial				
	Não	Sim	Não	Sim			
Ouvir música primavera/verão	13.0	87.0	15.2	84.8	1.029	1	NS
Ouvir música outono/inverno	31.1	68.9	37.2	62.8	4.122	1	.05
Ler primavera/verão	41.2	58.8	38.4	61.6	.758	1	NS
Ler outono/inverno	31.0	69.0	35.6	64.4	2.385	1	NS
Jogar cartas, vídeo, computador primavera/verão	25.0	75.0	24.8	75.2	.007	1	NS
Jogar cartas, vídeo, computador outono/inverno	33.4	66.6	39.2	60.8	3.664	1	NS
Cinema, teatro, concertos primavera/verão	22.4	77.6	24.8	75.2	.820	1	NS
Cinema, teatro, concertos outono/inverno	49.9	50.1	56.0	44.0	3.602	1	NS
Trabalhar para ganhar dinheiro primavera/verão	39.6	60.4	34.8	65.2	2.348	1	NS
Trabalhar para ganhar dinheiro outono/inverno	80.5	19.5	79.2	20.8	.263	1	NS
Conversar amigos primavera/verão	10.5	89.5	11.2	88.8	.116	1	NS
Conversar amigos outono/inverno	32.7	67.3	42.8	57.2	11.009	1	.001
Praticar desporto grupo primavera/verão	15.8	84.2	17.2	82.8	.337	1	NS
Praticar desporto grupo outono/inverno	56.3	43.7	57.2	42.8	.085	1	NS
Praticar desporto individual primavera/verão	32.1	67.9	30.4	69.6	.313	1	NS
Praticar desporto individual outono/inverno	64.6	35.4	60.8	39.2	1.510	1	NS
Praticar desporto competição primavera/verão	39.5	60.5	40.4	59.6	.084	1	NS
Praticar desporto competição outono/inverno	65.1	34.9	62.4	37.6	.793	1	NS
Assistir acontec. desportivos primavera/verão	24.0	76.0	30.8	69.2	6.079	1	.05
Assistir acontec. desportivos outono/inverno	57.9	42.1	56.0	44.0	.367	1	NS
Ajudar nos trabalhos domésticos primavera/verão	32.4	67.6	26.8	73.2	3.417	1	NS
Ajudar nos trabalhos domésticos outono/inverno	38.2	61.8	44.0	56.0	3.359	1	NS
Praticar desporto não orientado por treinador primavera/verão	33.5	66.5	33.2	66.8	.013	1	NS
Praticar desporto não orientado por treinador outono/inverno	60.3	39.7	58.4	41.6	.347	1	NS
Fazer tpc ou mais trabalhos escola primavera/verão	42.4	57.6	30.4	69.6	14.163	1	.000
Fazer tpc ou mais trabalhos escola outono/inverno	30.2	69.8	36.0	64.0	3.741	1	NS
Ir ao café primavera/verão	20.4	79.6	20.0	80.0	.019	1	NS
Ir ao café outono/inverno	49.8	50.2	53.6	46.4	1.382	1	NS
Ir à discoteca primavera/verão	41.1	58.9	45.2	54.8	1.637	1	NS
Ir à discoteca outono/inverno	70.4	29.6	72.4	27.6	.440	1	NS
Namorar/estar c/ namorado primavera/verão	36.3	63.7	40.4	59.6	1.767	1	NS
Namorar/estar c/ namorado outono/inverno	54.3	45.7	62.0	38.0	5.671	1	.05
Estar só (pensar, relaxar) primavera/verão	34.4	65.6	31.2	68.8	1.112	1	NS
Estar só (pensar, relaxar) outono/inverno	34.6	65.4	38.4	61.6	1.567	1	NS
Dormir primavera/verão	29.4	70.6	32.0	68.0	.780	1	NS
Dormir outono/inverno	23.7	76.3	25.6	74.4	.494	1	NS
Fazer compras/ver montras primavera/verão	19.6	80.4	20.0	80.0	.026	1	NS
Fazer compras/ver montras outono/inverno	49.1	50.9	50.0	50.0	.071	1	NS
Estar c/ amigos primavera/verão	10.2	89.8	11.2	88.8	.260	1	NS
Estar c/ amigos outono/inverno	35.9	64.1	39.6	60.4	1.388	1	NS
Fazer uma colecção primavera/verão	45.5	54.5	40.4	59.6	2.520	1	NS
Fazer uma colecção outono/inverno	54.7	45.3	48.4	51.6	3.798	1	NS
Ver TV/vídeo primavera/verão	23.4	76.6	22.8	77.2	.056	1	NS
Ver TV/vídeo outono/inverno	25.6	74.4	28.4	71.6	.954	1	NS
Navegar na internet primavera/verão	41.0	59.0	43.6	56.4	.671	1	NS
Navegar na internet outono/inverno	43.1	56.9	47.6	52.4	1.989	1	NS
Falar ao telefone primavera/verão	24.6	75.4	27.2	72.8	.904	1	NS
Falar ao telefone outono/inverno	37.7	62.3	39.2	60.8	.241	1	NS
Ir à praia primavera/verão	8.9	91.1	13.2	86.8	5.292	1	.05
Ir à praia outono/inverno	82.9	17.1	78.0	22.0	4.045	1	.05
Tocar musica/cantar primavera/verão	38.4	61.6	34.0	66.0	1.977	1	NS
Tocar musica/cantar outono/inverno	56.7	43.3	50.4	49.6	3.903	1	.05
Actividades "arte e expressão" primavera/verão	58.6	41.4	51.6	48.4	4.900	1	.05
Actividades "arte e expressão" outono/inverno	71.0	29.0	60.0	40.0	13.942	1	.000

Quadro 29 cont.	Sem		Com		χ^2	gl	p
	Def sensorial		Def sensorial				
	Não	Sim	Não	Sim			
Solidariedade social primavera/verão	61.7	38.3	53.6	46.4	6.620	1	.01
Solidariedade social outono/inverno	74.4	25.6	67.6	32.4	5.829	1	.05
Actividades associativas primavera/verão	56.3	43.7	48.8	51.2	5.424	1	.05
Actividades associativas outono/inverno	73.3	26.7	66.4	33.6	5.741	1	.05
Visitar conhecidos/familiares primavera/verão	21.5	78.5	19.2	80.8	.739	1	NS
Visitar conhecidos/familiares outono/inverno	43.2	56.8	46.4	53.6	.985	1	NS
Outra primavera/verão	87.0	13.0	76.8	23.2	21.341	1	NS
Outra outono/inverno	91.1	8.9	86.0	14.0	7.623	1	.01

Anexo 1-Quadro 30 – Percentagens por grupos com e sem outra situação – Ocupação tempos livres (amostra 1)

	Sem outra situação		Com Outra situação		χ^2	gl	p
	Não	Sim	Não	Sim			
Ouvir música primavera/verão	13.0	87.0	14.7	85.3	.748	1	NS
Ouvir música outono/inverno	31.2	68.8	35.0	65.0	1.941	1	NS
Ler primavera/verão	41.2	58.8	38.2	61.8	1.057	1	NS
Ler outono/inverno	31.1	68.9	32.7	67.3	.342	1	NS
Jogar cartas, vídeo, computador primavera/verão	25.1	74.9	23.9	76.1	.233	1	NS
Jogar cartas, vídeo, computador outono/inverno	33.5	66.5	36.3	63.7	1.033	1	NS
Cinema, teatro, concertos primavera/verão	22.3	77.7	25.5	74.5	1.699	1	NS
Cinema, teatro, concertos outono/inverno	50.0	50.0	53.3	46.7	1.275	1	NS
Trabalhar para ganhar dinheiro primavera/verão	39.7	60.3	35.0	65.0	2.696	1	NS
Trabalhar para ganhar dinheiro outono/inverno	80.8	19.2	74.8	25.2	6.478	1	.05
Conversar amigos primavera/verão	10.5	89.5	11.1	88.9	.106	1	NS
Conversar amigos outono/inverno	32.7	67.3	42.2	57.8	11.855	1	.001
Praticar desporto grupo primavera/verão	15.8	84.2	17.0	83.0	3.456	1	NS
Praticar desporto grupo outono/inverno	56.3	43.7	56.2	43.8	.239	1	NS
Praticar desporto individual primavera/verão	32.1	67.9	30.4	69.6	.221	1	NS
Praticar desporto individual outono/inverno	64.4	35.6	64.4	35.6	1.154	1	NS
Praticar desporto competição primavera/verão	39.7	60.3	35.6	64.4	.006	1	NS
Praticar desporto competição outono/inverno	65.0	35.0	66.3	33.7	.949	1	NS
Assistir acontec. desportivos primavera/verão	24.1	75.9	26.8	73.2	3.487	1	NS
Assistir acontec. desportivos outono/inverno	57.9	42.1	57.5	42.5	.301	1	NS
Ajudar nos trabalhos domésticos primavera/verão	32.2	67.8	31.4	68.6	.422	1	NS
Ajudar nos trabalhos domésticos_outono/	38.6	61.4	36.9	63.1	1.531	1	NS
Praticar desporto não orientado por treinador primavera/verão	33.7	66.3	31.0	69.0	2.130	1	NS
Praticar desporto não orientado por treinador outono/inverno	60.4	39.6	55.2	44.8	2.189	1	NS
Fazer tpc ou mais trabalhos escola primavera/verão	41.8	58.2	44.4	55.6	3.203	1	NS
Fazer tpc ou mais trabalhos escola outono/inverno	30.3	69.7	33.7	66.3	13.070	1	.000
Ir ao café primavera/verão	20.1	79.9	25.2	74.8	1.694	1	NS
Ir ao café outono/inverno	49.7	50.3	54.2	45.8	.316	1	NS
Ir à discoteca primavera/verão	41.5	58.5	38.2	61.8	.792	1	NS
Ir à discoteca outono/inverno	70.6	29.4	69.9	30.1	.123	1	NS
Namorar/estar c/ namorado primavera/verão	36.6	63.4	32.7	67.3	.139	1	NS
Namorar/estar c/ namorado_outono/	54.8	45.2	52.0	48.0	.354	1	NS
Estar só (pensar, relaxar) primavera/verão	34.5	65.5	30.7	69.3	3.435	1	NS
Estar só (pensar, relaxar) outono/inverno	34.5	65.5	39.5	60.5	2.743	1	NS
Dormir primavera/verão	29.5	70.5	30.1	69.9	1.151	1	NS
Dormir outono/inverno	23.5	76.5	28.4	71.6	9.061	1	.01
Fazer compras/ver montras primavera/verão	19.3	80.7	25.2	74.8	1.603	1	NS
Fazer compras/ver montras outono/inverno	49.1	50.9	50.0	50.0	.952	1	NS
Estar c/ amigos primavera/verão	10.1	89.9	12.1	87.9	15.042	1	.000
Estar c/ amigos outono/inverno	35.9	64.1	39.2	60.8	.003	1	NS
Fazer uma colecção primavera/verão	45.7	54.3	38.2	61.8	3.177	1	NS
Fazer uma colecção outono/inverno	54.2	45.8	58.8	41.2	.001	1	NS
Ver TV/vídeo primavera/verão	23.5	76.5	21.9	78.1	3.083	1	NS
Ver TV/vídeo outono/inverno	25.4	74.6	32.4	67.6	2.365	1	NS
Navegar na internet primavera/verão	41.0	59.0	42.2	57.8	3.698	1	NS
Navegar na internet outono/inverno	43.2	56.8	44.8	55.2	.106	1	NS
Falar ao telefone primavera/verão	24.5	75.5	26.8	73.2	.125	1	NS
Falar ao telefone outono/inverno	37.6	62.4	40.5	59.5	4.923	1	.05

Quadro 30 cont.	Sem outra situação		Com Outra situação		χ^2	gl	p
	Não	Sim	Não	Sim			
Ir à praia primavera/verão	9.0	91.0	10.1	89.9	4.050	1	.05
Ir à praia outono/inverno	82.9	17.1	79.4	20.6	7.890	1	.01
Tocar musica/cantar primavera/verão	38.5	61.5	33.0	67.0	.010	1	NS
Tocar musica/cantar outono/inverno	56.4	43.6	57.8	42.2	1.474	1	NS
Actividades "arte e expressão" primavera/verão	58.5	41.5	55.2	44.8	3.870	1	.05
Actividades "arte e expressão" outono/inverno	70.6	29.4	69.0	31.0	.730	1	NS
Solidariedade social primavera/verão	61.6	38.4	56.2	43.8	8.142	1	.01
Solidariedade social outono/inverno	74.4	25.6	69.3	30.7	.566	1	NS
Actividades associativas primavera/verão	56.2	43.8	52.3	47.7	4.471	1	.05
Actividades associativas outono/inverno	73.2	26.8	69.6	30.4	2.899	1	NS
Visitar conhecidos/familiares primavera/verão	21.3	78.7	22.2	77.8	2.098	1	NS
Visitar conhecidos/familiares outono/inverno	43.4	56.6	41.8	58.2	.539	1	NS
Outra primavera/verão	87.0	13.0	78.4	21.6	17.534	1	.000
Outra outono/inverno	91.3	8.7	84.0	16.0	21.952	1	.000

Anexo 1-Quadro 31 – Percentagens por grupos com e sem problemas de saúde/deficiência – Comportamentos risco (amostra 1)

	Problema de saúde		Doença crónica		Deficiência motora		Deficiência sensorial		Outra situação	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Frequência tabaco										
Não fumo	81.7	79.6	81.6	78.7	81.6	71.4	81.4	82.9	81.4	81.7
Menos uma vez semana	5.7	4.7	5.6	5.1	5.6	5.1	5.7	4.1	5.6	5.0
Pelo menos uma vez semana	4.3	5.5	4.4	5.7	4.4	9.2	4.4	6.1	4.5	4.3
Todos os dias	8.3	10.2	8.3	10.5	8.4	14.3	8.5	6.9	8.4	9.0
	$\chi^2 = 5.419$; gl = 3; NS		$\chi^2 = 3.508$; gl = 3; NS		$\chi^2 = 10.092$; gl = 3; <.05		$\chi^2 = 3.271$; gl = 3; NS		$\chi^2 = .347$; gl = 3; NS	
Já ficou com embriaguez										
Não	76.3	70.5	75.7	71.9	75.7	60.4	75.8	66.5	76.0	66.1
Sim	23.7	29.5	24.3	28.1	24.3	39.6	24.2	33.5	24.0	33.9
	$\chi^2 = 10.471$; gl = 1; p<.001		$\chi^2 = 2.518$; gl = 1; NS		$\chi^2 = 11.935$; gl = 1; p<.001		$\chi^2 = 10.879$; gl = 1; p<.001		$\chi^2 = 14.972$; gl = 1; p<.000	
Consumo drogas último mês										
Nenhuma	93.9	90.1	93.7	88.7	93.7	72.7	93.6	89.1	93.6	88.9
Uma vez	2.3	2.5	2.4	1.5	2.3	4.5	2.3	3.1	2.4	2.2
mais que uma vez	2.5	3.9	2.7	3.7	2.7	6.8	2.7	2.2	2.6	4.4
consumo regularmente	1.3	3.5	1.3	6.1	1.3	15.9	1.4	5.7	1.4	4.4
	$\chi^2 = 21.643$; gl = 3; p<.000		$\chi^2 = 50.657$; gl = 3; <.000		$\chi^2 = 131.637$; gl = 3; p<.000		$\chi^2 = 27.855$; gl = 3; p<.000		$\chi^2 = 19.203$; gl = 3; p<.000	
Relações sexuais										
Não	76.7	75.5	76.2	78.9	76.6	53.1	76.7	66.1	76.6	70.6
Sim	23.3	24.5	23.8	21.1	23.4	46.9	23.3	33.9	23.4	29.4
	$\chi^2 = .292$; gl = 1; NS		$\chi^2 = .705$; gl = 1; NS		$\chi^2 = 9.670$; gl = 1; p<.01		$\chi^2 = 7.131$; gl = 1; p<.01		$\chi^2 = 3.065$; gl = 1; NS	
Uso preservativo										
Nunca tive relações sexuais	76.7	74.3	76.1	78.6	76.5	50.0	76.6	65.3	76.6	68.8
Sim	16.4	17.0	16.8	13.0	16.6	23.3	16.5	21.2	16.5	19.1
Não	6.8	8.6	7.0	8.3	6.9	26.7	6.9	13.6	6.9	12.1
	$\chi^2 = 1.879$; gl = 1; NS		$\chi^2 = 2.173$; gl = 1; NS		$\chi^2 = 19.841$; gl = 1; p<.000		$\chi^2 = 10.606$; gl = 1; p<.01		$\chi^2 = 7.570$; gl = 1; p<.05	

<i>Quadro 31 cont.</i>	<i>Problema de saúde</i>		<i>Doença crónica</i>		<i>Deficiência motora</i>		<i>Deficiência sensorial</i>		<i>Outra situação</i>	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Provocado										
Não fui provocado nunca	52.1	41.4	51.0	46.3	50.8	43.3	51.1	41.5	51.1	43.3
Uma vez período a uma vez semana	40.9	46.6	41.6	41.4	41.6	42.3	41.5	44.3	41.5	45.0
Várias vezes semana	7.0	12.0	7.4	12.3	7.5	14.4	7.4	14.2	7.4	11.7
	$\chi^2 = 36.727$; gl=2;p<.000		$\chi^2 = 11.834$; gl = 2; p<.01		$\chi^2 = 6.990$; gl = 2; p<.05		$\chi^2 = 19.228$; gl=2;p<.000		$\chi^2 = 10.882$; gl = 2; p<.01	
Provocou										
Não provocou nunca	64.2	57.8	63.6	59.4	63.6	49.5	63.4	63.1	63.5	60.7
Uma vez período a uma vez semana	32.0	36.3	32.6	33.0	32.5	40.4	32.7	31.3	32.6	32.7
Várias vezes semana	3.8	5.9	3.8	7.7	3.9	10.1	4.0	5.6	3.9	6.6
	$\chi^2 = 13.758$; gl=2;p<.001		$\chi^2 = 13.099$; gl = 2; p<.001		$\chi^2 = 14.060$; gl = 2; p<.001		$\chi^2 = 1.733$; gl = 2; NS		$\chi^2 = 5.502$; gl = 2; NS	

ESTUDO BIVARIADO - AMOSTRA 2

Anexo 1-Quadro 32 – Percentagens por grupos com e sem problemas de saúde/deficiência – Género, grupo etário, ano de escolaridade (amostra 2)

	<i>Problema de saúde</i>		<i>Doença crónica</i>		<i>Deficiência motora</i>		<i>Deficiência sensorial</i>		<i>Outra situação</i>	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Género										
Rapaz	59.5	63.7	60.3	66.7	61.8	50.0	62.3	53.3	62.3	55.3
Rapariga	40.5	36.3	39.7	33.3	38.2	50.0	37.7	46.7	37.7	44.7
Grupo etário										
11	-	1.7	.4	2.2	.8	-	.4	3.4	.9	-
13	7.9	12.4	9.3	13.0	10.3	-	9.8	10.3	9.4	13.2
15	45.4	47.1	47.1	41.3	46.0	50.0	45.9	48.3	46.0	47.4
+ 16	46.7	38.8	43.2	43.5	43.0	50.0	43.9	37.9	43.8	39.5
Ano de Escolaridade										
6º	18.4	22.6	20.1	20.8	20.6	10.0	21.8	6.7	16.8	42.1
8º	58.9	54.0	57.3	54.2	57.4	40.0	55.6	66.7	59.0	42.1
10º	22.8	23.4	22.6	25.0	22.1	50.0	22.6	26.7	24.2	15.8

Anexo 1-Quadro 33 – Percentagens por grupos com e sem problemas de saúde/deficiência – Grupo de identificação, nacionalidade (amostra 2)

	<i>Problema de saúde</i>		<i>Doença crónica</i>		<i>Deficiência motora</i>		<i>Deficiência sensorial</i>		<i>Outra Situação</i>	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Grupo de identificação										
Branco	89.2	83.9	87.2	85.4	87.5	70.0	88.1	76.7	86.1	92.1
Outra	10.8	16.1	12.8	14.6	12.5	30.0	11.9	23.3	13.9	7.9
Nacionalidade										
Portuguesa	94.3	89.5	92.7	89.6	93.0	70.0	92.9	86.7	91.8	94.7
Outra	5.7	10.5	7.3	10.4	7.0	30.0	7.1	13.3	8.2	5.3
Nacionalidade pai										
Portuguesa	88.0	79.8	85.5	79.2	84.9	70.0	85.7	73.3	83.6	89.5
Outra	12.0	20.2	14.5	20.8	15.1	30.0	14.3	26.7	16.4	10.5
Nacionalidade mãe										
Portuguesa	86.1	81.5	83.8	85.4	84.6	70.0	85.3	73.3	83.6	86.8
Outra	13.9	18.5	16.2	14.6	15.4	30.0	14.7	26.7	16.4	13.2

Anexo 1-Quadro 34 – Percentagens por grupos com e sem problemas de saúde/deficiência – Nível financeiro da família, emprego, estatuto social e nível de instrução dos pais (amostra 2)

	<i>Problema de saúde</i>		<i>Doença crónica</i>		<i>Deficiência motora</i>		<i>Deficiência sensorial</i>		<i>Outra situação</i>	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Nível financeiro da família										
Bastante mal/ não muito bem	10.8	21.0	13.2	25.0	15.1	20.0	14.7	20.0	14.8	18.4
Média	47.5	50.0	50.4	39.6	48.5	50.0	47.6	56.7	48.0	52.6
Muito bem/bem	41.8	29.0	36.3	35.4	36.4	30.0	37.7	23.3	37.3	28.9
Pai tem emprego										
Sim	85.9	80.5	84.4	79.2	84.0	70.0	83.1	86.7	86.4	64.9
Não	14.1	19.5	15.6	20.8	16.0	30.0	16.9	13.3	13.6	35.1
Mãe tem emprego										
Sim	79.1	76.4	79.4	70.8	78.2	70.0	77.3	83.3	79.9	64.9
Não	20.9	23.6	20.6	29.2	21.8	30.0	22.7	16.7	20.1	35.1

Quadro 34 cont.	Problema de saúde		Doença crônica		Deficiência motora		Deficiência sensorial		Outra situação	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Estatuto social – profissão pai										
Não classificável	17.7	20.2	18.8	18.8	18.0	40.0	19.4	13.3	17.2	28.9
Elevado	12.7	8.9	11.1	10.4	11.0	10.0	11.5	6.7	11.9	5.3
2	3.2	11.3	5.6	12.5	6.6	10.0	6.7	6.7	5.7	13.2
3	19.6	26.6	22.6	22.9	22.4	30.0	21.4	33.3	24.2	13.2
4	34.2	19.4	28.2	25.0	28.3	10.0	27.8	26.7	29.5	15.8
Baixo	12.7	13.7	13.7	10.4	13.6	-	13.1	13.3	11.5	23.7
Estatuto social –profissão mãe										
Não classificável	19.6	21.0	19.7	22.9	19.9	30.0	21.0	13.3	18.0	34.2
1 Elevado	7.6	15.3	9.8	16.7	10.7	20.0	9.9	20.0	10.7	13.2
2	3.8	6.5	5.1	4.2	5.1	-	4.4	10.0	5.3	2.6
3	20.3	16.1	19.2	14.6	18.0	30.0	19.4	10.0	19.7	10.5
4	32.3	26.6	30.3	27.1	30.1	20.0	29.4	33.3	30.7	23.7
5 Baixo	16.5	14.5	15.8	14.6	16.2	-	15.9	13.3	15.6	15.8
Nível instrução pai										
Nunca estudou	4.5	6.5	4.8	8.3	5.6	-	5.6	3.3	5.0	7.9
1º ciclo	32.5	33.9	33.0	33.3	34.0	10.0	33.9	26.7	32.5	36.8
2º/3º ciclo	33.1	27.4	31.7	25.0	30.2	40.0	30.2	33.3	29.6	36.8
Secundário	15.6	17.7	16.5	16.7	16.0	30.0	15.7	23.3	17.5	10.5
Curso superior	14.3	14.5	13.9	16.7	14.2	20.0	14.5	13.3	15.4	7.9
Nível instrução mãe										
Nunca estudou	3.9	4.0	3.9	4.2	4.1	-	4.0	3.3	4.1	2.7
1º ciclo	33.1	26.6	30.0	31.3	31.0	10.0	31.5	20.0	28.6	40.5
2º/3º ciclo	33.8	33.9	35.2	27.1	33.6	40.0	33.5	36.7	34.0	32.4
Secundário	14.9	20.2	16.1	22.9	16.8	30.0	16.9	20.0	17.8	13.5
Curso superior	14.3	15.3	14.8	14.6	14.6	20.0	14.1	20.0	15.4	10.8

Anexo 1-Quadro 35 – Percentagens por grupos com e sem problemas de saúde/deficiência – Itens que compõem a Escala de afluência familiar e níveis de afluência familiar (amostra 2)

	Problema de saúde		Doença crônica		Deficiência motora		Deficiência sensorial		Outra situação	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Transporte próprio na família(carro)										
Não	12.7	18.5	13.2	25.0	14.7	30.0	16.3	6.7	15.2	15.8
Sim um	42.4	46.0	45.3	37.5	44.9	20.0	42.9	53.3	42.6	52.6
Sim dois ou mais	44.9	35.5	41.5	37.5	40.4	50.0	40.9	40.0	42.2	31.6
	$\chi^2 = 3.304$; gl = 2; NS		$\chi^2 = 4.311$; gl = 2; NS		$\chi^2 = 3.051$; gl = 2; NS		$\chi^2 = 2.296$; gl = 2; NS		$\chi^2 = 1.669$; gl = 2; NS	
Quarto próprio										
Não	30.4	28.2	31.2	20.8	30.1	10.0	29.0	33.3	29.5	28.9
Sim	69.6	71.8	68.8	79.2	69.9	90.0	71.0	66.7	70.5	71.1
	$\chi^2 = .155$; gl = 1; NS		$\chi^2 = 2.060$; gl = 1; NS		$\chi^2 = 1.885$; gl = 1; NS		$\chi^2 = .246$; gl = 1; NS		$\chi^2 = .005$; gl = 1; NS	
Viagens de férias com a família										
Nenhuma	20.3	29.0	23.1	29.2	24.3	20.0	23.8	26.7	22.1	36.8
Uma	24.7	28.2	25.6	29.2	26.8	10.0	26.2	26.7	27.0	21.1
Duas vezes	23.4	16.1	20.9	16.7	20.2	20.0	21.0	13.3	20.9	15.8
Mais de duas vezes	31.6	26.6	30.3	25.0	28.7	50.0	29.0	33.3	29.9	26.3
	$\chi^2 = 4.977$; gl = 3; NS		$\chi^2 = 1.547$; gl = 3; NS		$\chi^2 = 2.605$; gl = 3; NS		$\chi^2 = 1.053$; gl = 3; NS		$\chi^2 = 3.971$; gl = 3; NS	
Computador em casa										
Nenhum	19.6	26.6	21.8	27.1	22.8	20.0	23.0	20.0	21.3	31.6
Um	53.8	53.2	53.4	54.2	53.7	50.0	52.4	63.3	54.1	50.0
Dois	22.2	13.7	19.7	12.5	18.8	10.0	19.8	6.7	19.3	13.2
Mais de dois	4.4	6.5	5.1	6.3	4.8	20.0	4.8	10.0	5.3	5.3
	$\chi^2 = 4.720$; gl = 3; NS		$\chi^2 = 1.696$; gl = 3; NS		$\chi^2 = 4.659$; gl = 3; NS		$\chi^2 = 4.614$; gl = 3; NS		$\chi^2 = 2.295$; gl = 3; NS	

Quadro 35 cont.	Problema de saúde		Doença crónica		Deficiência motora		Deficiência sensorial		Outra situação	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Nível de Afluência Familiar										
Baixo	28.7	39.5	31.8	41.7	34.3	10.0	33.5	33.3	31.7	44.7
Médio	40.1	36.3	39.1	35.4	38.0	50.0	38.6	36.7	39.1	34.2
Alto	31.2	24.2	29.2	22.9	27.7	40.0	27.9	30.0	29.2	21.1
	$\chi^2=3.618$; gl = 2; NS		$\chi^2=1.775$; gl = 2; NS		$\chi^2=2.629$; gl = 2; NS		$\chi^2=.072$; gl = 2; NS		$\chi^2=2.543$; gl = 2; NS	

Anexo 1-Quadro 36 – Percentagens por grupos com e sem problemas de saúde/deficiência – Saúde Positiva (amostra 2)

	Problema de saúde		Doença crónica		Deficiência motora		Deficiência sensorial		Outra situação	
	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim
Percepção de saúde										
Excelente	39.9	18.5	33.8	14.6	30.5	30.0	32.1	16.7	32.4	18.4
Boa	47.5	49.2	47.0	54.2	48.5	40.0	48.0	50.0	50.4	34.2
Razoável	11.4	26.6	16.2	27.1	17.6	30.0	17.1	26.7	16.0	31.6
Má	1.3	5.6	3.0	4.2	3.3		2.8	6.7	1.2	15.8
	$\chi^2=23.477$; gl=3; p<.000		$\chi^2=7.989$; gl=3; p<.05		$\chi^2=1.291$; gl = 3; NS		$\chi^2=4.765$; gl = 3; NS		$\chi^2=30.151$; gl=3; <.000	
Percepção de felicidade										
Muito feliz	31.2	20.5	27.3	22.9	25.9	44.4	27.7	16.7	26.9	24.3
Feliz	53.5	51.6	51.9	56.3	54.1	11.1	53.0	50.0	53.7	45.9
Pouco feliz	11.5	19.7	15.2	14.6	14.4	33.3	13.7	26.7	14.9	16.2
Infeliz	3.8	8.2	5.6	6.3	5.6	11.1	5.6	6.7	4.5	13.5
	$\chi^2=8.382$; gl = 3; p<.05		$\chi^2=.495$; gl = 3; NS		$\chi^2=6.710$; gl = 3; NS		$\chi^2=4.304$; gl = 3; NS		$\chi^2=4.985$; gl = 3; NS	
Satisfação com a vida na última semana										
Gostar como as coisas correm										
Nunca	7.0	9.1	7.4	10.6	7.8	11.1	6.9	16.7	7.5	10.8
Às vezes	36.3	51.2	42.0	46.8	42.4	55.6	41.1	56.7	41.1	54.1
Quase sempre	27.4	19.0	24.2	21.3	24.2	11.1	24.6	16.7	25.3	13.5
Sempre	29.3	20.7	26.4	21.3	25.7	22.2	27.4	10.0	26.1	21.6
	$\chi^2=7.953$; gl = 3; p<.05		$\chi^2=1.289$; gl = 3; NS		$\chi^2=1.138$; gl = 3; NS		$\chi^2=8.645$; gl = 3; p<.05		$\chi^2=3.851$; gl = 3; NS	
A vida corre bem										
Nunca	1.3	5.0	2.2	6.3	2.6	11.1	2.4	6.7	2.9	2.8
Às vezes	27.4	49.6	34.8	47.9	36.8	44.4	34.7	56.7	35.5	47.2
Quase sempre	33.1	28.9	31.3	31.3	31.6	22.2	32.7	20.0	31.0	33.3
Sempre	38.2	16.5	31.7	14.6	29.0	22.2	30.2	16.7	30.6	16.7
	$\chi^2=23.866$; gl = 3; p<.000		$\chi^2=8.203$; gl=3; p<.05		$\chi^2=2.712$; gl = 3; NS		$\chi^2=8.255$; gl = 3; p<.05		$\chi^2=3.319$; gl = 3; NS	
Gostar de mudar coisas na vida										
Nunca	12.7	10.7	12.6	8.3	11.5	22.2	12.4	6.7	11.6	13.5
Às vezes	40.8	36.9	39.8	35.4	39.3	33.3	39.4	36.7	39.3	37.8
Quase sempre	22.3	23.0	22.5	22.9	23.0	11.1	22.5	23.3	23.1	18.9
Sempre	24.2	29.5	25.1	33.3	26.3	33.3	25.7	33.3	26.0	29.7
	$\chi^2=1.258$; gl = 3; NS		$\chi^2=1.813$; gl = 3; NS		$\chi^2=1.632$; gl = 3; NS		$\chi^2=1.403$; gl = 3; NS		$\chi^2=.538$; gl = 3; NS	
Desejar um tipo de vida diferente										
Nunca	32.5	23.0	29.9	20.8	27.8	44.4	29.3	20.0	28.9	24.3
Às vezes	38.9	32.8	35.5	39.6	36.3	33.3	35.7	40.0	38.4	21.6
Quase sempre	12.7	21.3	16.9	14.6	16.7	11.1	16.1	20.0	14.5	29.7
Sempre	15.9	23.0	17.7	25.0	19.3	11.1	18.9	20.0	18.2	24.3
	$\chi^2=7.746$; gl = 3; p<.05		$\chi^2=2.557$; gl = 3; NS		$\chi^2=1.343$; gl = 3; NS		$\chi^2=1.224$; gl = 3; NS		$\chi^2=7.919$; gl = 3; p<.05	

Quadro 36 cont.	Problema de saúde		Doença crônica		Deficiência motora		Deficiência sensorial		Outra situação	
	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim
Ter uma boa vida										
Nunca	2.6	6.6	3.9	6.4	4.1	11.1	3.3	13.3	3.8	8.1
Às vezes	25.2	35.5	28.8	34.0	30.0	22.2	28.5	40.0	28.9	35.1
Quase sempre	31.0	28.1	29.7	29.8	30.3	11.1	30.9	20.0	30.1	27.0
Sempre	41.3	29.8	37.6	29.8	35.6	55.6	37.4	26.7	37.2	29.7
	$\chi^2 = 7.687$; gl = 3; p < .05		$\chi^2 = 1.547$; gl = 3; NS		$\chi^2 = 3.196$; gl = 3; NS		$\chi^2 = 9.368$; gl = 3; p < .05		$\chi^2 = 2.415$; gl = 3; NS	
Sentir-se bem com o que tem acontecido										
Nunca	5.2	10.7	7.4	8.3	7.5	11.1	6.1	20.0	6.7	13.5
Às vezes	32.3	47.5	37.6	45.8	38.4	55.6	38.1	46.7	38.8	40.5
Quase sempre	34.8	27.0	31.0	33.3	32.1	11.1	32.8	20.0	31.3	32.4
Sempre	27.7	14.8	24.0	12.5	22.0	22.2	23.1	13.3	23.3	13.5
	$\chi^2 = 13.356$; gl = 3; p < .01		$\chi^2 = 3.200$; gl = 3; NS		$\chi^2 = 2.028$; gl = 3; NS		$\chi^2 = 9.900$; gl = 3; p < .05		$\chi^2 = 3.427$; gl = 3; NS	

Anexo 1-Quadro 37 – Comparação dos valores médios na Satisfação vida - Resultados Teste T-Student (amostra 2)

	Problema de saúde		Doença crônica		Deficiência motora		Deficiência sensorial		Outra situação	
	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim
Satisfação vida										
Média	7.42	6.64	7.12	6.85	7.07	7.10	7.16	6.40	7.13	6.74
t	3.110		.787		-.038		1.842		1.051	
Sig.	.002		ns		ns		ns		ns	

Anexo 1-Quadro 38 – Percentagens por grupos com e sem problemas de saúde/deficiência – Ajustamento psicossocial - Sintomas (amostra 2)

	Problema de saúde		Doença crônica		Deficiência motora		Deficiência sensorial		Outra situação	
	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim
Sintomas físicos										
Dor de cabeça										
Quase todos os dias	3.2	8.1	3.9	12.5	5.2	10.0	5.2	6.9	5.4	5.3
Mais que uma vez semana	7.7	13.0	8.7	16.7	10.0	10.0	9.2	17.2	10.0	10.5
Todas as semanas	6.4	4.1	6.1	2.1	5.6		5.2	6.9	5.0	7.9
Todos os meses	12.2	11.4	11.7	12.5	12.3		11.2	17.2	12.0	10.5
Raramente ou nunca	70.5	63.4	69.7	56.3	66.9	80.0	69.2	51.7	67.6	65.8
	$\chi^2 = 6.294$; gl = 4; NS		$\chi^2 = 10.270$; gl = 4; NS		$\chi^2 = 2.442$; gl = 4; NS		$\chi^2 = 3.932$; gl = 4; NS		$\chi^2 = 6.10$; gl = 4; NS	
Dores de estômago										
Quase todos os dias	3.2	3.2	3.5	2.1	3.3		3.2	3.3	2.9	5.3
Mais que uma vez semana	1.3	1.6	.9	4.2	1.5		1.2	3.3	1.7	
Todas as semanas	3.9	7.3	4.8	8.3	5.2	10.0	4.4	13.3	5.8	2.6
Todos os meses	13.5	12.9	14.3	8.3	13.0	20.0	13.7	10.0	11.2	26.3
Raramente ou nunca	78.1	75.0	76.6	77.1	77.0	70.0	77.5	70.0	78.4	65.8
	$\chi^2 = 1.626$; gl = 4 ; NS		$\chi^2 = 5.261$; gl = 4 ;NS		$\chi^2 = 1.312$; gl = 4 ; NS		$\chi^2 = 5.272$; gl = 4 ; NS		$\chi^2 = 8.149$; gl = 4 ; NS	

Quadro 38 cont.	Problema de saúde		Doença crônica		Deficiência motora		Deficiência sensorial		Outra situação	
	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	Sim
Dores de costas										
Quase todos os dias	3.9	14.5	6.5	18.8	7.4	40.0	8.0	13.3	6.6	21.1
Mais que uma vez semana	6.5	4.0	5.6	4.2	5.6		5.6	3.3	5.4	5.3
Todas as semanas	9.7	13.7	12.6	6.3	11.5	10.0	10.8	16.7	10.0	21.1
Todos os meses	12.3	13.7	11.7	18.8	13.0	10.0	12.9	13.3	14.5	2.6
Raramente ou nunca	67.7	54.0	63.6	52.1	62.5	40.0	62.7	53.3	63.5	50.0
	$\chi^2 = 13.014$; gl=4; p<.05		$\chi^2 = 10.871$; gl=4; p<.05		$\chi^2 = 13.320$; gl=4; p<.01		$\chi^2 = 2.309$; gl=4; NS		$\chi^2 = 16.016$; gl=4; p<.01	
Dores de pescoço e ombros										
Quase todos os dias	10.3	8.9	9.5	10.4	9.7	10.0	10.4	3.3	7.9	21.1
Mais que uma vez semana	4.5	6.5	5.6	4.2	5.6		4.0	16.7	5.0	7.9
Todas as semanas	4.5	12.9	6.9	14.6	8.6		8.0	10.0	7.9	10.5
Todos os meses	14.2	12.1	12.6	16.7	13.0	20.0	13.3	13.3	14.1	7.9
Raramente ou nunca	66.5	59.7	65.4	54.2	63.2	70.0	64.3	56.7	65.1	52.6
	$\chi^2 = 7.235$; gl=4; NS		$\chi^2 = 4.310$; gl=4; NS		$\chi^2 = 1.839$; gl=4; NS		$\chi^2 = 9.737$; gl=4; p<.05		$\chi^2 = 8.444$; gl=4; p<.05	
Cansaço e exaustão										
Quase todos os dias	25.8	20.2	22.5	27.1	23.0	30.0	24.5	13.3	24.5	15.8
Mais que uma vez semana	14.8	16.1	16.0	12.5	15.2	20.0	12.9	36.7	15.8	13.2
Todas as semanas	11.0	20.2	14.3	18.8	15.2	10.0	14.9	16.7	14.1	21.1
Todos os meses	16.8	16.1	16.0	18.8	17.1		17.3	10.0	16.6	15.8
Raramente ou nunca	31.6	27.4	31.2	22.9	29.4	40.0	30.5	23.3	29.0	34.2
	$\chi^2 = 5.309$; gl=4; NS		$\chi^2 = 2.292$; gl=4; NS		$\chi^2 = 2.594$; gl=4; NS		$\chi^2 = 12.667$; gl=4; p<.05		$\chi^2 = 2.568$; gl=4; NS	
Tonturas										
Quase todos os dias	1.9	2.5	2.2	2.1	2.3	-	2.4		2.1	2.7
Mais que uma vez semana	1.9	6.6	3.5	6.3	4.1	-	3.6	6.9	3.3	8.1
Todas as semanas	1.9	3.3	2.2	4.2	2.6	-	2.8		2.9	
Todos os meses	9.7	9.8	8.3	16.7	10.2	-	9.7	10.3	10.9	2.7
Raramente ou nunca	84.4	77.9	83.8	70.8	80.8	100	81.4	82.8	80.8	86.5
	$\chi^2 = 4.544$; gl=4; NS		$\chi^2 = 4.988$; gl=4; NS		$\chi^2 = 2.352$; gl=4; NS		$\chi^2 = 2.232$; gl=4; NS		$\chi^2 = 5.279$; gl=4; NS	
Sintomas psicológicos										
Sentir-se deprimido										
Quase todos os dias	7.7	13.8	9.1	16.7	10.1	20.0	10.0	13.8	10.4	10.5
Mais que uma vez semana	5.8	8.9	8.3	2.1	7.5	-	6.4	13.8	5.4	18.4
Todas as semanas	9.0	6.5	8.3	6.3	8.2	-	8.0	6.9	7.9	7.9
Todos os meses	14.2	12.2	13.9	10.4	13.8	-	13.3	13.8	14.2	7.9
Raramente ou nunca	63.2	58.5	60.4	64.6	60.4	80.0	62.2	51.7	62.1	55.3
	$\chi^2 = 4.374$; gl=4; NS		$\chi^2 = 4.948$; gl=4; NS		$\chi^2 = 4.461$; gl=4; NS		$\chi^2 = 2.829$; gl=4; NS		$\chi^2 = 8.931$; gl=4; NS	
Sentir dificuldades em adormecer										
Quase todos os dias	9.7	14.5	11.7	12.5	11.5	20.0	12.0	10.0	10.4	21.1
Mais que uma vez semana	7.1	4.0	6.1	4.2	5.9		6.0	3.3	5.8	5.3
Todas as semanas	5.2	7.3	6.9	2.1	6.3		5.2	13.3	5.4	10.5
Todos os meses	10.3	8.9	9.5	10.4	9.7	10.0	9.6	10.0	10.0	7.9
Raramente ou nunca	67.7	65.3	65.8	70.8	66.5	70.0	67.1	63.3	68.5	55.3
	$\chi^2 = 3.199$; gl=4; NS		$\chi^2 = 1.984$; gl=4; NS		$\chi^2 = 1.831$; gl=4; NS		$\chi^2 = 3.384$; gl=4; NS		$\chi^2 = 5.603$; gl=4; NS	

<i>Quadro38 cont.</i>	<i>Problema de saúde</i>		<i>Doença crónica</i>		<i>Deficiência motora</i>		<i>Deficiência sensorial</i>		<i>Outra situação</i>	
	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	Sim
Sentir-se irritado										
Quase todos os dias	6.5	9.8	7.0	12.8	7.9	10.0	7.7	10.0	5.9	21.1
Mais que uma vez semana	14.9	16.3	16.1	12.8	16.1		14.6	23.3	14.6	21.1
Todas as semanas	13.0	13.0	13.5	10.6	13.1	10.0	12.6	16.7	13.0	13.2
Todos os meses	22.7	17.9	21.3	17.0	20.6	20.0	21.5	13.3	21.3	15.8
Raramente ou nunca	42.9	43.1	42.2	46.8	42.3	60.0	43.7	36.7	45.2	28.9
	$\chi^2 = 1.774$; gl = 4; NS		$\chi^2 = 2.721$; gl = 4; NS		$\chi^2 = 2.440$; gl = 4; NS		$\chi^2 = 3.018$; gl = 4; NS		$\chi^2 = 12.903$; gl = 4; p<.05	
Sentir-se nervoso										
Quase todos os dias	8.4	19.5	11.3	22.9	13.1	20.0	11.2	31.0	12.1	21.1
Mais que uma vez semana	12.3	11.4	12.6	8.3	12.3		12.0	10.3	10.4	21.1
Todas as semanas	15.5	14.6	15.7	12.5	14.9	20.0	15.7	10.3	15.0	15.8
Todos os meses	20.6	19.5	19.6	22.9	20.5	10.0	20.1	20.7	21.7	10.5
Raramente ou nunca	43.2	35.0	40.9	33.3	39.2	50.0	41.0	27.6	40.8	31.6
	$\chi^2 = 7.683$; gl = 4; NS		$\chi^2 = 5.688$; gl = 4; NS		$\chi^2 = 2.560$; gl = 4; NS		$\chi^2 = 9.372$; gl = 4; p<.05		$\chi^2 = 7.845$; gl = 4; p<.NS	
Sentir medo										
Quase todos os dias	3.9	8.1	4.3	12.5	5.2	20.0	5.6	6.7	5.0	10.5
Mais que uma vez semana	3.9	4.8	4.3	4.2	4.5		3.6	10.0	4.6	2.6
Todas as semanas	1.9	5.6	3.0	6.3	3.7		2.8	10.0	3.8	2.6
Todos os meses	10.4	15.3	11.7	16.7	12.7	10.0	12.5	13.3	12.1	15.8
Raramente ou nunca	79.9	66.1	76.5	60.4	73.9	70.0	75.4	60.0	74.6	68.4
	$\chi^2 = 7.912$; gl = 4; NS		$\chi^2 = 7.886$; gl = 4; NS		$\chi^2 = 4.553$; gl = 4; NS		$\chi^2 = 7.274$; gl = 4; p<.05		$\chi^2 = 2.671$; gl = 4; p<.NS	

Anexo 1-Quadro 39 – Relações suporte na escola

	<i>Problema de saúde</i>		<i>Doença crónica</i>		<i>Deficiência motora</i>		<i>Deficiência sensorial</i>		<i>Outra situação</i>	
	não	sim	não	sim	não	sim	Não	sim	não	sim
Sentimento escola										
Gosto	77.6	71.3	75.2	72.9	75.1	66.7	76.6	60.0	74.7	75.7
Não gosto	22.4	28.7	24.8	27.1	24.9	33.3	23.4	40.0	25.3	24.3
	$\chi^2 = 1.412$; gl = 1; NS		$\chi^2 = .112$; gl = 1; NS		$\chi^2 = .328$; gl = 1; NS		$\chi^2 = 3.921$; gl = 1; NS		$\chi^2 = .017$; gl = 1; NS	
Capacidade académica										
Muito boa	7.8	9.9	8.4	10.4	9.0		8.9	6.9	8.4	10.8
Boa/média	79.9	69.4	76.2	70.8	75.6	66.7	76.0	69.0	76.5	67.6
Inferior à média	12.3	20.7	15.4	18.8	15.4	33.3	15.0	24.1	15.1	21.6
	$\chi^2 = 4.267$; gl = 1; NS		$\chi^2 = .617$; gl = 1; NS		$\chi^2 = 2.651$; gl = 1; NS		$\chi^2 = 1.638$; gl = 1; NS		$\chi^2 = 1.394$; gl = 1; NS	
Escola ficar sozinho										
Não	79.4	62.0	73.2	64.6	71.5	77.8	73.6	56.7	73.3	61.1
Às vezes	18.1	29.8	22.4	27.1	23.2	22.2	22.0	33.3	22.5	27.8
Uma vez por semana ou mais	2.6	8.3	4.4	8.3	5.2		4.5	10.0	4.2	11.1
	$\chi^2 = 11.198$; gl = 2 ; p<.004		$\chi^2 = 2.013$; gl = 2 ; NS		$\chi^2 = .523$; gl = 2 ; NS		$\chi^2 = 4.171$; gl = 2 ; NS		$\chi^2 = 4.004$; gl = 2 ; NS	

<i>Quadro 39 cont.</i>	<i>Problema de saúde</i>		<i>Doença crónica</i>		<i>Deficiência motora</i>		<i>Deficiência sensorial</i>		<i>Outra situação</i>	
	não	sim	não	sim	não	sim	Não	sim	não	sim
Professores ajudam quando preciso										
Sim	77.3	67.2	74.2	66.7	72.7	77.8	73.0	72.4	73.4	69.4
Não	22.7	32.8	25.8	33.3	27.3	22.2	27.0	27.6	26.6	30.6
	$\chi^2=3.429$; gl = 1; NS		$\chi^2=1.143$; gl = 1; NS		$\chi^2=.112$; gl =1; NS		$\chi^2=.004$; gl =1; NS		$\chi^2=.250$; gl = 1; NS	
Professores interessam se por mim										
Sim	54.2	55.4	54.4	56.3	54.7	55.6	55.3	50.0	53.1	64.9
Não	45.8	44.6	45.6	43.8	45.3	44.4	44.7	50.0	46.9	35.1
	$\chi^2=.038$; gl =1; NS		$\chi^2=.056$; gl = 1; NS		$\chi^2=.003$; gl = 1; NS		$\chi^2=.301$; gl = 1; NS		$\chi^2=1.778$; gl =1; NS	
Colegas são simpáticos e prestáveis										
Concordo fortemente/concordo	80.3	71.3	77.1	72.9	76.3	77.8	77.1	70.0	78.1	64.9
Nem concordo nem discordo	9.6	10.7	9.5	12.5	10.4		10.0	10.0	9.9	10.8
Discordo/discordo fortemente	10.2	18.0	13.4	14.6	13.3	22.2	12.9	20.0	12.0	24.3
	$\chi^2= 3.902$; gl =2; NS		$\chi^2=.479$; gl =2; NS		$\chi^2=1.441$; gl =2; NS		$\chi^2=1.182$; gl =2; NS		$\chi^2=4.350$; gl =2; NS	
Colegas aceitam-me										
Concordo fortemente/concordo	84.7	77.0	82.7	75.0	81.5	77.8	82.3	73.3	83.9	64.9
Nem concordo nem discordo	10.2	9.8	10.0	10.4	10.0	11.1	9.2	16.7	8.3	21.6
Discordo/discordo fortemente	5.1	13.1	7.4	14.6	8.5	11.1	8.4	10.0	7.9	13.5
	$\chi^2=5.637$; gl =2; NS		$\chi^2=2.708$; gl=2; NS		$\chi^2=.093$; gl =2; NS		$\chi^2=1.815$; gl=2; NS		$\chi^2=8.328$; gl=2; p<.05	
Problema de saúde afecta participação										
Não	99.4	74.2	90.2	79.2	87.9	-	90.5	70.0	92.2	63.2
Sim	.6	25.8	9.8	20.8	12.1	100.0	9.5	30.0	7.8	36.8
	$\chi^2=42.609$; gl =1; p<.000		$\chi^2=4.289$; gl =1; p<.05		$\chi^2=1.374$; gl =1; NS		$\chi^2=10.878$; gl=1; p<.001		$\chi^2=26.863$; gl=1; p<.000	
Problema saúde impede-te fazer o que os colegas da tua idade fazem										
Não	98.1	77.4	90.2	83.3	90.1	60.0	90.1	80.0	92.6	65.8
Sim	1.9	22.6	9.8	16.7	9.9	40.0	9.9	20.0	7.4	34.2
	$\chi^2=30.372$; gl =1; p<.000		$\chi^2=1.903$; gl =1; NS		$\chi^2=8.916$; gl =1;p<.005		$\chi^2=2.784$; gl =1; NS		$\chi^2=24.196$; gl =1;p<.000	

Anexo 1-Quadro 40 – Percentagens por grupos com e sem problemas de saúde/deficiência – Competências sociais (amostra 2)

	<i>Problema de saúde</i>		<i>Doença crónica</i>		<i>Deficiência motora</i>		<i>Deficiência sensorial</i>		<i>Outra situação</i>	
	não	sim	não	sim	não	Sim	não	sim	Não	Sim
Capaz de defender direitos										
Muitas vezes	70.1	59.5	65.2	66.7	65.4	66.7	66.9	53.3	68.2	47.2
Às vezes	26.1	35.5	30.9	27.1	30.1	33.3	28.2	46.7	28.9	38.9
Raramente	3.8	5.0	3.9	6.3	4.5		4.8		2.9	13.9
	$\chi^2=3.376$; gl =2 ; NS		$\chi^2=.704$; gl =2 ; NS		$\chi^2=.433$; gl = 2 ; NS		$\chi^2=5.220$; gl =2 ; NS		$\chi^2=11.911$; gl = 2 ; p<.01	

Quadro 40 cont.	Problema de saúde		Doença crónica		Deficiência motora		Deficiência sensorial		Outra situação	
	não	sim	não	sim	não	Sim	não	sim	Não	Sim
Capaz de dizer não										
Muitas vezes	68.8	63.6	66.1	68.8	65.8	88.9	66.5	66.7	69.0	50.0
Às vezes	25.5	31.4	27.8	29.2	28.6	11.1	27.8	30.0	26.9	36.1
Raramente	5.7	5.0	6.1	2.1	5.6		5.6	3.3	4.1	13.9
	$\chi^2=1.204$; gl = 2 ; NS		$\chi^2=1.247$; gl = 2 ; NS		$\chi^2=2.152$; gl = 2 ; NS		$\chi^2=.310$; gl=2 ; NS		$\chi^2=8.186$; gl = 2 ; p<.05	
Capaz de dizer o que sente										
Muitas vezes	52.9	51.2	50.9	58.3	51.3	77.8	52.4	50.0	53.3	44.4
Às vezes	40.8	38.8	41.7	31.3	40.5	22.2	39.1	46.7	39.3	44.4
Raramente	6.4	9.9	7.4	10.4	8.2		8.5	3.3	7.4	11.1
	$\chi^2=1.185$; gl = 2 ; NS		$\chi^2=1.978$; gl = 2 ; NS		$\chi^2=2.637$; gl = 2 ; NS		$\chi^2=1.304$; gl =2 ; NS		$\chi^2=1.217$; gl = 2 ; NS	
Capaz de manter opinião nas discussões										
Muitas vezes	62.4	56.2	60.4	56.3	59.5	66.7	60.1	56.7	60.3	55.6
Às vezes	29.9	33.9	31.7	31.3	32.0	22.2	31.5	33.3	31.4	33.3
Raramente	7.6	9.9	7.8	12.5	8.6	11.1	8.5	10.0	8.3	11.1
	$\chi^2=1.189$; gl=2; NS		$\chi^2=1.124$; gl=2; NS		$\chi^2=.403$; gl=2; NS		$\chi^2=.155$; gl=2;NS		$\chi^2=.451$; gl=2; NS	
Capaz de se livrar de situações que não agradam										
Muitas vezes	54.8	51.2	52.6	56.3	53.2	55.6	52.8	56.7	54.1	47.2
Às vezes	36.3	41.3	39.1	35.4	38.7	33.3	39.1	33.3	38.4	38.9
Raramente	8.9	7.4	8.3	8.3	8.2	11.1	8.1	10.0	7.4	13.9
	$\chi^2=1.145$; gl =2 ; NS		$\chi^2=.241$; gl =2 ; NS		$\chi^2=.164$; gl =2 ; NS		$\chi^2=.428$; gl =2 ; NS		$\chi^2=1.859$; gl =2; NS	

Anexo 1-Quadro 41-Percentagens por grupos com e sem problemas de saúde/deficiência-Relações sociais /pares(amostra2)

	Problema de saúde		Doença crónica		Deficiência motora		Deficiência sensorial		Outra situação	
	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	Sim
Falar pai										
Não tenho ou não vejo	11.8	15.1	12.4	17.4	11.8	55.6	14.1	6.7	13.1	14.3
Fácil/muito fácil	57.2	52.9	54.2	60.9	56.1	33.3	56.0	50.0	55.9	51.4
Difícil/muito difícil	30.9	31.9	33.3	21.7	32.1	11.1	29.9	43.3	30.9	34.3
	$\chi^2=.786$; gl =2 ; NS		$\chi^2=2.645$; gl =2 ; NS		$\chi^2=14.555$; gl =2; p<.001		$\chi^2=2.827$; gl =2 ; NS		$\chi^2=.251$; gl =2 ; NS	
Falar mãe										
Não tenho ou não vejo	5.3	5.9	4.5	10.9	5.8		5.8	3.4	6.0	2.8
Fácil/muito fácil	78.7	71.4	75.3	76.1	76.2	55.6	76.7	65.5	74.7	80.6
Difícil/muito difícil	16.0	22.7	20.2	13.0	18.1	44.4	17.5	31.0	19.3	16.7
	$\chi^2=2.063$; gl =2; NS		$\chi^2=3.815$; gl =2; NS		$\chi^2=4.198$; gl =2; NS		$\chi^2=3.190$; gl =2; NS		$\chi^2=.842$; gl =2; NS	
Falar melhor amigo										
Não tenho ou não vejo	5.4	11.1	7.3	11.4	7.1	33.3	7.7	10.0	6.5	17.6
Fácil/muito fácil	85.0	83.8	85.5	79.5	85.1	66.7	85.0	80.0	85.7	76.5
Difícil/muito difícil	9.5	5.1	7.3	9.1	7.8	-	7.3	10.0	7.8	5.9
	$\chi^2=4.306$; gl = 2; NS		$\chi^2=1.083$; gl =2; NS		$\chi^2=8.600$; gl =2; p<.05		$\chi^2=.521$; gl =2; NS		$\chi^2=5.052$; gl = 2; NS	

<i>Quadro 41 cont.</i>	Problema de saúde		Doença crônica		Deficiência motora		Deficiência sensorial		Outra situação	
	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	Sim
Falar amigos do mesmo sexo										
Não tenho ou não vejo	2.0	3.5	2.3	4.7	2.8		3.0		2.2	5.7
Fácil/muito fácil	75.7	81.4	77.5	81.4	78.3	71.4	77.4	85.2	78.8	74.3
Difícil/muito difícil	22.3	15.0	20.2	14.0	18.9	28.6	19.7	14.8	19.0	20.0
	$\chi^2=2.576$; gl =2 ; NS		$\chi^2=1.541$; gl =2; NS		$\chi^2=.567$; gl =2; NS		$\chi^2=1.294$; gl =2; NS		$\chi^2=1.478$; gl =2; NS	
Falar amigos sexo oposto										
Não tenho ou não vejo	4.1	8.7	6.5	4.5	6.0	12.5	5.2	13.8	5.8	8.6
Fácil/muito fácil	62.1	60.9	59.7	70.5	61.5	62.5	64.1	41.4	62.7	54.3
Difícil/muito difícil	33.8	30.4	33.8	25.0	32.5	25.0	30.7	44.8	31.6	37.1
	$\chi^2=2.404$; gl =2 ; NS		$\chi^2=1.782$; gl =2; NS		$\chi^2=.678$; gl =2 ; NS		$\chi^2=6.835$; gl =2; p<.05		$\chi^2=1.023$; gl =2 ; NS	
Amigos íntimos										
Nenhum	7.8	4.1	7.0	2.1	6.4		5.7	10.0	6.3	5.4
Um	7.8	11.6	7.9	16.7	9.7		9.8	6.7	9.2	10.8
Dois ou mais	84.4	84.3	85.0	81.3	83.9	100.0	84.5	83.3	84.5	83.8
	$\chi^2=2.491$; gl =2 ; NS		$\chi^2=4.846$; gl =2; NS		$\chi^2=1.527$; gl =2; NS		$\chi^2=1.075$; gl =2; NS		$\chi^2=.127$; gl =2; NS	
Amigas íntimas										
Nenhum	2.7	10.9	5.0	12.8	5.8	22.2	6.7	3.3	6.9	2.7
Um	10.7	7.6	9.9	6.4	9.6		9.6	6.7	8.2	16.2
Dois ou mais	86.7	81.5	85.1	80.9	84.6	77.8	83.7	90.0	84.9	81.1
	$\chi^2=8.057$; gl =2; p<.05		$\chi^2=4.348$; gl =2; NS		$\chi^2=4.640$; gl =2; NS		$\chi^2=.853$; gl =2; NS		$\chi^2=3.156$; gl =2; NS	
Ficar com amigos depois das aulas										
Nenhum	14.2	18.0	15.7	16.7	15.7	22.2	15.0	23.3	17.1	8.1
Um a 3 dias	44.5	37.7	43.2	33.3	42.2	22.2	42.1	36.7	40.0	51.4
Quatro ou mais dias	41.3	44.3	41.0	50.0	42.2	55.6	42.9	40.0	42.9	40.5
	$\chi^2=1.538$; gl =2; NS		$\chi^2=1.705$; gl =2; NS		$\chi^2=1.436$; gl =2; NS		$\chi^2=1.419$; gl =2; NS		$\chi^2=2.663$; gl =2; NS	
Sair amigos à noite										
Nenhum	50.0	50.8	50.4	50.0	49.8	66.7	52.4	33.3	49.8	54.1
Um a 3 dias	42.9	37.7	42.1	33.3	41.2	22.2	38.6	56.7	41.0	37.8
Quatro ou mais dias	1.3	4.9	1.8	8.3	3.0		2.8	3.3	3.3	
	$\chi^2=3.587$; gl =2; NS		$\chi^2=7.120$; gl =2; NS		$\chi^2=1.904$; gl =2; NS		$\chi^2=4.121$; gl =2; NS		$\chi^2=1.697$; gl =2; NS	

Anexo 1-Quadro 42 – Percentagens por grupos com e sem problemas de saúde/deficiência – Atividade física Semana (amostra 2)

	Problema de saúde		Doença crônica		Deficiência motora		Deficiência sensorial		Outra situação		
	não	sim	não	sim	não	Sim	não	sim	Não	Sim	
Atividade física semana											
Nunca		3.2	5.8	3.9	6.3	4.1	11.1	4.5	3.3	4.1	5.7
Menos três vezes semana		40.4	50.0	44.3	45.8	44.6	44.4	42.3	63.3	42.7	57.1
Três vezes ou mais por semana		42.9	37.5	39.9	43.8	41.2	22.2	41.9	30.0	42.3	28.6
Todos os dias		13.5	6.7	11.8	4.2	10.1	22.2	11.4	3.3	10.8	8.6
		$\chi^2=5.961$; gl =3; NS		$\chi^2=2.872$; gl =3; NS		$\chi^2=2.967$; gl =3; NS		$\chi^2=5.313$; gl =3; NS		$\chi^2=3.162$; gl =3; NS	

Anexo 1-Quadro 43 – Percentagens por grupos com e sem problemas de saúde/deficiência – Atividades desportivas semana (amostra 2)

	<i>Sem Problema Saude</i>		<i>Com Problema Saude</i>		χ^2	gl	p
	Não	Sim	Não	Sim			
Futebol	68.2	31.8	63.6	36.4	.626	1	NS
Basquetebol	93.6	6.4	96.7	3.3	.208	1	NS
Ginástica	82.7	17.3	75.2	24.8	-1.369	1	NS
Voleibol	91.7	8.3	90.1	9.9	.057	1	NS
Natacao	92.3	7.7	91.7	8.3	-2.336	1	NS
Ciclismo	96.2	3.8	96.7	3.3	.031	1	NS
Andebol	94.2	5.8	94.2	5.8	2.990	1	NS
Atletismo	91.7	8.3	96.7	3.3	-.000	1	NS
Outra	83.3	16.7	81.8	18.2	.109	1	NS

	<i>Sem Doença crónica</i>		<i>Com Doença crónica</i>		χ^2	gl	p
	Não	Sim	Não	Sim			
Futebol	67.4	32.6	60.4	39.6	.864	1	NS
Basquetebol	94.3	5.7	97.9	2.1	.034	1	NS
Ginástica	80.8	19.2	72.9	27.1	-1.068	1	NS
Voleibol	90.8	9.2	91.7	8.3	2.175	1	NS
Natacao	92.6	7.4	89.6	10.4	-1.504	1	NS
Ciclismo	95.6	4.4	100.0	-	.486	1	NS
Andebol	93.9	6.1	95.8	4.2	1.656	1	NS
Atletismo	93.0	7.0	97.9	2.1	.276	1	NS
Outra	82.1	17.9	85.4	14.6	.305	1	NS

	<i>Sem Deficiência Motora</i>		<i>Com Deficiência Motora</i>		χ^2	gl	p
	Não	Sim	Não	Sim			
Futebol	65.8	34.2	77.8	22.2	.559	1	NS
Basquetebol	91.8	8.2	66.7	33.3	6.694	1	p<.01
Ginástica	95.1	4.9	88.9	11.1	.771	1	NS
Voleibol	96.3	3.7	100	-	.348	1	NS
Natacao	80.6	19.4	44.4	55.6	6.964	1	p<.01
Ciclismo	92.2	7.8	88.9	11.1	.128	1	NS
Andebol	93.7	6.3	100.0	-	.608	1	NS
Atletismo	94.0	6.0	100.0	-	.570	1	NS
Outra	84.0	16.0	44.4	55.6	9.489	1	p<.01

	<i>Sem Deficiência Sensorial</i>		<i>Com Deficiência Sensorial</i>		χ^2	gl	p
	Não	Sim	Não	Sim			
Futebol	66.1	33.9	66.7	33.3	.004	1	NS
Basquetebol	94.7	5.3	96.7	3.3	.039	1	NS
Ginástica	80.2	19.8	73.3	26.7	.208	1	NS
Voleibol	91.1	8.9	90.0	10.0	.903	1	NS
Natacao	92.7	7.3	86.7	13.3	.763	1	NS
Ciclismo	96.8	3.2	93.3	6.7	1.337	1	NS
Andebol	94.3	5.7	93.3	6.7	.016	1	NS
Atletismo	93.9	6.1	93.3	6.7	.049	1	NS
Outra	81.8	18.2	90.0	10.0	.808	1	NS

	<i>Sem Outra situação</i>		<i>Com Outra situação</i>		χ^2	gl	p
	Não	Sim	Não	Sim			
Futebol	66.9	33.1	61.1	38.9	.476	1	NS
Basquetebol	91.3	8.7	88.9	11.1	.219	1	NS
Ginástica	94.6	5.4	97.2	2.8	.447	1	NS
Voleibol	96.7	3.3	94.4	5.6	.450	1	NS
Natacao	79.7	20.3	77.8	22.2	.068	1	NS
Ciclismo	91.7	8.3	94.4	5.6	.322	1	NS
Andebol	93.4	6.6	97.2	2.8	.811	1	NS
Atletismo	94.2	5.8	94.4	5.6	.004	1	NS
Outra	82.6	17.4	83.3	16.7	.754	1	NS

Anexo 1-Quadro 44 – Percentagens por grupos com e sem problema de saúde/deficiência – Ocupação dos tempos livres (amostra 2)

	<i>Sem Problema Saúde</i>		<i>Com Problema Saúde</i>		χ^2	gl	p
	Não	Sim	Não	Sim			
Ouvir música primavera/verão	14.1	85.9	8.4	91.6	2.132	1	NS
Ouvir música outono/inverno	28.2	71.8	21.0	79.0	1.860	1	NS
Ler primavera/verão	47.4	52.6	44.5	55.5	.228	1	NS
Ler outono/inverno	32.7	67.3	39.5	60.5	1.362	1	NS
Jogar cartas. vídeo. computador primavera/verão	21.2	78.8	25.2	74.8	.628	1	NS
Jogar cartas. vídeo. computador outono/inverno	30.8	69.2	26.1	73.9	.734	1	NS
Cinema. teatro. concertos primavera/verão	23.7	76.3	30.3	69.7	1.478	1	NS
Cinema. teatro. concertos outono/inverno	48.7	51.3	39.5	60.5	2.322	1	NS
Trabalhar para ganhar dinheiro primavera/verão	55.1	44.9	55.5	44.5	.003	1	NS
Trabalhar para ganhar dinheiro outono/inverno	78.2	21.8	81.5	18.5	.455	1	NS
Conversar amigos primavera/verão	9.6	90.4	10.1	89.9	.17	1	NS
Conversar amigos outono/inverno	29.5	70.5	24.4	75.6	.891	1	NS
Praticar desporto grupo primavera/verão	22.4	77.6	28.6	71.4	1.352	1	NS
Praticar desporto grupo outono/inverno	60.9	39.1	57.1	42.9	.394	1	NS
Praticar desporto individual primavera/verão	39.7	60.3	51.3	48.7	3.622	1	NS
Praticar desporto individual outono/inverno	64.7	35.3	61.3	38.7	.336	1	NS
Praticar desporto competição primavera/verão	44.2	55.8	58.8	41.2	5.751	1	p<.05
Praticar desporto competição outono/inverno	67.9	32.1	68.1	31.9	.000	1	NS
Assistir acontec.desportivos primavera/verão	32.7	67.3	36.1	63.9	.356	1	NS
Assistir acontec. desportivos outono/inverno	60.9	39.1	62.2	37.8	.047	1	NS
Ajudar nos trabalhos domésticos primavera/verão	37.8	62.2	42.9	57.1	2.130	1	NS
Ajudar nos trabalhos domésticos_outono/	39.7	60.3	44.5	55.5	1.832	1	NS
Praticar desporto não orientado por treinador primavera/verão	46.2	53.8	55.5	44.5	2.340	1	NS
Praticar desporto não orientado por treinador outono/inverno	69.9	30.1	77.3	22.7	-1.899	1	NS
Fazer tpc ou mais trabalhos escola primavera/verão	50.0	50.0	47.9	52.1	.119	1	NS
Fazer tpc ou mais trabalhos escola outono/inverno	35.9	64.1	39.5	60.5	.373	1	NS
Ir ao café primavera/verão	21.8	78.2	26.9	73.1	.961	1	NS
Ir ao café outono/inverno	52.6	47.4	44.5	55.5	1.740	1	NS
Ir à discoteca primavera/verão	42.3	57.7	55.5	44.5	4.680	1	p<.05
Ir à discoteca outono/inverno	76.3	23.7	81.5	18.5	1.096	1	NS
Namorar/estar c/ namorado primavera/verão	34.0	66.0	49.6	50.4	6.810	1	p<.01
Namorar/estar c/ namorado_outono/	55.8	44.2	52.9	47.1	.218	1	NS
Estar só (pensar. relaxar) primavera/verão	36.5	63.5	31.9	68.1	.633	1	NS
Estar só (pensar. relaxar) outono/inverno	36.5	63.5	32.8	67.2	.421	1	NS
Dormir primavera/verão	32.1	67.9	30.3	69.7	.102	1	NS
Dormir outono/inverno	23.7	76.3	19.3	80.7	.763	1	NS
Fazer compras/ver montras primavera/verão	26.9	73.1	30.3	69.7	.368	1	NS
Fazer compras/ver montras outono/inverno	43.6	56.4	43.7	56.3	.000	1	NS
Estar c/ amigos primavera/verão	12.8	87.2	13.4	86.6	.023	1	NS
Estar c/ amigos outono/inverno	31.4	68.6	31.1	68.9	.003	1	NS
Fazer uma colecção primavera/verão	53.8	46.2	57.1	42.9	.297	1	NS
Fazer uma colecção outono/inverno	56.4	43.6	54.6	45.4	.087	1	NS
Ver TV/vídeo primavera/verão	28.2	71.8	18.5	81.5	3.495	1	NS
Ver TV/vídeo outono/inverno	23.1	76.9	20.2	79.8	.335	1	NS
Navegar na internet primavera/verão	41.0	59.0	36.1	63.9	.679	1	NS
Navegar na internet outono/inverno	37.2	62.8	33.6	66.4	.374	1	NS
Falar ao telefone primavera/verão	29.5	70.5	33.6	66.4	.535	1	NS
Falar ao telefone outono/inverno	39.7	60.3	40.3	59.7	.010	1	NS
Ir à praia primavera/verão	9.6	90.4	7.6	92.4	.357	1	NS
Ir à praia outono/inverno	84.6	15.4	82.4	17.6	.252	1	NS
Tocar musica/cantar primavera/verão	47.4	52.6	50.4	49.6	.241	1	NS
Tocar musica/cantar outono/inverno	64.7	35.3	55.5	44.5	2.438	1	NS
Actividades "arte e expressão" primavera/verão	69.2	30.8	68.1	31.9	.043	1	NS
Actividades "arte e expressão" outono/inverno	76.9	23.1	68.1	31.9	2.692	1	NS
Solidariedade social primavera/verão	67.3	32.7	75.6	24.4	2.267	1	NS
Solidariedade social outono/inverno	76.3	23.7	80.7	19.3	.763	1	NS

<i>Quadro 44 cont.</i>	<i>Sem Problema Saúde</i>		<i>Com Problema Saúde</i>		χ^2	gl	p
	Não	Sim	Não	Sim			
Actividades associativas primavera/verão	73.7	26.3	66.4	33.6	1.746	1	NS
Actividades associativas outono/inverno	77.6	22.4	75.6	24.4	.141	1	NS
Visitar conhecidos/familiares primavera/verão	25.0	75.0	29.4	70.6	.668	1	NS
Visitar conhecidos/familiares outono/inverno	42.3	57.7	38.7	61.3	.373	1	NS
Outra primavera/verão	89.0	11.0	84.9	15.1	1.045	1	NS
Outra outono/inverno	92.3	7.7	90.8	9.2	.197	1	NS

Anexo 1-Quadro 45 – Percentagens por grupos com e sem doença crónica – Ocupação dos tempos livres (amostra 2)

	<i>Sem doença crónica</i>		<i>Com doença crónica</i>		χ^2	gl	p
	Não	Sim	Não	Sim			
Ouvir música primavera/verão	12.3	87.7	8.5	91.5	.539	1	NS
Ouvir música outono/inverno	25.4	74.6	23.4	76.6	.086	1	NS
Ler primavera/verão	47.8	52.2	38.3	61.7	1.418	1	NS
Ler outono/inverno	34.2	65.8	42.6	57.4	1.182	1	NS
Jogar cartas. vídeo. computador primavera/verão	22.8	77.2	23.4	76.6	.008	1	NS
Jogar cartas. vídeo. computador outono/inverno	26.3	73.7	40.4	59.6	3.789	1	NS
Cinema. teatro. concertos primavera/verão	26.3	73.7	27.7	72.3	.036	1	NS
Cinema. teatro. concertos outono/inverno	43.4	56.6	51.1	48.9	.921	1	NS
Trabalhar para ganhar dinheiro primavera/verão	55.3	44.7	55.3	44.7	.000	1	NS
Trabalhar para ganhar dinheiro outono/inverno	78.5	21.5	85.1	14.9	1.046	1	NS
Conversar amigos primavera/verão	10.1	89.9	8.5	91.5	.109	1	NS
Conversar amigos outono/inverno	27.2	72.8	27.7	72.3	.000	1	NS
Praticar desporto grupo primavera/verão	25.4	74.6	23.4	76.6	.086	1	NS
Praticar desporto grupo outono/inverno	60.1	39.9	55.3	44.7	.367	1	NS
Praticar desporto individual primavera/verão	43.4	56.6	51.1	48.9	.921	1	NS
Praticar desporto individual outono/inverno	64.5	35.5	57.4	42.6	.828	1	NS
Praticar desporto competição primavera/verão	48.2	51.8	61.7	38.3	2.823	1	NS
Praticar desporto competição outono/inverno	68.0	32.0	68.1	31.9	.000	1	NS
Assistir acontec. desportivos primavera/verão	33.8	66.2	36.2	63.8	.100	1	NS
Assistir acontec. desportivos outono/inverno	61.4	38.6	61.7	38.3	.001	1	NS
Ajudar nos trabalhos domésticos primavera/verão	39.9	60.1	40.4	59.6	.209	1	NS
Ajudar nos trabalhos domésticos_outono/	41.2	58.8	44.7	55.3	4.947	1	NS
Praticar desporto não orientado por treinador primavera/verão	50.0	50.0	51.1	48.9	.018	1	NS
Praticar desporto não orientado por treinador outono/inverno	71.5	28.5	80.9	19.1	1.736	1	NS
Fazer tpc ou mais trabalhos escola primavera/verão	50.0	50.0	44.7	55.3	.441	1	NS
Fazer tpc ou mais trabalhos escola outono/inverno	38.6	61.4	31.9	68.1	.743	1	NS
Ir ao café primavera/verão	22.8	77.2	29.8	70.2	1.041	1	NS
Ir ao café outono/inverno	49.1	50.9	48.9	51.1	.001	1	NS
Ir à discoteca primavera/verão	45.6	54.4	59.6	40.4	3.043	1	NS
Ir à discoteca outono/inverno	77.2	22.8	85.1	14.9	1.448	1	NS
Namorar/estar c/ namorado primavera/verão	38.2	61.8	53.2	46.8	3.648	1	NS
Namorar/estar c/ namorado_outono/	55.3	44.7	51.1	48.9	.277	1	NS
Estar só (pensar. relaxar) primavera/verão	34.2	65.8	36.2	63.8	.066	1	NS
Estar só (pensar. relaxar) outono/inverno	34.2	65.8	38.3	61.7	.286	1	NS
Dormir primavera/verão	30.3	69.7	36.2	63.8	.633	1	NS
Dormir outono/inverno	21.9	78.1	21.3	78.7	.010	1	NS
Fazer compras/ver montras primavera/verão	26.3	73.7	38.3	61.7	2.753	1	NS
Fazer compras/ver montras outono/inverno	43.9	56.1	42.6	57.4	.027	1	NS
Estar c/ amigos primavera/verão	14.0	86.0	8.5	91.5	1.045	1	NS
Estar c/ amigos outono/inverno	31.1	68.9	31.9	68.1	.011	1	NS
Fazer uma colecção primavera/verão	53.9	46.1	61.7	38.3	.948	1	NS
Fazer uma colecção outono/inverno	54.4	45.6	61.7	38.3	.845	1	NS
Ver TV/vídeo primavera/verão	26.3	73.7	12.8	87.2	3.922	1	p<.05
Navegar na internet primavera/verão	39.5	60.5	36.2	63.8	.179	1	NS
Navegar na internet outono/inverno	35.1	64.9	38.3	61.7	.175	1	NS

Quadro 45 cont.	Sem doença crónica		Com doença crónica		χ^2	gl	p
	Não	Sim	Não	Sim			
Falar ao telefone primavera/verão	29.8	70.2	38.3	61.7	1.302	1	NS
Falar ao telefone outono/inverno	38.6	61.4	46.8	53.2	1.095	1	NS
Ir à praia primavera/verão	9.2	90.8	6.4	93.6	.391	1	NS
Ir à praia outono/inverno	83.8	16.2	83.0	17.0	.018	1	NS
Tocar musica/cantar primavera/verão	46.9	53.1	57.4	42.6	1.725	1	NS
Tocar musica/cantar outono/inverno	62.3	37.7	53.2	46.8	1.350	1	NS
Actividades "arte e expressão" primavera/verão	69.7	30.3	63.8	36.2	.633	1	NS
Actividades "arte e expressão" outono/inverno	77.2	22.8	53.2	46.8	11.413	1	p<.05
Solidariedade social primavera/verão	69.7	30.3	76.6	23.4	.889	1	NS
Solidariedade social outono/inverno	78.9	21.1	74.5	25.5	.450	1	NS
Actividades associativas primavera/verão	71.9	28.1	63.8	36.2	1.230	1	NS
Actividades associativas outono/inverno	76.8	23.2	76.6	23.4	.001	1	NS
Visitar conhecidos/familiares primavera/verão	25.9	74.1	31.9	68.1	.722	1	NS
Visitar conhecidos/familiares outono/inverno	40.4	59.6	42.6	57.4	.078	1	NS
Outra primavera/verão	89.0	11.0	78.7	21.3	3.681	1	NS
Outra outono/inverno	92.5	7.5	87.2	12.8	1.410	1	NS

Anexo 1-Quadro 46 – Percentagens por grupos com e sem deficiência motora – Ocupação dos tempos livres (amostra 2)

	Sem def motora		Com def motora		χ^2	gl	p
	Não	Sim	Não	Sim			
Ouvir música primavera/verão	11.7	88.3	11.1	88.9	.002	1	NS
Ouvir música outono/inverno	25.2	74.8	22.2	77.8	.041	1	NS
Ler primavera/verão	46.2	53.8	44.4	55.6	.011	1	NS
Ler outono/Inverno	35.3	64.7	44.4	55.6	.315	1	NS
Jogar cartas. vídeo. computador primavera/verão	22.6	77.4	33.3	66.7	.572	1	NS
Jogar cartas. vídeo. computador outono/inverno	28.6	71.4	33.3	66.7	.096	1	NS
Cinema. teatro. concertos primavera/verão	26.7	73.3	22.2	77.8	.089	1	NS
Cinema. teatro. concertos outono/inverno	44.7	55.3	44.4	55.6	.000	1	NS
Trabalhar para ganhar dinheiro primavera/verão	54.9	45.1	66.7	33.3	.489	1	NS
Trabalhar para ganhar dinheiro outono/inverno	78.9	21.1	100.0		2.379	1	NS
Conversar amigos primavera/verão	9.4	90.6	22.2	77.8	1.617	1	NS
Conversar amigos outono/inverno	27.4	72.6	22.2	77.8	.120	1	NS
Praticar desporto grupo primavera/verão	24.8	75.2	33.3	66.7	.336	1	NS
Praticar desporto grupo outono/inverno	58.6	41.4	77.8	22.2	1.320	1	NS
Praticar desporto individual primavera/verão	44.7	55.3	44.4	55.6	.000	1	NS
Praticar desporto individual outono/inverno	63.2	36.8	66.7	33.3	.046	1	NS
Praticar desporto competição primavera/verão	50.0	50.0	66.7	33.3	.967	1	NS
Praticar desporto competição outono/inverno	67.7	32.3	77.8	22.2	.409	1	NS
Assistir acontec. desportivos primavera/verão	33.8	66.2	44.4	55.6	.436	1	NS
Assistir acontec. desportivos outono/inverno	60.5	39.5	88.9	11.1	2.956	1	NS
Ajudar nos trabalhos domésticos primavera/verão	40.2	59.8	33.3	66.7	.214	1	NS
Ajudar nos trabalhos domésticos_outono/	41.4	58.6	55.6	44.4	.782	1	NS
Praticar desporto não orientado por treinador primavera/verão	49.2	50.8	77.8	22.2	2.834	1	NS
Praticar desporto não orientado por treinador outono/inverno	73.3	26.7	66.7	33.3	.195	1	NS
Fazer tpc ou mais trabalhos escola primavera/verão	50.0	50.0	22.2	77.8	2.688	1	NS
Fazer tpc ou mais trabalhos escola outono/inverno	38.3	61.7	11.1	88.9	2.756	1	NS
Ir ao café primavera/verão	23.7	76.3	33.3	66.7	.444	1	NS
Ir ao café outono/inverno	48.1	51.9	77.8	22.2	3.064	1	NS
Ir à discoteca primavera/verão	46.6	53.4	88.9	11.1	6.232	1	p<.05
Ir à discoteca outono/inverno	78.9	21.1	66.7	33.3	.779	1	NS
Namorar/estar c/ namorado primavera/verão	39.5	60.5	77.8	22.2	5.291	1	p<.05
Namorar/estar c/ namorado_outono/	53.4	46.6	88.9	11.1	4.426	1	p<.05
Estar só (pensar, relaxar) primavera/verão	34.6	65.4	33.3	66.7	.006	1	NS
Estar só (pensar, relaxar) outono/inverno	35.0	65.0	33.3	66.7	.010	1	NS
Dormir primavera/verão	30.5	69.5	55.6	44.4	2.553	1	NS
Dormir outono/inverno	22.6	77.4		100.0	2.597	1	NS
Fazer compras/ver montras primavera/verão	28.9	71.1	11.1	88.9	1.363	1	NS
Fazer compras/ver montras outono/inverno	43.6	56.4	44.4	55.6	.002	1	NS
Estar c/ amigos primavera/verão	12.8	87.2	22.2	77.8	.682	1	NS
Estar c/ amigos outono/inverno	30.1	69.9	66.7	33.3	5.423	1	p<.05

Quadro 46 cont.	Sem def motora		Com def motora		χ^2	gl	p
	Não	Sim	Não	Sim			
Fazer uma colecção primavera/verão	54.9	45.1	66.7	33.3	.489	1	NS
Fazer uma colecção outono/inverno	55.6	44.4	55.6	44.4	.000	1	NS
Ver TV/vídeo primavera/verão	23.7	76.3	33.3	66.7	.444	1	NS
Ver TV/vídeo outono/inverno	21.4	78.6	33.3	66.7	.723	1	NS
Navegar na internet primavera/verão	39.1	60.9	33.3	66.7	.122	1	NS
Navegar na internet outono/inverno	36.1	63.9	22.2	77.8	.730	1	NS
Falar ao telefone primavera/verão	31.2	68.8	33.3	66.7	.018	1	NS
Falar ao telefone outono/inverno	39.1	60.9	66.7	33.3	2.757	1	NS
Ir à praia primavera/verão	8.3	91.7	22.2	77.8	2.127	1	NS
Ir à praia outono/inverno	83.8	16.2	77.8	22.2	.233	1	NS
Tocar musica/cantar primavera/verão	48.1	51.9	66.7	33.3	1.199	1	NS
Tocar musica/cantar outono/inverno	60.9	39.1	55.6	44.4	.104	1	NS
Actividades "arte e expressão" primavera/verão	69.2	30.8	55.6	44.4	.751	1	NS
Actividades "arte e expressão" outono/inverno	72.9	27.1	77.8	22.2	.104	1	NS
Solidariedade social primavera/verão	70.7	29.3	77.8	22.2	.213	1	NS
Solidariedade social outono/inverno	77.8	22.2	88.9	11.1	.625	1	NS
Actividades associativas primavera/verão	70.7	29.3	66.7	33.3	.067	1	NS
Actividades associativas outono/inverno	76.7	23.3	77.8	22.2	.006	1	NS
Visitar conhecidos/familiares primavera/verão	27.1	72.9	22.2	77.8	.104	1	NS
Visitar conhecidos/familiares outono/inverno	41.0	59.0	33.3	66.7	.211	1	NS
Outra primavera/verão	87.9	12.1	66.7	33.3	3.530	1	NS
Outra outono/inverno	92.1	7.9	77.8	22.2	2.314	1	NS

Anexo 1-Quadro 47 – Percentagens por grupos com e sem deficiência sensorial – Ocupação dos tempos livres (amostra 2)

	Sem def sensorial		Com def sensorial		X ²	gl	p
	Não	Sim	Não	Sim			
Ouvir música primavera/verão	11.4	88.6	13.3	86.7	.094	1	NS
Ouvir música outono/inverno	26.1	73.9	16.7	83.3	1.271	1	NS
Ler primavera/verão	44.9	55.1	56.7	43.3	1.489	1	NS
Ler outono/inverno	35.1	64.9	40.0	60.0	.280	1	NS
Jogar cartas. vídeo. computador primavera/verão	20.0	80.0	46.7	53.3	10.762	1	p<.001
Jogar cartas. vídeo. computador outono/inverno	31.4	68.6	6.7	93.3	8.004	1	p<.01
Cinema. teatro. concertos primavera/verão	26.1	73.9	30.0	70.0	.206	1	NS
Cinema. teatro. concertos outono/inverno	46.5	53.5	30.0	70.0	2.954	1	NS
Trabalhar para ganhar dinheiro primavera/verão	56.3	43.7	46.7	53.3	1.009	1	NS
Trabalhar para ganhar dinheiro outono/inverno	79.6	20.4	80.0	20.0	.003	1	NS
Conversar amigos primavera/verão	10.2	89.8	6.7	93.3	.378	1	NS
Conversar amigos outono/inverno	28.6	71.4	16.7	83.3	1.910	1	NS
Praticar desporto grupo primavera/verão	24.1	75.9	33.3	66.7	1.217	1	NS
Praticar desporto grupo outono/inverno	58.0	42.0	70.0	30.0	1.605	1	NS
Praticar desporto individual primavera/verão	43.3	56.7	56.7	43.3	1.942	1	NS
Praticar desporto individual outono/inverno	62.4	37.6	70.0	30.0	.656	1	NS
Praticar desporto competição primavera/verão	49.4	50.6	60.0	40.0	1.204	1	NS
Praticar desporto competição outono/inverno	68.6	31.4	63.3	36.7	.337	1	NS
Assistir acontec. desportivos primavera/verão	33.5	66.5	40.0	60.0	.507	1	NS
Assistir acontec. desportivos outono/inverno	61.2	38.8	63.3	36.7	.050	1	NS
Ajudar nos trabalhos domésticos primavera/verão	38.0	62.0	56.7	43.3	3.962	1	NS
Ajudar nos trabalhos domésticos outono/inverno	41.2	58.8	46.7	53.3	.479	1	NS
Praticar desporto não orientado por treinador primavera/verão	49.4	50.6	56.7	43.3	.566	1	NS
Praticar desporto não orientado por treinador outono/inverno	72.7	27.3	76.7	23.3	.219	1	NS
Fazer tpc ou mais trabalhos escola primavera/verão	46.5	53.5	70.0	30.0	4.324	1	p<.05
Fazer tpc ou mais trabalhos escola outono/inverno	37.1	62.9	40.0	60.0	.564	1	NS
Ir ao café primavera/verão	22.9	77.1	33.3	66.7	.453	1	NS
Ir ao café outono/inverno	49.8	50.2	43.3	56.7	.432	1	NS
Ir à discoteca primavera/verão	48.6	51.4	43.3	56.7	.123	1	NS
Ir à discoteca outono/inverno	78.4	21.6	80.0	20.0	.440	1	NS
Namorar/estar c/ namorado primavera/verão	40.4	59.6	43.3	56.7	.307	1	NS
Namorar/estar c/ namorado outono/	54.7	45.3	53.3	46.7	.076	1	NS

<i>Quadro 47 cont.</i>	<i>Sem def sensorial</i>		<i>Com def sensorial</i>		χ^2	gl	p
	Não	Sim	Não	Sim			
Estar só (pensar, relaxar) primavera/verão	33.5	66.5	43.3	56.7	.545	1	NS
Estar só (pensar, relaxar) outono/inverno	35.5	64.5	30.0	70.0	.357	1	NS
Dormir primavera/verão	28.6	71.4	53.3	46.7	7.625	1	p<.01
Dormir outono/inverno	21.6	78.4	23.3	76.7	.045	1	NS
Fazer compras/ver montras primavera/verão	29.4	70.6	20.0	80.0	1.159	1	NS
Fazer compras/ver montras outono/inverno	43.3	56.7	46.7	53.3	.126	1	NS
Estar c/ amigos primavera/verão	13.1	86.9	13.3	86.7	.002	1	NS
Estar c/ amigos outono/inverno	30.6	69.4	36.7	63.3	.456	1	NS
Fazer uma colecção primavera/verão	54.7	45.3	60.0	40.0	.304	1	NS
Fazer uma colecção outono/inverno	56.7	43.3	46.7	53.3	1.098	1	NS
Ver TV/vídeo primavera/verão	22.9	77.1	33.3	66.7	1.608	1	NS
Ver TV/vídeo outono/inverno	22.0	78.0	20.0	80.0	.065	1	NS
Navegar na internet primavera/verão	39.6	60.4	33.3	66.7	.440	1	NS
Navegar na internet outono/inverno	35.9	64.1	33.3	66.7	.078	1	NS
Falar ao telefone primavera/verão	31.4	68.6	30.0	70.0	.025	1	NS
Falar ao telefone outono/inverno	42.0	58.0	23.3	76.7	3.897	1	p<.05
Ir à praia primavera/verão	8.6	91.4	10.0	90.0	.068	1	NS
Ir à praia outono/inverno	84.5	15.5	76.7	23.3	1.195	1	NS
Tocar musica/cantar primavera/verão	49.8	50.2	40.0	60.0	1.027	1	NS
Tocar musica/cantar outono/inverno	62.4	37.6	46.7	53.3	2.791	1	NS
Actividades "arte e expressão" primavera/verão	68.2	31.8	73.3	26.7	.332	1	NS
Actividades "arte e expressão" outono/inverno	74.3	25.7	63.3	36.7	1.630	1	NS
Solidariedade social primavera/verão	70.6	29.4	73.3	26.7	.096	1	NS
Solidariedade social outono/inverno	78.0	22.0	80.0	20.0	.065	1	NS
Actividades associativas primavera/verão	70.6	29.4	70.0	30.0	.005	1	NS
Actividades associativas outono/inverno	76.7	23.3	76.7	23.3	.000	1	NS
Visitar conhecidos/familiares primavera/verão	26.5	73.5	30.0	70.0	.164	1	NS
Visitar conhecidos/familiares outono/inverno	40.8	59.2	40.0	60.0	.007	1	NS
Outra primavera/verão	86.9	13.1	90.0	10.0	.233	1	NS
Outra outono/inverno	91.4	8.6	93.3	6.7	.131	1	NS

Anexo 1-Quadro 48 – Percentagens por grupos com e sem outra situação – Ocupação dos tempos livres (amostra 2)

	<i>Sem</i>		<i>Com</i>		χ^2	gl	p
	<i>Outra situação</i>		<i>Outra situação</i>				
	Não	Sim	Não	Sim			
Ouvir música primavera/verão	12.9	87.1	2.9	97.1	3.006	1	NS
Ouvir música outono/inverno	25.4	74.6	22.9	77.1	.106	1	NS
Ler primavera/verão	46.7	53.3	42.9	57.1	.178	1	NS
Ler outono/inverno	35.0	65.0	40.0	60.0	.333	1	NS
Jogar cartas. vídeo. computador primavera/verão	23.8	76.3	17.1	82.9	.755	1	NS
Jogar cartas. vídeo. computador outono/inverno	28.3	71.7	31.4	68.6	.143	1	NS
Cinema. teatro. concertos primavera/verão	27.1	72.9	22.9	77.1	.280	1	NS
Cinema. teatro. concertos outono/inverno	44.6	55.4	45.7	54.3	.016	1	NS
Trabalhar para ganhar dinheiro primavera/verão	55.4	44.6	54.3	45.7	.016	1	NS
Trabalhar para ganhar dinheiro outono/inverno	78.3	21.7	88.6	11.4	1.974	1	NS
Conversar amigos primavera/verão	9.2	90.8	14.3	85.7	.904	1	NS
Conversar amigos outono/inverno	26.7	73.3	31.4	68.6	.349	1	NS
Praticar desporto grupo primavera/verão	25.4	74.6	22.9	77.1	.106	1	NS
Praticar desporto grupo outono/inverno	59.2	40.8	60.0	40.0	.009	1	NS
Praticar desporto individual primavera/verão	44.6	55.4	45.7	54.3	.016	1	NS
Praticar desporto individual outono/inverno	64.2	35.8	57.1	42.9	.648	1	NS
Praticar desporto competição primavera/verão	50.0	50.0	54.3	45.7	.224	1	NS
Praticar desporto competição outono/inverno	67.5	32.5	71.4	28.6	.217	1	NS
Assistir acontec. desportivos primavera/verão	34.2	65.8	34.3	65.7	.000	1	NS
Assistir acontec. desportivos outono/inverno	61.3	38.8	62.9	37.1	.033	1	NS
Ajudar nos trabalhos domésticos primavera/verão	41.3	58.8	31.4	68.6	1.228	1	NS
Ajudar nos trabalhos domésticos_outono/	42.5	57.5	37.1	62.9	.476	1	NS
Praticar desporto não orientado por treinador primavera/verão	50.0	50.0	51.4	48.6	.025	1	NS
Praticar desporto não orientado por treinador outono/inverno	73.3	26.7	71.4	28.6	.056	1	NS
Fazer tpc ou mais trabalhos escola primavera/verão	50.4	49.6	40.0	60.0	1.326	1	NS
Fazer tpc ou mais trabalhos escola outono/inverno	37.1	62.9	40.0	60.0	.111	1	NS

<i>Quadro 48 cont.</i>	<i>Sem</i>		<i>Com</i>		χ^2	gl	p
	<i>Outra situação</i>		<i>Outra situação</i>				
	Não	Sim	Não	Sim			
Ir ao café primavera/verão	24.2	75.8	22.9	77.1	.029	1	NS
Ir ao café outono/inverno	51.3	48.8	34.3	65.7	3.517	1	NS
Ir à discoteca primavera/verão	47.1	52.9	54.3	45.7	.635	1	NS
Ir à discoteca outono/inverno	77.5	22.5	85.7	14.3	1.223	1	NS
Namorar/estar c/ namorado primavera/verão	39.6	60.4	48.6	51.4	1.022	1	NS
Namorar/estar c/ namorado_outono/	53.8	46.3	60.0	40.0	.481	1	NS
Estar só (pensar, relaxar) primavera/verão	36.3	63.8	22.9	77.1	2.423	1	NS
Estar só (pensar, relaxar) outono/inverno	35.4	64.6	31.4	68.6	.214	1	NS
Dormir primavera/verão	33.8	66.3	14.3	85.7	5.384	1	p<.05
Dormir outono/inverno	23.3	76.7	11.4	88.6	2.538	1	NS
Fazer compras/ver montras primavera/verão	29.2	70.8	22.9	77.1	.598	1	NS
Fazer compras/ver montras outono/inverno	43.8	56.3	42.9	57.1	.010	1	NS
Estar c/ amigos primavera/verão	12.9	87.1	14.3	85.7	.050	1	NS
Estar c/ amigos outono/inverno	30.0	70.0	40.0	60.0	1.421	1	NS
Fazer uma colecção primavera/verão	58.8	41.3	31.4	68.6	9.223	1	p<.05
Fazer uma colecção outono/inverno	56.7	43.3	48.6	51.4	.811	1	NS
Ver TV/vídeo primavera/verão	25.4	74.6	14.3	85.7	2.075	1	NS
Ver TV/vídeo outono/inverno	21.7	78.3	22.9	77.1	.025	1	NS
Navegar na internet primavera/verão	39.2	60.8	37.1	62.9	.053	1	NS
Navegar na internet outono/inverno	33.8	66.3	48.6	51.4	2.925	1	NS
Falar ao telefone primavera/verão	32.1	67.9	25.7	74.3	.577	1	NS
Falar ao telefone outono/inverno	38.8	61.3	48.6	51.4	1.228	1	NS
Ir à praia primavera/verão	9.6	90.4	2.9	97.1	1.735	1	NS
Ir à praia outono/inverno	82.9	17.1	88.6	11.4	.714	1	NS
Tocar musica/cantar primavera/verão	50.8	49.2	34.3	65.7	3.348	1	NS
Tocar musica/cantar outono/inverno	62.9	37.1	45.7	54.3	3.790	1	NS
Actividades "arte e expressão" primavera/verão	68.8	31.3	68.6	31.4	.000	1	NS
Actividades "arte e expressão" outono/inverno	72.5	27.5	77.1	22.9	.335	1	NS
Solidariedade social primavera/verão	71.3	28.8	68.6	31.4	.106	1	NS
Solidariedade social outono/inverno	77.9	22.1	80.0	20.0	.078	1	NS
Actividades associativas primavera/verão	72.9	27.1	54.3	45.7	5.103	1	p<.05
Actividades associativas outono/inverno	76.7	23.3	77.1	22.9	.004	1	NS
Visitar conhecidos/familiares primavera/verão	28.3	71.7	17.1	82.9	1.945	1	NS
Visitar conhecidos/familiares outono/inverno	40.8	59.2	40.0	60.0	.009	1	NS
Outra primavera/verão	88.3	11.7	80.0	20.0	1.881	1	NS
Outra outono/inverno	91.6	8.4	91.4	8.6	.002	1	NS

Anexo 1-Quadro 49 – Percentagens por grupos com e sem problemas de saúde/deficiência – Comportamentos de Risco (amostra 2)

	<i>Problema de saúde</i>		<i>Doença crónica</i>		<i>Deficiência motora</i>		<i>Deficiência sensorial</i>		<i>Outra situação</i>	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Frequência tabaco										
Não fumo	88.5	90.2	88.3	93.8	88.9	100	89.2	90.0	89.7	86.5
Menos uma vez semana	4.5	2.5	3.9	2.1	3.7		3.6	3.3	3.7	2.7
Pelo menos uma vez semana	4.5	.8	3.5		3.0		3.2		2.9	2.7
Todos os dias	2.5	6.6	4.3	4.2	4.4		4.0	6.7	3.7	8.1
	$\chi^2=6.523$; gl=3; NS		$\chi^2=2.161$; gl=3; NS		$\chi^2=1.120$; gl=3; NS		$\chi^2=1.409$; gl=3; NS		$\chi^2=1.570$; gl=3 ; NS	
Já ficou com embriaguez										
Não	77.2	77.2	77.7	75.0	77.1	80.0	78.1	70.0	76.6	81.1
Sim	22.8	22.8	22.3	25.0	22.9	20.0	21.9	30.0	23.4	18.9
	$\chi^2 =.000$; gl=1; NS		$\chi^2=.163$; gl= 1; NS		$\chi^2 =.045$ gl= 1; NS		$\chi^2 =.997$; gl=3; NS		$\chi^2=.360$; gl=1; NS	
Consumo drogas último mês										
Nenhuma	96.2	98.3	96.9	97.9	97.0	100.0	96.7	100.0	97.1	97.1
Uma vez	2.6	.8	2.2		1.9		2.0		1.7	2.9
Mais que uma vez	1.3		.9		.8		.8		.8	
Consumo regularmente		.8		2.1	.4		.4		.4	
	$\chi^2=3.952$; gl=3; NS		$\chi^2=6.283$; gl=3; NS		$\chi^2 =.280$ gl= 3; NS		$\chi^2=1.013$; gl=3; NS		$\chi^2=.647$; gl=3; NS	
Relações sexuais										
Não	75.3	82.4	77.9	80.9	78.0	88.9	77.5	86.2	77.6	83.3
Sim	24.7	17.6	22.1	19.1	22.0	11.1	22.5	13.8	22.4	16.7
	$\chi^2=1.957$; gl=1; NS		$\chi^2 =.203$; gl= 3 ; NS		$\chi^2 =.606$ gl= 3 ; NS		$\chi^2=1.171$; gl=3; NS		$\chi^2 =.599$; gl=3; NS	
Uso preservativo										
Nunca teve relações sexuais	78.4	82.4	80.0	80.9	79.8	88.9	79.4	86.2	79.2	86.1
Sim	16.3	12.6	14.7	14.9	14.8	11.1	15.2	10.3	16.1	5.6
Não	5.2	5.0	5.3	4.3	5.3		5.3	3.4	4.7	8.3
	$\chi^2 =.768$; gl=2; NS		$\chi^2=.093$; gl=2;NS		$\chi^2 =.650$; gl=2; NS		$\chi^2=.751$; gl=2; NS		$\chi^2=3.365$; gl=2;NS	
Envolvimento lutas último mês										
Não estive envolvido em nenhuma luta	71.0	68.0	69.9	68.8	69.3	80.0	69.0	75.9	74.2	40.5
Uma a três vezes	18.7	21.3	19.7	20.8	20.2	10.0	20.2	17.2	16.7	40.5
Quatro vezes ou mais vezes	10.3	10.7	10.5	10.4	10.5	10.0	10.9	6.9	9.2	18.9
	$\chi^2=.342$; gl=2; NS		$\chi^2=.035$; gl=2; NS		$\chi^2=.668$; gl=2; NS		$\chi^2 =.684$; gl=2; NS		$\chi^2=.17.317$; gl= 2; p<.000	
Provocado										
Não fui provocado nunca	52.9	47.9	51.5	46.8	49.6	80.0	49.8	58.6	54.8	24.3
Uma vez período a uma vez semana	38.9	40.5	38.5	44.7	40.7	10.0	40.2	34.5	37.8	51.4
Várias vezes semana	8.3	11.6	10.0	8.5	9.7	10.0	10.0	6.9	7.5	24.3
	$\chi^2 =1.136$; gl=2; NS		$\chi^2 =.628$; gl= 2; NS		$\chi^2 =4.046$; gl=2; NS		$\chi^2 =.684$; gl= 2; NS		$\chi^2 =17.317$; gl= 2; p<.000	
Provocou										
Não provocou nunca	67.3	57.9	65.5	52.1	62.2	90.0	63.3	62.1	66.3	43.2
Uma vez período a uma vez semana	26.9	37.2	28.8	43.8	32.2	10.0	31.5	31.0	29.6	43.2
Várias vezes semana	5.8	5.0	5.7	4.2	5.6		5.2	6.9	4.2	13.5
	$\chi^2 =3.334$; gl= 2; NS		$\chi^2 =4.114$; gl= 2; NS		$\chi^2 =3.275$; gl= 2; NS		$\chi^2 =.864$; gl= 2; NS		$\chi^2 =9.762$; gl= 2; p<.01	

Anexo 1-Quadro 50 – Percentagens por grupos com e sem NEE e participação afectada - Grupo de identificação, nacionalidade (amostra 2)

	<i>NEE</i>		<i>Afecta participação na escola</i>		<i>Impede fazer o que os colegas da idade fazem</i>	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Grupo de identificação						
Branco	89.5	85.1	87.6	81.8	87.6	80.6
Outra	10.5	14.9	12.4	18.2	12.4	19.4
Nacionalidade						
Portuguesa	97.4	88.7	92.4	90.9	93.2	83.9
Outra	2.6	11.3	7.6	9.1	6.8	16.1
Nacionalidade pai						
Portuguesa	86.8	82.7	85.1	78.8	84.9	80.6
Outra	13.2	17.3	14.9	21.2	15.1	19.4
Nacionalidade mãe						
Portuguesa	86.0	82.7	85.1	75.8	84.9	77.4
Outra	14.0	17.3	14.9	24.2	15.1	22.6

Anexo 1-Quadro 51 – Percentagens por grupos com e sem NEE e participação afectada - nível financeiro da família, emprego, estatuto social e nível de instrução dos pais (amostra 2)

	<i>NEE</i>		<i>Afecta Participação na escola</i>		<i>Impede fazer o que os colegas da idade fazem</i>	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Nível financeiro da família						
Bastante mal/ não muito bem	10.5	18.5	14.9	18.2	14.7	19.4
Média	50.9	47.0	47.0	60.6	47.8	54.8
Muito bem/bem	38.6	34.5	38.2	21.2	37.5	25.8
Pai tem emprego						
Sim	86.8	81.2	84.1	78.8	82.7	90.0
Não	13.2	18.8	15.9	21.2	17.3	10.0
Mãe tem emprego						
Sim	78.1	77.8	77.8	78.8	78.1	76.7
Não	21.9	22.2	22.2	21.2	21.9	23.3
Estatuto social – profissão pai						
Não classificável	17.5.	19.6.	19.7	12.1	19.1	16.1
Elevado	14.0.	8.9.	11.6	6.1	11.2	9.7
2	9.6.	4.8.	6.8	6.1	7.2	3.2
3	23.7.	22.0.	22.1	27.3	23.1	19.4
4	27.2.	28.0.	27.3	30.3	27.5	29.0
Baixo	7.9..	16.7.	12.4	18.2	12.0	22.6
Estatuto social –profissão mãe						
Não classificável	22.8	18.5	20.9	15.2	19.1	29.0
1 Elevado	12.3	10.1	10.0	18.2	12.0	3.2
2	6.1	4.2	5.2	3.0	4.4	9.7
3	19.3	17.9	19.7	9.1	18.3	19.4
4	26.3	32.1	28.1	42.4	29.1	35.5
5 Baixo	13.2	17.3	16.1	12.1	17.1	3.2

<i>Quadro 51 cont.</i>	<i>NEE</i>		<i>Afecta Participação na escola</i>		<i>Impede fazer o que os colegas da idade fazem</i>	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Nível instrução pai						
Nunca estudou	2.7	7.3	4.5	12.1	5.7	3.2
1º ciclo	23.0	40.0	33.9	27.3	32.0	41.9
2º/3º ciclo	32.7	29.1	30.2	33.3	30.8	29.0
Secundário	22.1	12.7	17.6	9.1	17.0	12.9
Curso superior	19.5	10.9	13.9	18.2	14.6	12.9
Nível instrução mãe						
Nunca estudou	3.5	4.2	4.1	3.0	4.0	3.0
1º ciclo	23.0	35.2	30.6	27.3	30.8	25.8
2º/3º ciclo	30.1	36.4	33.5	36.4	33.2	38.7
Secundário	23.0	13.3	17.1	18.2	16.6	22.6
Curso superior	20.4	10.9	14.7	15.2	15.4	9.7

Anexo 1-Quadro 52 – Percentagens por grupos com e sem NEE e participação afectada – itens da escala de afluência familiar e somatório FAS (amostra 2)

	<i>NEE</i>		<i>Afecta participação na escola</i>		<i>Impede fazer o que os colegas da idade fazem</i>	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Transporte próprio na família(carro)						
Não	13.2	16.7	14.9	18.2	14.7	19.4
Sim um	40.4	46.4	43.4	48.5	43.8	45.2
Sim dois ou mais	46.5	36.9	41.8	33.3	41.4	35.5
	$\chi^2 = 2.649$; gl = 2; NS		$\chi^2 = .892$; gl = 2; NS		$\chi^2 = .636$; gl = 2; NS	
Quarto próprio						
Não	24.6	32.7	28.5	36.4	30.3	22.6
Sim	75.4	67.3	71.5	63.6	69.7	77.4
	$\chi^2 = 2.186$; gl = 1; NS		$\chi^2 = .864$; gl = 1; NS		$\chi^2 = .787$; gl = 1; NS	
Viagens de férias com a família						
Nenhuma	16.7	29.2	22.5	36.4	21.5	45.2
Uma	28.1	25.0	27.3	18.2	27.1	19.4
Duas vezes	23.7	17.9	20.1	21.2	20.7	16.1
Mais de duas vezes	31.6	28.0	30.1	24.2	30.7	19.4
	$\chi^2 = 6.085$; gl = 3; NS		$\chi^2 = 3.611$; gl = 3; NS		$\chi^2 = 8.517$; gl = 3; p < .05	
Computador em casa						
Nenhum	14.9	28.0	22.1	27.3	21.9	29.0
Um	59.6	49.4	53.8	51.5	54.2	48.4
Dois	20.2	17.3	18.5	18.2	19.1	12.9
Mais de dois	5.3	5.4	5.6	3.0	4.8	9.7
	$\chi^2 = 6.752$; gl = 3; NS		$\chi^2 = .743$; gl = 3; NS		$\chi^2 = 2.612$; gl = 3; NS	
Nível de Afluência Familiar						
Baixo	23.7	40.5	32.5	42.4	32.7	41.9
Médio	44.7	33.9	39.8	27.3	39.0	32.3
Alto	31.6	25.6	27.7	30.3	28.3	25.8
	$\chi^2 = 8.624$; gl = 2; p < .05		$\chi^2 = 2.103$; gl = 2; NS		$\chi^2 = 1.096$; gl = 2; NS	

Anexo 1-Quadro 53 – Percentagens por grupos com e sem NEE e participação afectada – Saúde Positiva (amostra 2)

	<i>NEE</i>		<i>Afecta Participação na escola</i>		<i>Impede fazer o que os colegas da idade fazem</i>	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Percepção de saúde						
Excelente	40,4	23.8	33.3	9.1	33.5	6.5
Boa	46.5	49.4	48.2	48.5	47.8	51.6
Razoável	11.4	22.6	17.3	24.2	16.3	32.3
Má	1.8	4.2	1.2	18.2	2.4	9.7
	$\chi^2=12.175$; gl=3; p<.01		$\chi^2=32.714$; gl=3; p<.001		$\chi^2=15.145$; gl= 3; p<.01	
Percepção de felicidade						
Muito feliz	21.9	29.7	27.6	18.2	26.0	31.0
Feliz	62.3	46.1	52.0	57.6	54.0	41.4
Pouco feliz	14.9	15.2	14.2	21.2	14.0	24.1
Infeliz	.9	9.1	6.1	3.0	6.0	3.4
	$\chi^2=12.834$; gl = 3; p<.005		$\chi^2=2.572$; gl = 3; NS		$\chi^2=3.103$; gl = 3; NS	
Satisfação com a vida na última semana						
Gostar como as coisas correm						
Nunca	4.4	10.4	8.2	6.1	7.6	10.3
Às vezes	49.1	38.4	40.8	57.6	42.6	44.8
Quase sempre	23.7	23.8	24.1	21.2	24.9	13.8
Sempre	22.8	27.4	26.9	15.2	24.9	31.0
	$\chi^2=5.406$; gl = 3; NS		$\chi^2=3.754$; gl =3; NS		$\chi^2=2.005$; gl=3; NS	
A vida corre bem						
Nunca	1.8	3.7	3.3		2.8	3.4
Às vezes	33.3	39.6	34.6	56.3	34.9	55.2
Quase sempre	36.0	28.0	31.7	28.1	32.5	20.7
Sempre	28.9	28.7	30.5	15.6	29.7	20.7
	$\chi^2=2.917$; gl = 3; NS		$\chi^2=6.928$; gl = 3; NS		$\chi^2=4.806$; gl = 3; NS	
Gostar de mudar coisas na vida						
Nunca	9.6	13.3	13.0	3.0	10.4	24.1
Às vezes	46.5	33.9	38.6	42.4	38.0	48.3
Quase sempre	21.1	23.6	23.6	15.2	24.0	10.3
Sempre	22.8	29.1	24.8	39.4	27.6	17.2
	$\chi^2=4.896$; gl = 3; NS		$\chi^2=5.809$; gl =3; NS		$\chi^2=8.046$; gl =3; p<.05	
Desejar um tipo de vida diferente						
Nunca	36.0	23.0	30.1	15.2	28.8	24.1
Às vezes	41.2	32.7	37.0	30.3	36.8	31.0
Quase sempre	8.8	21.8	14.6	30.3	15.6	24.1
Sempre	14.0	22.4	18.3	24.2	18.8	20.7
	$\chi^2=14.787$; gl = 3; p<.005		$\chi^2=7.525$; gl = 3; NS		$\chi^2=1.636$; gl = 3; NS	
Ter uma boa vida						
Nunca	2.6	5.6	4.5	3.0	4.0	6.9
Às vezes	22.8	34.6	28.8	36.4	28.7	37.9
Quase sempre	35.1	25.9	28.8	36.4	31.2	17.2
Sempre	39.5	34.0	37.9	24.2	36.0	37.9
	$\chi^2=6.885$; gl = 3; NS		$\chi^2=2.754$; gl = 3; NS		$\chi^2=2.943$; gl = 3; NS	
Sentir-se bem com o que tem acontecido						
Nunca	5.3	9.1	8.2	3.0	7.3	10.3
Às vezes	35.4	41.5	36.5	57.6	37.1	55.2
Quase sempre	39.8	25.6	32.0	27.3	33.9	10.3
Sempre	19.5	23.8	23.4	12.1	21.8	24.1
	$\chi^2=6.798$; gl = 3; NS		$\chi^2=6.214$; gl = 3; NS		$\chi^2=7.143$; gl = 3; NS	

Anexo 1-Quadro 54 – Percentagens por grupos com e sem NEE e participação afectada – Ajustamento psicossocial – Sintomas (amostra2)

	<i>NEE</i>		<i>Afecta participação na escola</i>		<i>Impede fazer o que os colegas da idade fazem</i>	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Sintomas físicos						
Dor de cabeça						
Quase todos os dias	3.5	6.6	5.3	6.3	5.2	6.5
Mais que uma vez semana	10.6	9.6	9.7	12.5	9.7	12.9
Todas as semanas	6.2	4.8	4.5	12.5	5.2	6.5
Todos os meses	8.8	13.9	11.3	15.6	10.9	19.4
Raramente ou nunca	70.8	65.1	69.2	53.1	69.0	54.8
	$\chi^2=3.245$; gl= 4; NS		$\chi^2=5.213$; gl =4 ; NS		$\chi^2=2.921$; gl = 4; NS	
Dores de estômago						
Quase todos os dias	4.4	2.4	3.3	3.0	3.2	3.2
Mais que uma vez semana	1.8	1.2	1.6		1.6	
Todas as semanas	4.4	6.0	4.5	12.1	4.8	9.7
Todos os meses	11.5	14.5	12.2	21.2	13.7	9.7
Raramente ou nunca	77.9	75.9	78.5	63.6	76.6	77.4
	$\chi^2=1.792$; gl = 4; NS		$\chi^2=6.325$; gl =4; NS		$\chi^2=2.040$; gl = 4; NS	
Dores de costas						
Quase todos os dias	6.2	10.2	9.3	3.0	7.7	16.1
Mais que uma vez semana	5.3	5.4	5.3	6.1	6.0	
Todas as semanas	13.3	10.2	9.3	27.3	10.1	22.6
Todos os meses	15.0	11.4	13.8	6.1	13.3	9.7
Raramente ou nunca	60.2	62.7	62.2	57.6	62.9	51.6
	$\chi^2=2.562$; gl = 4; NS		$\chi^2=10.992$; gl = 4; p<.05		$\chi^2=8.777$; gl = 4; NS	
Dores de pescoço e ombros						
Quase todos os dias	6.2	12.0	10.6	3.0	10.1	6.5
Mais que uma vez semana	4.4	6.0	4.9	9.1	4.4	12.9
Todas as semanas	13.3	4.8	6.9	18.2	7.3	16.1
Todos os meses	14.2	12.7	13.8	9.1	14.5	3.2
Raramente ou nunca	61.9	64.5	63.8	60.6	63.7	61.3
	$\chi^2=8.713$; gl = 4; NS		$\chi^2=7.692$; gl = 4 ; NS		$\chi^2= 9.355$; gl = 4; NS	
Cansaço e exaustão						
Quase todos os dias	26.5	21.1	23.2	24.2	23.0	25.8
Mais que uma vez semana	12.4	17.5	14.2	24.2	14.9	19.4
Todas as semanas	13.3	16.3	15.9	9.1	15.7	9.7
Todos os meses	22.1	12.7	17.1	12.1	15.7	22.6
Raramente ou nunca	25.7	32.5	29.7	30.3	30.6	22.6
	$\chi^2=7.112$; gl = 4; NS		$\chi^2=3.228$; gl = 4; NS		$\chi^2=2.503$; gl = 4; NS	
Tonturas						
Quase todos os dias	4.4	.6	2.0	3.1	2.4	
Mais que uma vez semana	3.5	4.3	3.3	9.4	3.7	6.7
Todas as semanas	1.8	3.1	2.0	6.3	2.8	
Todos os meses	12.4	8.0	9.8	9.4	9.3	13.3
Raramente ou nunca	77.9	84.0	82.8	71.9	81.7	80.0
	$\chi^2=6.639$; gl =4; NS		$\chi^2=5.176$; gl =4; NS		$\chi^2=2.636$; gl = 4; NS	
Sintomas psicológicos						
Sentir-se deprimido						
Quase todos os dias	9.8	10.8	11.0	6.1	10.1	12.9
Mais que uma vez semana	7.1	7.2	5.3	21.2	6.5	12.9
Todas as semanas	8.9	7.2	7.8	9.1	8.9	
Todos os meses	15.2	12.0	13.5	12.1	12.6	19.4
Raramente ou nunca	58.9	62.7	62.4	51.5	61.9	54.8
	$\chi^2=.956$; gl= 4; NS		$\chi^2=11.587$; gl = 4; p<.05		$\chi^2=5.732$; gl = 4; NS	

<i>Quadro 54 cont.</i>	<i>NEE</i>		<i>Afecta participação na escola</i>		<i>Impede fazer o que os colegas da idade fazem</i>	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Sentir dificuldades em adormecer						
Quase todos os dias	7.1	15.1	10.6	21.2	11.3	16.1
Mais que uma vez semana	8.0	4.2	6.1	3.0	6.0	3.2
Todas as semanas	2.7	8.4	4.9	15.2	6.0	6.5
Todos os meses	10.6	9.0	8.9	15.2	10.1	6.5
Raramente ou nunca	71.7	63.3	69.5	45.5	66.5	67.7
	$\chi^2=9.842$; gl = 4; p<.05		$\chi^2=11.989$; gl = 4; p<.05		$\chi^2=1.313$; gl = 4; NS	
Sentir-se irritado						
Quase todos os dias	7.1	8.5	7.4	12.1	6.5	19.4
Mais que uma vez semana	12.5	17.6	16.0	12.1	16.3	9.7
Todas as semanas	15.2	11.5	13.1	12.1	13.0	12.9
Todos os meses	20.5	20.6	20.5	21.2	20.7	19.4
Raramente ou nunca	44.6	41.8	43.0	42.4	43.5	38.7
	$\chi^2=2.071$; gl = 4; NS		$\chi^2=1.135$; gl = 4; NS		$\chi^2=6.665$; gl = 4; NS	
Sentir-se nervoso						
Quase todos os dias	9.7	15.8	11.8	25.0	12.6	19.4
Mais que uma vez semana	9.7	13.3	11.0	18.8	11.7	12.9
Todas as semanas	17.7	13.3	15.4	12.5	15.8	9.7
Todos os meses	21.2	19.4	20.3	18.8	19.8	22.6
Raramente ou nunca	41.6	38.2	41.5	25.0	40.1	35.5
	$\chi^2=3.717$; gl = 4; NS		$\chi^2=7.293$; gl = 4; NS		$\chi^2=1.920$; gl = 4; NS	
Sentir medo						
Quase todos os dias	6.2	5.5	4.9	12.1	5.3	9.7
Mais que uma vez semana	3.5	4.8	4.5	3.0	4.0	6.5
Todas as semanas	.9	5.5	2.9	9.1	2.8	9.7
Todos os meses	9.7	14.5	11.8	18.2	12.1	16.1
Raramente ou nunca	79.6	69.7	75.9	57.6	75.7	58.1
	$\chi^2=6.356$; gl = 4; NS		$\chi^2=8.179$; gl = 4; NS		$\chi^2=6.393$; gl = 4; NS	

Anexo 1-Quadro 55 –Percentagens por grupos com e sem NEE e participação afectada – Experiência Escola (amostra 2)

	<i>NEE</i>		<i>Afecta Participação na escola</i>		<i>Impede fazer o que os colegas da idade fazem</i>	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Sentimento escola						
Gosto	77.9	72.7	75.1	72.7	72.7	93.1
Não gosto	22.1	27.3	24.9	27.3	27.3	6.9
	$\chi^2=.994$; gl = 1; NS		$\chi^2=.087$; gl = 1; NS		$\chi^2=5.745$; gl = 1; p<.05	
Capacidade académica						
Muito boa	7.3	9.7	9.9	0	8.5	10.3
Boa/média	83.6	69.7	76.4	66.7	76.8	62.1
Inferior à média	9.1	20.6	13.6	33.3	14.6	27.6
	$\chi^2=7.618$; gl=2; p<.05		$\chi^2=10.683$; gl=2; p<.005		$\chi^2=3.568$; gl=2; NS	
Escola ficar sozinho						
Não	80.5	65.6	73.3	60.6	72.9	62.1
Às vezes	14.2	29.4	22.6	27.3	22.3	31
Uma vez por semana ou mais	5.3	4.9	4.1	12.1	4.9	6.9
	$\chi^2=8.810$; gl=2; p<.05		$\chi^2=5.589$; gl=2; NS		$\chi^2=1.495$; gl=2; NS	
Professores ajudam quando preciso						
Sim	70.3	74.7	73	71.9	73.4	69.0
Não	29.7	25.3	27	28.1	26.6	31.0
	$\chi^2=.652$; gl=1; NS		$\chi^2=.019$; gl=1; NS		$\chi^2=.253$; gl=1; NS	
Professores interessam se por mim						
Sim	38.7	65.5	54.3	57.6	53.0	69.0
Não	61.3	34.5	45.7	42.4	47.0	31.0
	$\chi^2=19.115$; gl=1; p<.000		$\chi^2=.124$; gl=1; NS		$\chi^2=2.658$; gl=1; NS	

<i>Quadro 55 cont.</i>	<i>NEE</i>		<i>Afecta Participação na escola</i>		<i>Impede fazer o que os colegas da idade fazem</i>	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Colegas são simpáticos e prestáveis						
Concordo fortemente/concordo	72.7	81.6	77.6	66.7	78.0	62.1
Nem concordo nem discordo	9.1	11.4	9.8	12.1	9.6	13.8
Discordo/discordo fortemente	18.2	7.0	12.6	21.2	12.4	24.1
	$\chi^2=7.221$; gl=2; p<.05		$\chi^2=2.205$; gl=2; NS		$\chi^2=3.948$; gl=2; NS	
Colegas aceitam-me						
Concordo fortemente/concordo	82.5	80.6	82.9	69.7	82.8	69.0
Nem concordo nem discordo	11.4	9.1	9.8	12.1	9.2	17.2
Discordo/discordo fortemente	6.1	10.3	7.3	18.2	8.0	13.8
	$\chi^2=1.746$; gl=2; NS		$\chi^2=4.789$; gl=2; NS		$\chi^2=3.299$; gl=2; NS	

Anexo 1-Quadro 56 – Percentagens por grupos com e sem NEE e participação afectada – Competências sociais (amostra 2)

	<i>NEE</i>		<i>Afecta Participação na escola</i>		<i>Impede fazer o que os colegas da idade fazem</i>	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Capaz de defender direitos						
Muitas vezes	74.6	59.1	69.4	36.4	67.5	48.3
Às vezes	24.6	34.1	27.8	48.5	28.9	41.4
Raramente	.9	6.7	2.9	15.2	3.6	10.3
	$\chi^2= 9,781$; gl= 2; p<.005		$\chi^2= 19,165$; gl=2; p<.000		$\chi^2=5.523$; gl=2, NS	
Capaz de dizer não						
Muitas vezes	74.6	61.0	69.4	45.5	67.5	58.6
Às vezes	21.9	32.3	26.1	42.4	28.1	27.6
Raramente	3.5	6.7	4.5	12.1	4.4	13.8
	$\chi^2= 5,727$; gl=2; NS		$\chi^2=8.397$; gl=2; p<.05		$\chi^2=4.540$; gl=2, NS	
Capaz de dizer o que sente						
Muitas vezes	58.8	47.6	52.7	48.5	53.4	41.4
Às vezes	34.2	43.9	40.0	39.4	38.6	51.7
Raramente	7.0	8.5	7.3	12.1	8.0	6.9
	$\chi^2= 3,399$; gl=2; NS		$\chi^2=.937$; gl=2; NS		$\chi^2=1.892$; gl=2, NS	
Capaz de manter opinião nas discussões						
Muitas vezes	67.5	54.3	61.2	48.5	60.2	55.2
Às vezes	28.9	33.5	29.8	45.5	30.5	41.4
Raramente	3.5	12.2	9.0	6.1	9.2	3.4
	$\chi^2= 8,310$; gl=2; p<.05		$\chi^2=3.330$; gl=2, NS		$\chi^2=2.087$; gl=2; NS	
Capaz de se livrar de situações que não agradam						
Muitas vezes	57.0	50.6	54.7	42.4	53.8	48.3
Às vezes	32.5	42.7	37.1	48.5	37.8	44.8
Raramente	10.5	6.7	8.2	9.1	8.4	6.9
	$\chi^2= 3,532$; gl=2; NS		$\chi^2=1.825$; gl=2; NS		$\chi^2=.562$; gl=2; NS	

Anexo 1-Quadro 57 – Percentagens por grupos com e sem NEE e participação afectada – Relações sociais /pares (amostra 2)

	<i>NEE</i>		<i>Afecta participação na escola</i>		<i>Impede fazer o que os colegas da idade fazem</i>	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Falar pai						
Não tenho ou não vejo	9.0	16.3	13.3	13.3	13.1	14.8
Fácil/muito fácil	56.8	54.4	56.4	46.7	56.1	48.1
Difícil/muito difícil	34.2	29.4	30.3	40.0	30.7	37.0
	$\chi^2= 3.147$; gl=2; NS		$\chi^2=1.262$; gl=2; NS		$\chi^2=.641$; gl=2; NS	
Falar mãe						
Não tenho ou não vejo	5.5	5.7	5.9	3.1	5.0	10.3
Fácil/muito fácil	76.4	74.8	75.5	75.0	76.3	69.0
Difícil/muito difícil	18.2	19.5	18.6	21.9	18.8	20.7
	$\chi^2=.084$; gl=2; NS		$\chi^2=.555$; gl=2; NS		$\chi^2=1.559$; gl=2; NS	
Falar melhor amigo						
Não tenho ou não vejo	7.5	8.3	7.3	13.3	7.1	15.4
Fácil/muito fácil	88.8	81.5	85.5	76.7	84.9	80.8
Difícil/muito difícil	3.7	10.2	7.3	10.0	8.0	3.8
	$\chi^2= 3.946$; gl=2; NS		$\chi^2=1.738$; gl=2. NS		$\chi^2=2.578$;gl=2.NS	
Falar amigos do mesmo sexo						
Não tenho ou não vejo	1.9	3.2	1.7	9.7	2.6	3.8
Fácil/muito fácil	80.2	76.8	79.1	71.0	77.9	80.8
Difícil/muito difícil	17.9	20.0	19.1	19.4	19.6	15.4
	$\chi^2=.656$; gl=2; NS		$\chi^2=6.652$; gl=2; p<.05		$\chi^2=.386$; gl=2; NS	
Falar amigos sexo oposto						
Não tenho ou não vejo	5.6	6.5	4.8	16.1	5.1	15.4
Fácil/muito fácil	67.3	57.5	62.9	51.6	62.4	53.8
Difícil/muito difícil	27.1	35.9	32.3	32.3	32.5	30.8
	$\chi^2= 2.598$; gl=2; NS		$\chi^2=6.255$; gl=2; p<.05		$\chi^2=4.299$; gl=2; NS	
Amigos íntimos						
Nenhum	7.1	5.6	6.2	6.1	6.5	3.6
Um	6.2	11.7	8.3	18.2	9.3	10.7
Dois ou mais	86.7	82.7	85.5	75.8	84.2	85.7
	$\chi^2= 2.533$; gl=2; NS		$\chi^2=.3.351$; gl=2. NS		$\chi^2=.403$; gl=2. NS	
Amigas íntimas						
Nenhum	1.9	9.3	6.3	6.5	5.8	10.3
Um	12.0	7.5	8.8	12.9	9.2	10.3
Dois ou mais	86.1	83.2	84.9	80.6	85.0	79.3
	$\chi^2= 7.225$; gl=2; p<.05		$\chi^2=.550$; gl=2; NS		$\chi^2=.971$; gl=2. NS	
Ficar com amigos depois das aulas						
Nenhum	13.3	17.7	15.6	18.2	15.7	17.2
Um a 3 dias	48.7	36.6	41.4	42.4	42.3	34.5
Quatro ou mais dias	38.1	45.7	43.0	39.4	41.9	48.3
	$\chi^2=4.099$; gl=2; NS		$\chi^2=.222$; gl=2; NS		$\chi^2=.669$; gl=2; NS	
Sair amigos à noite						
Nenhum	42.3	55.8	48.6	63.6	49.8	55.2
Um a 3 dias	45.9	37.0	42.0	30.3	41.3	34.5
Quatro ou mais dias	11.7	7.3	9.5	6.1	8.9	10.3
	$\chi^2=5.132$; gl=2; NS		$\chi^2=2.659$; gl=2; NS		$\chi^2=.505$; gl=2; NS	

Anexo 1-Quadro 58 – Percentagens por grupos com e sem NEE e participação afectada – Actividade física Semana (amostra 2)

	<i>NEE</i>		<i>Afecta Participação na escola</i>		<i>Impede fazer o que os colegas da idade fazem</i>	
	não	sim	não	sim	não	Sim
Actividade física semana						
Nunca	3.6	4.9	3.7	9.4	2.8	16.7
Menos três vezes semana	36.6	50.0	43.4	53.1	44.3	46.7
Três vezes ou mais por semana	50.0	34.1	41.0	37.5	42.7	23.3
Todos os dias	9.8	11.0	11.9		10.2	13.3
	$\chi^2=7.146$; gl=2; NS		$\chi^2=6.587$; gl=2; NS		$\chi^2=14.504$; gl=2; p<.005	

Anexo 1-Quadro 59 – Percentagens por grupos com e sem NEE e participação afectada – Actividades desportivas semana (amostra 2)

<i>NEE</i>					
	Não	Sim	χ^2	gl	p
Futebol	28.2	37.6	2.602	1	NS
Basquetebol	10.7	7.9	.653	1	NS
Ginástica	2.7	6.7	2.211	1	NS
Voleibol	3.6	3.6	.001	1	NS
Natação	11.6	26.7	9.258	1	.005
Ciclismo	7.1	8.5	.164	1	NS
Andebol	7.1	5.5	.330	1	NS
Atletismo	6.3	5.5	2.366	1	NS
Outra	20.5	15.2	.078	1	NS
<i>Afecta Participação na escola</i>					
	Não	Sim	χ^2	gl	p
Futebol	34.2	31.3	.107	1	NS
Basquetebol	9.4	6.3	.339	1	NS
Ginástica	5.3	3.1	.281	1	NS
Voleibol	3.7	3.1	.024	1	NS
Natacao	20.0	25.0	.433	1	NS
Ciclismo	8.2	6.3	.142	1	NS
Andebol	6.9	0	2.366	1	NS
Atletismo	5.3	9.4	.861	1	NS
Outra	17.1	18.8	.051	1	NS
<i>Impede fazer o que os colegas da idade fazem</i>					
	Não	Sim	χ^2	gl	p
Futebol	35.0	24.1	1.357	1	NS
Basquetebol	9.7	3.4	1.227	1	NS
Ginástica	5.6	0	1.724	1	NS
Voleibol	4.0	0	1.213	1	NS
Natação	19.0	34.5	3.832	1	.05
Ciclismo	8.1	6.9	.048	1	NS
Andebol	6.9	0	2.118	1	NS
Atletismo	6.5	0	1.986	1	NS
Outra	18.1	10.3	1.103	1	NS

Anexo 1-Quadro 60 – Percentagens por grupos com e sem NEE – Ocupação dos tempos livres (amostra 2)

	Sem NEE		ComNEE		χ^2	gl	p
	Não	Sim	Não	Sim			
Ouvir música primavera/verão	13.3	86.7	10.5	89.5	.501	1	NS
Ouvir música outono/inverno	19.5	80.5	29.0	71.0	3.226	1	NS
Ler primavera/verão	44.2	55.8	47.5	52.5	.289	1	NS
Ler outono/inverno	29.2	70.8	40.1	59.9	3.461	1	NS
Jogar cartas, vídeo, computador primavera/verão	18.6	81.4	25.9	74.1	2.032	1	NS
Jogar cartas, vídeo, computador outono/inverno	23.0	77.0	32.7	67.3	3.064	1	NS
Cinema, teatro, concertos primavera/verão	17.7	82.3	32.7	67.3	7.699	1	.01
Cinema, teatro, concertos outono/inverno	37.2	62.8	50.0	50.0	4.434	1	.05
Trabalhar para ganhar dinheiro primavera/verão	53.1	46.9	56.8	43.2	.367	1	NS
Trabalhar para ganhar dinheiro outono/inverno	78.8	21.2	80.2	19.8	.091	1	NS
Conversar amigos primavera/verão	4.4	95.6	13.6	86.4	6.302	1	.05
Conversar amigos outono/inverno	18.6	81.4	33.3	66.7	7.301	1	.005
Praticar desporto grupo primavera/verão	20.4	79.6	28.4	71.6	2.290	1	NS
Praticar desporto grupo outono/inverno	53.1	46.9	63.6	36.4	3.030	1	NS
Praticar desporto individual primavera/verão	41.6	58.4	46.9	53.1	.762	1	NS
Praticar desporto individual outono/inverno	64.6	35.4	62.3	37.7	.146	1	NS
Praticar desporto competição primavera/verão	48.7	51.3	51.9	48.1	.269	1	NS
Praticar desporto competição outono/inverno	65.5	34.5	69.8	30.2	.557	1	NS
Assistir acontec. desportivos primavera/verão	31.0	69.0	36.4	63.6	.878	1	NS
Assistir acontec. desportivos outono/inverno	52.2	47.8	67.9	32.1	6.917	1	.005
Ajudar nos trabalhos domésticos primavera/verão	42.5	57.5	38.3	61.7	.491	1	NS
Ajudar nos trabalhos domésticos_outono/	38.1	61.9	44.4	55.6	1.118	1	NS
Praticar desporto não orientado por treinador primavera/verão	45.1	54.9	53.7	46.3	1.956	1	NS
Praticar desporto não orientado por treinador outono/inverno	64.6	35.4	79.0	21.0	7.028	1	.005
Fazer tpc ou mais trabalhos escola primavera/verão	52.2	47.8	46.9	53.1	.748	1	NS
Fazer tpc ou mais trabalhos escola outono/inverno	31.9	68.1	41.4	58.6	2.564	1	NS
Ir ao café primavera/verão	22.1	77.9	25.3	74.7	.360	1	NS
Ir ao café outono/inverno	46.9	53.1	50.6	49.4	.368	1	NS
Ir à discoteca primavera/verão	39.8	60.2	53.7	46.3	5.139	1	.05
Ir à discoteca outono/inverno	73.5	26.5	82.1	17.9	2.954	1	NS
Namorar/estar c/ namorado primavera/verão	31.0	69.0	47.5	52.5	7.560	1	.01
Namorar/estar c/ namorado outono/inverno	48.7	51.3	58.6	41.4	2.668	1	NS
Estar só (pensar, relaxar) primavera/verão	33.6	66.4	35.2	64.8	.071	1	NS
Estar só (pensar, relaxar) outono/inverno	25.7	74.3	41.4	58.6	7.216	1	.01
Dormir primavera/verão	30.1	69.9	32.1	67.9	.125	1	NS
Dormir outono/inverno	21.2	78.8	22.2	77.8	.038	1	NS
Fazer compras/ver montras primavera/verão	29.2	70.8	27.8	72.2	.067	1	NS
Fazer compras/ver montras outono/inverno	39.8	60.2	46.3	53.7	1.134	1	NS
Estar c/ amigos primavera/verão	9.7	90.3	15.4	84.6	1.889	1	NS
Estar c/ amigos outono/inverno	23.9	76.1	36.4	63.6	4.859	1	.05
Fazer uma colecção primavera/verão	56.6	43.4	54.3	45.7	.144	1	NS
Fazer uma colecção outono/inverno	59.3	40.7	53.1	46.9	1.039	1	NS
Ver TV/vídeo primavera/verão	21.2	78.8	25.9	74.1	.802	1	NS
Ver TV/vídeo outono/inverno	20.4	79.6	22.8	77.2	.241	1	NS
Navegar na internet primavera/verão	30.1	69.9	45.1	54.9	6.279	1	.01
Navegar na internet outono/inverno	29.2	70.8	40.1	59.9	3.461	1	NS
Falar ao telefone primavera/verão	28.3	71.7	33.3	66.7	.779	1	NS
Falar ao telefone outono/inverno	40.7	59.3	39.5	60.5	.040	1	NS
Ir à praia primavera/verão	8.8	91.2	8.6	91.4	.004	1	NS
Ir à praia outono/inverno	84.1	15.9	83.3	16.7	.026	1	NS
Tocar musica/cantar primavera/verão	42.5	57.5	53.1	46.9	2.999	1	NS
Tocar musica/cantar outono/inverno	60.2	39.8	61.1	38.9	.024	1	NS
Actividades "arte e expressão" primavera/verão	66.4	33.6	70.4	29.6	.495	1	NS
Actividades "arte e expressão" outono/inverno	69.9	30.1	75.3	24.7	.986	1	NS
Solidariedade social primavera/verão	66.4	33.6	74.1	25.9	1.914	1	NS
Solidariedade social outono/inverno	73.5	26.5	81.5	18.5	2.516	1	NS
Actividades associativas primavera/verão	69.0	31.0	71.6	28.4	.213	1	NS
Actividades associativas outono/inverno	77.0	23.0	76.5	23.5	.007	1	NS
Visitar conhecidos/familiares primavera/verão	28.3	71.7	25.9	74.1	.194	1	NS
Visitar conhecidos/familiares outono/inverno	38.1	61.9	42.6	57.4	.586	1	NS

<i>Quadro 60 cont</i>	<i>Sem NEE</i>		<i>Com NEE</i>		χ^2	gl	p
	Não	Sim	Não	Sim			
Outra primavera/verão	88.5	11.5	86.3	13.7	.278	1	NS
Outra outono/inverno	87.6	12.4	94.4	5.6	3.992	1	.05

Anexo 1-Quadro 61 –Percentagens por grupos com e sem participação afectada – Ocupação dos tempos livres (amostra2)

	<i>Não Afecta Participação na escola</i>		<i>Afecta Participação na escola</i>		χ^2	gl	p
	Não	Sim	Não	Sim			
Ouvir música primavera/verão	12.3	87.7	6.3	93.8	1.022	1	NS
Ouvir música outono/inverno	25.1	74.9	25.0	75.0	.000	1	NS
Ler primavera/verão	45.7	54.3	50.0	50.0	.212	1	NS
Ler outono/inverno	35.8	64.2	34.4	65.6	.025	1	NS
Jogar cartas. vídeo. computador primavera/verão	22.2	77.8	28.1	71.9	.558	1	NS
Jogar cartas. vídeo. computador outono/inverno	28.8	71.2	28.1	71.9	.006	1	NS
Cinema teatro concertos primavera/verão	25.9	74.1	31.3	68.8	.411	1	NS
Cinema teatro concertos outono/inverno	44.9	55.1	43.8	56.3	.014	1	NS
Trabalhar para ganhar dinheiro primavera/verão	55.1	44.9	56.3	43.8	.014	1	NS
Trabalhar para ganhar dinheiro outono/inverno	78.2	21.8	90.6	9.4	2.696	1	NS
Conversar amigos primavera/verão	9.5	90.5	12.5	87.5	.294	1	NS
Conversar amigos outono/inverno	27.2	72.8	28.1	71.9	.013	1	NS
Praticar desporto grupo primavera/verão	25.1	74.9	25.0	75.0	.000	1	NS
Praticar desporto grupo outono/inverno	59.3	40.7	59.4	40.6	.000	1	NS
Praticar desporto individual primavera/verão	44.0	56.0	50.0	50.0	.407	1	NS
Praticar desporto individual outono/inverno	63.4	36.6	62.5	37.5	.209	1	NS
Praticar desporto competição primavera/verão	49.0	51.0	62.5	37.5	2.070	1	NS
Praticar desporto competição outono/inverno	67.5	32.5	71.9	28.1	.250	1	NS
Assistir acontec. desportivos primavera/verão	33.7	66.3	37.5	62.5	.177	1	NS
Assistir acontec. desportivos outono/inverno	61.7	38.3	59.4	40.6	.066	1	NS
Ajudar nos trabalhos domésticos primavera/verão	39.9	60.1	40.6	59.4	.006	1	NS
Ajudar nos trabalhos domésticos outono/inverno	40.7	59.3	50.0	50.0	.996	1	NS
Praticar desporto não orientado por treinador primavera/verão	49.8	50.2	53.1	46.9	.125	1	NS
Praticar desporto não orientado por treinador outono/inverno	71.6	28.4	84.4	15.6	2.344	1	NS
Fazer tpc ou mais trabalhos escola primavera/verão	48.6	51.4	53.1	46.9	.236	1	NS
Fazer tpc ou mais trabalhos escola outono/inverno	35.8	64.2	50.0	50.0	2.433	1	NS
Ir ao café primavera/verão	23.5	76.5	28.1	71.9	.338	1	NS
Ir ao café outono/inverno	50.2	49.8	40.6	59.4	1.038	1	NS
Ir à discoteca primavera/verão	46.5	53.5	59.4	40.6	1.877	1	NS
Ir à discoteca outono/inverno	77.8	22.2	84.4	15.6	.730	1	NS
Namorar/estar c/ namorado primavera/verão	39.9	60.1	46.9	53.1	.567	1	NS
Namorar/estar c/ namorado outono/inverno	54.3	45.7	56.3	43.8	.042	1	NS
Estar só (pensar. relaxar) primavera/verão	33.3	66.7	43.8	56.3	1.357	1	NS
Estar só (pensar. relaxar) outono/inverno	36.6	63.4	21.9	78.1	2.708	1	NS
Dormir primavera/verão	32.1	67.9	25.0	75.0	.663	1	NS
Dormir outono/inverno	23.0	77.0	12.5	87.5	1.843	1	NS
Fazer compras/ver montras primavera/verão	27.6	72.4	34.4	65.6	.644	1	NS
Fazer compras/ver montras outono/inverno	44.0	56.0	40.6	59.4	.134	1	NS
Estar c/ amigos primavera/verão	13.2	86.8	12.5	87.5	.011	1	NS
Estar c/ amigos outono/inverno	30.9	69.1	34.4	65.6	.162	1	NS
Fazer uma colecção primavera/verão	56.4	43.6	46.9	53.1	1.033	1	NS
Fazer uma colecção outono/inverno	56.8	43.2	46.9	53.1	1.126	1	NS
Ver TV/vídeo primavera/verão	24.7	75.3	18.8	81.3	.547	1	NS
Ver TV/vídeo outono/inverno	21.0	79.0	28.1	71.9	.844	1	NS
Navegar na internet primavera/verão	38.7	61.3	40.6	59.4	.045	1	NS
Navegar na internet outono/inverno	34.6	65.4	43.8	56.3	1.039	1	NS
Falar ao telefone primavera/verão	30.9	69.1	34.4	65.6	.162	1	NS
Falar ao telefone outono/inverno	39.5	60.5	43.8	56.3	.212	1	NS
Ir à praia primavera/verão	8.2	91.8	12.5	87.5	.647	1	NS
Ir à praia outono/inverno	84.0	16.0	81.3	18.8	.151	1	NS

<i>Quadro 61 cont.</i>	<i>Não Afecta</i>		<i>Afecta</i>		χ^2	gl	p
	<i>Participação na escola</i>		<i>Participação na escola</i>				
	Não	Sim	Não	Sim			
Tocar musica/cantar primavera/verão	49.0	51.0	46.9	53.1	.050	1	NS
Tocar musica/cantar outono/inverno	62.1	37.9	50.0	50.0	1.747	1	NS
Actividades "arte e expressão" primavera/verão	69.1	30.9	65.6	34.4	.162	1	NS
Actividades "arte e expressão" outono/inverno	74.1	25.9	65.6	34.4	1.026	1	NS
Solidariedade social primavera/verão	70.0	30.0	78.1	21.9	.914	1	NS
Solidariedade social outono/inverno	79.0	21.0	71.9	28.1	.844	1	NS
Actividades associativas primavera/verão	72.8	27.2	53.1	46.9	5.289	1	.05
Actividades associativas outono/inverno	77.8	22.2	68.8	31.3	1.291	1	NS
Visitar conhecidos/familiares primavera/verão	25.9	74.1	34.4	65.6	1.026	1	NS
Visitar conhecidos/familiares outono/inverno	41.6	58.4	34.4	65.6	.605	1	NS
Outra primavera/verão	87.2	12.8	87.5	12.5	.002	1	NS
Outra outono/inverno	91.7	8.3	90.6	9.4	.045	1	NS

Anexo 1-Quadro 62 – Percentagens por grupos com e sem restrições à participação – Ocupação dos tempos livres (amostra 2)

	<i>Não Impede</i>		<i>Impede fazer</i>		χ^2	gl	p
	<i>fazer o que os colegas da idade fazem</i>		<i>o que os colegas da idade fazem</i>				
	Não	Sim	Não	Sim			
Ouvir música primavera/verão	11.8	88.2	10.3	89.7	.053	1	NS
Ouvir música outono/inverno	25.6	74.4	20.7	79.3	.334	1	NS
Ler primavera/verão	47.2	52.8	37.9	62.1	.888	1	NS
Ler outono/inverno	35.8	64.2	34.5	65.5	.019	1	NS
Jogar cartas, vídeo, computador primavera/verão	22.4	77.6	27.6	72.4	.402	1	NS
Jogar cartas, vídeo, computador outono/inverno	27.6	72.4	37.9	62.1	1.341	1	NS
Cinema, teatro, concertos primavera/verão	26.0	74.0	31.0	69.0	.335	1	NS
Cinema, teatro, concertos outono/inverno	45.5	54.5	37.9	62.1	.606	1	NS
Trabalhar para ganhar dinheiro primavera/verão	54.9	45.1	58.6	41.4	.147	1	NS
Trabalhar para ganhar dinheiro outono/inverno	79.3	20.7	82.8	17.2	.195	1	NS
Conversar amigos primavera/verão	9.3	90.7	13.8	86.2	.578	1	NS
Conversar amigos outono/inverno	27.6	72.4	24.1	75.9	.161	1	NS
Praticar desporto grupo primavera/verão	24.4	75.6	31.0	69.0	.609	1	NS
Praticar desporto grupo outono/inverno	59.8	40.2	55.2	44.8	.226	1	NS
Praticar desporto individual primavera/verão	44.3	55.7	48.3	51.7	.165	1	NS
Praticar desporto individual outono/inverno	63.8	36.2	58.6	41.4	.302	1	NS
Praticar desporto competição primavera/verão	49.2	50.8	62.1	37.9	1.722	1	NS
Praticar desporto competição outono/inverno	67.1	32.9	75.9	24.1	.921	1	NS
Assistir acontec. desportivos primavera/verão	32.9	67.1	44.8	55.2	1.633	1	NS
Assistir acontec. desportivos outono/inverno	61.0	39.0	65.5	34.5	.226	1	NS
Ajudar nos trabalhos domésticos primavera/verão	40.2	59.8	37.9	62.1	.058	1	NS
Ajudar nos trabalhos domésticos outono/inverno	42.3	57.7	37.9	62.1	.201	1	NS
Praticar desporto não orientado por treinador primavera/verão	48.8	51.2	62.1	37.9	1.832	1	NS
Praticar desporto não orientado por treinador outono/inverno	71.5	28.5	86.2	13.8	2.836	1	NS
Fazer tpc ou mais trabalhos escola primavera/verão	48.8	51.2	51.7	48.3	.090	1	NS
Fazer tpc ou mais trabalhos escola outono/inverno	37.4	62.6	37.9	62.1	.003	1	NS
Ir ao café primavera/verão	23.6	76.4	27.6	72.4	.229	1	NS
Ir ao café outono/inverno	48.8	51.2	51.7	48.3	.090	1	NS
Ir à discoteca primavera/verão	46.7	53.3	58.6	41.4	1.465	1	NS
Ir à discoteca outono/inverno	78.5	21.5	79.3	20.7	.011	1	NS
Namorar/estar c/ namorado primavera/verão	39.0	61.0	55.2	44.8	2.802	1	NS
Namorar/estar c/ namorado outono/inverno	52.8	47.2	69.0	31.0	2.719	1	NS
Estar só (pensar, relaxar) primavera/verão	35.4	64.6	27.6	72.4	.694	1	NS

<i>Quadro 62 cont.</i>	<i>Não Impede</i>		<i>Impede fazer</i>		χ^2	gl	p
	<i>fazer</i>	<i>o que os</i>	<i>o que os</i>	<i>colegas</i>			
	<i>colegas</i>	<i>da idade</i>	<i>colegas</i>	<i>da idade</i>			
	<i>fazem</i>						
Estar só (pensar, relaxar) outono/inverno	35.8	64.2	27.6	72.4	.765	1	NS
Dormir primavera/verão	31.7	68.3	27.6	72.4	.205	1	NS
Dormir outono/inverno	22.4	77.6	17.2	82.8	.398	1	NS
Fazer compras/ver montras primavera/verão	29.3	70.7	20.7	79.3	.940	1	NS
Fazer compras/ver montras outono/inverno	43.9	56.1	41.4	58.6	.067	1	NS
Estar c/ amigos primavera/verão	12.2	87.8	20.7	79.3	1.645	1	NS
Estar c/ amigos outono/inverno	31.3	68.7	31.0	69.0	.001	1	NS
Fazer uma colecção primavera/verão	55.7	44.3	51.7	48.3	.165	1	NS
Fazer uma colecção outono/inverno	55.3	44.7	58.6	41.4	.117	1	NS
Ver TV/vídeo primavera/verão	25.2	74.8	13.8	86.2	1.852	1	NS
Ver TV/vídeo outono/inverno	21.5	78.5	24.1	75.9	.102	1	NS
Navegar na internet primavera/verão	38.2	61.8	44.8	55.2	.478	1	NS
Navegar na internet outono/inverno	35.4	64.6	37.9	62.1	.074	1	NS
Falar ao telefone primavera/verão	30.5	69.5	37.9	62.1	.669	1	NS
Falar ao telefone outono/inverno	38.6	61.4	51.7	48.3	1.857	1	NS
Ir à praia primavera/verão	8.5	91.5	10.3	89.7	.106	1	NS
Ir à praia outono/inverno	84.1	15.9	79.3	20.7	.443	1	NS
Tocar musica/cantar primavera/verão	49.6	50.4	41.4	58.6	.701	1	NS
Tocar musica/cantar outono/inverno	61.4	38.6	55.2	44.8	.419	1	NS
Actividades "arte e expressão" primavera/verão	68.7	31.3	69.0	31.0	.001	1	NS
Actividades "arte e expressão" outono/inverno	72.0	28.0	82.8	17.2	1.541	1	NS
Solidariedade social primavera/verão	69.9	30.1	79.3	20.7	1.109	1	NS
Solidariedade social outono/inverno	76.8	23.2	89.7	10.3	2.502	1	NS
Actividades associativas primavera/verão	69.9	30.1	75.9	24.1	.441	1	NS
Actividades associativas outono/inverno	74.8	25.2	93.1	6.9	4.869	1	.05
Visitar conhecidos/familiares primavera/verão	26.0	74.0	34.5	65.5	.945	1	NS
Visitar conhecidos/familiares outono/inverno	39.8	60.2	48.3	51.7	.765	1	NS
Outra primavera/verão	86.5	13.5	93.1	6.9	1.005	1	NS
Outra outono/inverno	91.4	8.6	93.1	6.9	.095	1	NS

Anexo 1-Quadro 63 – Percentagens por grupos com e sem NEE – Comportamentos de Risco (amostra 2)

	NEE		Afecta Participação na escola		Impede fazer o que os colegas da idade fazem	
	não	sim	não	sim	não	sim
Frequência tabaco						
Não fumo	88.4	89.8	89.1	90.6	88.4	96.7
Menos uma vez semana	2.7	4.2	3.6	3.1	4.0	0
Pelo menos uma vez semana	4.5	1.8	3.2	0	3.2	0
Todos os dias	4.5	4.2	4.0	6.3	4.4	3.3
	$\chi^2=2.119$; gl=3; NS		$\chi^2=1.385$; gl=3; NS		$\chi^2=2.449$; gl=3; NS	
Já ficou com embriaguez						
Não	74.3	79.2	77.1	78.1	76.0	87.1
Sim	25.7	20.8	22.9	21.9	24.0	12.9
	$\chi^2=.896$; gl=1; NS		$\chi^2=.017$; gl=1; NS		$\chi^2=1.931$; gl=1; NS	
Consumo drogas último mês						
Nenhuma	95.5	98.2	97.1	96.9	97.1	96.6
Uma vez	3.6	.6	1.7	3.1	2.0	0
Mais que uma vez	.9	.6	.8	0	.8	0
Consumo regularmente	0	.6	.4	0	0	3.4
	$\chi^2=4.039$; gl=3; NS		$\chi^2=.732$; gl=3; NS		$\chi^2=9.278$, gl=3; p<.05	
Relações sexuais						
Não	73.0	82.1	77.7	83.9	77.5	82.6
Sim	27.0	17.9	22.3	16.1	22.5	13.8
	$\chi^2=3.238$; gl=1; NS		$\chi^2=.621$; gl=1; NS		$\chi^2=1.171$; gl=1; NS	
Uso preservativo						
Nunca tive relações sexuais	75.7	83.2	79.7	83.4	79.4	86.2
Sim	18.9	11.8	15.4	9.7	15.2	10.3
Não	5.4	5.0	5.0	6.5	5.3	3.4
	$\chi^2=2.756$; gl=2; NS		$\chi^2=.778$; gl=2; NS		$\chi^2=.751$; gl=2; NS	
Envolvimento lutas último mês						
Não estive envolvido em nenhuma luta	68.5	70.5	70.3	64.5	71.1	58.1
Uma a três vezes	20.7	19.3	19.5	22.6	18.7	29.0
Quatro vezes ou mais vezes	10.8	10.2	10.2	12.9	10.2	12.9
	$\chi^2=.129$; gl=2; NS		$\chi^2=.461$; gl=2; NS		$\chi^2=2.353$; gl=2; NS	
Provocado						
Não fui provocado nunca	58.4	45.5	53.0	32.3	51.4	45.2
Uma vez período a uma vez semana	36.3	41.8	38.5	48.4	38.9	45.2
Várias vezes semana	5.3	12.7	8.5	19.4	9.7	9.7
	$\chi^2=6.537$; gl=2; p<.05		$\chi^2=6.371$; gl=2; p<.05		$\chi^2=.488$; gl=2; NS	
Provocou						
Não provocou nunca	65.8	61.4	65.0	48.4	65.9	41.9
Uma vez período a uma vez semana	30.6	31.9	29.7	45.2	29.7	45.2
Várias vezes semana	3.6	6.6	5.3	6.5	4.5	12.9
	$\chi^2=1.355$; gl=2; NS		$\chi^2=3.380$; gl=2; NS		$\chi^2=8.210$, gl=2; p<.05	

ANEXO 2 - CARTAS DE APRESENTAÇÃO, DE AUTORIZAÇÃO, PARTICIPAÇÃO - ESTUDO 2

Para: Professores Apoios Educativos

Assunto: Pedido de colaboração na aplicação de questionário sobre comportamentos de saúde a jovens com NEE a escolas 2º, 3º ciclo e secundárias no Concelho de Almada.

Ana Paula Lebre dos Santos Branco Melo, Assistente no Departamento de Educação Especial e Reabilitação da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa (<http://www.fmh.utl.pt/deer/>), estando neste momento a realizar uma investigação inserida no projecto de doutoramento sob orientação da Profª Doutora Margarida Gaspar de Matos, vem por este meio solicitar a colaboração na aplicação de um questionário sobre os comportamentos de saúde, aos alunos com necessidades educativas especiais que frequentam o 2º, 3º ciclo ou ensino secundário com idades superiores ou iguais a 11 anos.

O questionário consiste numa versão reduzida do questionário utilizado no estudo Health Behaviour in School Aged Children (HBSC, <http://www.hbsc.org>), da Organização Mundial de Saúde que pretende estudar os estilos de vida dos adolescentes e seus comportamentos nos diversos cenários de vida, sendo a equipa Portuguesa coordenada pela Profª Doutora Margarida Gaspar de Matos. O questionário, que vem sendo utilizado em todos os países participantes, consiste num conjunto de questões que pretendem quantificar comportamentos protectores e de risco bem como identificar aspectos contextuais, tendo sido recentemente publicado o estudo nacional realizado em 2002, "A Saúde dos Adolescentes Portugueses - (Quatro Anos Depois)" (Matos, et al (2003). Na continuidade deste estudo, tendo-se pela primeira vez utilizado uma questão relativa à identificação de problemas de saúde ou situações de deficiência, pretende-se aprofundar o conhecimento actual relativo aos comportamentos de saúde em particular dos jovens com NEE.

Deste modo solicitamos a sua colaboração, caso seja autorizada a participação dos alunos com NEE desta Escola.

Colocando-me inteiramente ao vosso dispor

Atenciosamente,

Ana Paula Lebre Santos Branco Melo

Departamento Educação Especial e Reabilitação

Faculdade de Motricidade Humana

Estrada da Costa – Cruz Quebrada

1495-688 Cruz Quebrada

tel 214149148 fax 214151248 ou tel pessoal 212251778/914614095

e-mail pmelo@fmh.utl.pt /plebre@netcabo.pt

Exmo Sr. Encarregado de Educação

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de questionário sobre comportamentos de saúde

Ana Paula Lebre dos Santos Branco Melo, Assistente no Departamento de Educação Especial e Reabilitação, da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa, estando neste momento a realizar um estudo em escolas do Concelho de Almada", vem por este meio solicitar a permissão para que o seu educado preencha um questionário sobre comportamentos de saúde.

Este questionário consiste numa versão reduzida do questionário utilizado no estudo Health Behaviour in School Aged Children (HBSC, <http://www.hbsc.org>), da Organização Mundial de Saúde que pretende estudar os estilos de vida e comportamentos nos diversos cenários de vida, tendo recentemente sido publicado um estudo nacional realizado em 2002, "A Saúde dos Adolescentes Portugueses - Quatro Anos Depois" (Matos, et al (2003). O questionário é preenchido individualmente pelos jovens, consiste num conjunto de questões relacionadas com comportamentos relacionados com a alimentação, o bem-estar, o exercício físico, a relação na escola, os tempos livres, os consumos entre outras questões.

Informamos que as informações recolhidas no questionário serão totalmente confidenciais, não sendo o questionário identificado nem os dados aí obtidos apresentados individualmente.

Solicitamos assim a sua permissão para que o seu educado preencha este questionário, que tem uma duração aproximada de 50 minutos, solicitando para o efeito o preenchimento do quadro em baixo e sua devolução ao director de turma.

Atenciosamente,

Ana Paula Lebre dos Santos Branco Melo

Departamento Educação Especial e Reabilitação

Faculdade de Motricidade Humana

Estrada da Costa – Cruz Quebrada

1495-688 Cruz Quebrada

tel 214149148

fax 214151248

e-mail pmelo@fmh.utl.pt

Autorização

Informo que _____ (nome do aluno), frequentando o _____ (ano escolaridade), na _____ (nome da escola) está autorizado a preencher o questionário sobre comportamentos de saúde.

O Encarregado de Educação _____ Data ___/___/___

Para: Agrupamento/Conselho Executivo da Escola.....

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de questionário sobre comportamentos de saúde a jovens com NEE a escolas 2º, 3º ciclo e secundárias no Concelho de Almada.

Ana Paula Lebre dos Santos Branco Melo, Assistente no Departamento de Educação Especial e Reabilitação da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa (<http://www.fmh.utl.pt/deer/>), estando neste momento a realizar uma investigação inserida no projecto de doutoramento, sob orientação da Profª Doutora Margarida Gaspar de Matos, vem por este meio solicitar a permissão para a aplicação de um questionário sobre os comportamentos de saúde, aos alunos com necessidades educativas especiais que frequentam o 2º, 3º ciclo ou ensino secundário com idades superiores ou iguais a 11 anos.

Assinalamos que este mesmo questionário consiste numa versão reduzida do questionário utilizado no estudo Health Behaviour in School Aged Children (HBSC, <http://www.hbsc.org>), da Organização Mundial de Saúde que pretende estudar os estilos de vida dos adolescentes e seus comportamentos nos diversos cenários de vida, sendo a equipa Portuguesa coordenada pela Profª Doutora Margarida Gaspar de Matos. Este questionário que vem sendo utilizado em todos os países participantes, consiste num conjunto de questões que pretendem quantificar comportamentos protectores e de risco bem como identificar aspectos contextuais, tendo sido recentemente publicado o estudo nacional realizado em 2002, "A Saúde dos Adolescentes Portugueses -(Quatro Anos Depois)" (Matos, et al (2003).

Na continuidade deste estudo, tendo-se pela primeira vez utilizado uma questão relativa à identificação de problemas de saúde ou situações de deficiência, pretende-se aprofundar o conhecimento actual relativo aos comportamentos de saúde em particular dos jovens com NEE, de forma a construir um conjunto coerente de indicadores que, no seu conjunto permitam uma representação da saúde e dos estilos de vida dos jovens com NEE.

Solicitamos assim a Vossa atenção e autorização para a realização deste trabalho, estando inteiramente ao dispor para qualquer esclarecimento ou informação adicional.

Atenciosamente,

Cruz Quebrada, 3 de Fevereiro 2003
Ana Paula Lebre Santos Branco Melo
Departamento Educação Especial e Reabilitação
Faculdade de Motricidade Humana
Estrada da Costa – Cruz Quebrada
1495-688 Cruz Quebrada
telefone 214149148
fax 214151248
e-mail pmelo@fmh.utl.pt
ou telefone 212251778
telemóvel 914614095
email: plebre@netcabo.pt

INFORMAÇÃO PARA O ALUNO

Assunto: Pedido de colaboração no preenchimento de questionário sobre comportamentos de saúde

Ana Paula Lebre dos Santos Branco Melo, Assistente no Departamento de Educação Especial e Reabilitação, da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa, estando neste momento a realizar um estudo no Concelho de Almada, vem por este meio pedir a colaboração para o preenchimento de um questionário sobre comportamentos de saúde, que é composto por um conjunto de questões relacionadas com a alimentação, o bem-estar, o exercício físico, a relação na escola, os tempos livres, os consumos.

Este questionário consiste numa versão reduzida de um questionário utilizado no estudo em vários países (HBSC, <http://www.hbsc.org>), que pretende estudar os estilos de vida e comportamentos dos jovens. Informamos que todas as informações serão totalmente confidenciais, não sendo nunca cada jovem que participa identificado. Pedimos a tua colaboração para o preenchimento deste questionário que tem uma duração aproximada de 50 minutos. Caso seja necessário um professor pode ajudar na leitura das questões ou a marcar a respostas, mas estas devem ser sempre a tua opinião. Se em alguma questão não te sentires à vontade, podes não responder.

Atenciosamente,

Ana Paula Lebre dos Santos Branco Melo
Departamento Educação Especial e Reabilitação
Faculdade de Motricidade Humana
Estrada da Costa – Cruz Quebrada
1495-688 Cruz Quebrada
tel 214149148
fax 214151248
e-mail pmelo@fmh.utl.pt/plebre@netcabo.pt



Autorização

_____ (nome do aluno), frequentando o _____ (ano escolaridade), na
_____ (nome da escola), tendo sido informado sobre este questionário, aceito colaborar no estudo sobre os
comportamentos de saúde, sendo todas as respostas confidenciais.

O Aluno _____ Data ___/___/___

POR FAVOR RECORTAR E DEVOLVER AO PROFESSOR

ANEXO 3 - QUESTIONÁRIO ADAPTADO DO ESTUDO

HBSC (2002) PARA ESTUDO 2

Tu és rapaz ou rapariga?

a) Rapaz b) Rapariga

Em que ano nasceste? 19

Em que ano estás?

a) 6º ano de escolaridade

b) 8º ano de escolaridade

c) 10º ano de escolaridade

c) outro ano Qual _____

Qual é a tua nacionalidade?

a) Portuguesa

b) Angolana/cabo-verdiana/guineense/moçambicana/são-tomense

c) Brasileira

d) Outra. Qual? _____

Tu és:

a) Branco/a c) Cigano/a e) Asiático/a g) Outro

b) Negro/a d) Indiano/a f) Mestiço/a Qual? _____

Tens algum problema de saúde que te impeça de fazer algumas das coisas que os outros da tua idade fazem?

a) Não

b) Sim

1) Assinala qual:

1.1) doença crónica (ex: diabetes, asma, epilepsia)

1.2) deficiência motora (ex: paralisia cerebral, deslocar-se em cadeira de rodas)

1.3) deficiência sensorial (ex: problemas de audição, problemas de visão)

1.4) outra (escreve qual): _____

2) Este problema de saúde afecta a tua assiduidade e participação na escola?

2.1) Sim 2.2) Não

3) Este problema de saúde impede-te de fazer o que os colegas da tua idade fazem?(só estudo 2)

3.1) Sim 3.2) Não

Qual é a nacionalidade dos teus pais?

a) Portuguesa PAI MÃE

b) Angolana/cabo-verdiana/guineense/moçambicana/são-tomense

c) Brasileira

d) Outra Qual? _____ Qual? _____

Como é que consideras que a tua família está a nível financeiro?

a) Muito bem d) Não muito bem b) Bem

e) Bastante mal c) Média

As questões seguintes são sobre as profissões dos teus pais:

Pai		Mãe	
O teu pai tem emprego?		A tua mãe tem emprego?	
1 - Sim	<input type="checkbox"/>	1 - Sim	<input type="checkbox"/>
2 - Não	<input type="checkbox"/>	2 - Não	<input type="checkbox"/>
3 - Não sei	<input type="checkbox"/>	3 - Não sei	<input type="checkbox"/>
4 - Não tenho/não vejo o meu pai	<input type="checkbox"/>	4 - Não tenho/não vejo a minha mãe	<input type="checkbox"/>
Se sim, diz onde trabalha (exemplo: hospital, banco, restaurante):		Se sim, diz onde trabalha (exemplo: hospital, banco, restaurante):	
_____		_____	
Escreve qual a sua profissão (exemplo: professor, motorista de autocarro):		Escreve qual a sua profissão (exemplo: professora, motorista de autocarro):	
_____		_____	
Se Não, porque é que o teu pai não tem emprego? (assinala o quadrado que melhor descreve a situação)	<input type="checkbox"/>	Se Não, porque é que a tua mãe não tem emprego? (assinala o quadrado que melhor descreve a situação)	<input type="checkbox"/>
1 - Está doente ou reformado ou é estudante	<input type="checkbox"/>	1 - Está doente ou reformada ou é estudante	<input type="checkbox"/>
2 - Está à procura de emprego	<input type="checkbox"/>	2 - Está à procura de emprego	<input type="checkbox"/>
3 - Toma conta de outros ou é doméstico	<input type="checkbox"/>	3 - Toma conta de outros ou é doméstica	<input type="checkbox"/>
4 - Não sei	<input type="checkbox"/>	4 - Não sei	<input type="checkbox"/>

Qual o nível de instrução dos teus pais?

	PAI	MÃE
a) Nunca estudou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) 1º Ciclo (até ao 4º ano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) 2º/3º Ciclo (até ao 9º ano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Secundário (até ao 12º ano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Curso Superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A tua família tem carro, carrinha ou outro meio de transporte?

- a) Não b) Sim, um c) Sim, dois ou mais

Tens um quarto de dormir só para ti?

- a) Não b) Sim

Nos últimos 12 meses, quantas vezes fizeste viagens de férias com a tua família?

- a) Nenhuma b) Uma vez c) Duas vezes d) Mais de duas vezes

Quantos computadores tens na casa onde moras?

- a) Nenhum b) Um c) Dois d) Mais de dois

Achas que a tua saúde é ou está:

- 1) Excelente 2) Boa 3) Razoável 4) Má

No geral como te sentes presentemente em relação à vida?

- a) Sinto-me muito feliz b) Sinto-me feliz c) Sinto-me pouco feliz d) Sinto-me infeliz

A figura seguinte representa uma escada. O topo da escada é “10” e representa a melhor vida possível para ti, o fundo da escada é “0” e representa a pior vida possível para ti.

Neste momento, onde achas que te situas na escada? Assinala com uma cruz, o número que melhor descreve o que sentes.

10 <input type="checkbox"/>	Melhor vida possível
9 <input type="checkbox"/>	
8 <input type="checkbox"/>	
7 <input type="checkbox"/>	
6 <input type="checkbox"/>	
5 <input type="checkbox"/>	
4 <input type="checkbox"/>	
3 <input type="checkbox"/>	
2 <input type="checkbox"/>	
1 <input type="checkbox"/>	
0 <input type="checkbox"/>	Pior vida possível

Para cada uma das frases seguintes, assinala a que melhor descreve como te tens sentido nas últimas semanas:

	Nunca	Às vezes	Frequente-mente	Quase sempre
a) Gosto de como as coisas me têm corrido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) A minha vida corre bem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Gostaria de mudar muitas coisas na minha vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Eu desejava ter um tipo de vida diferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Eu tenho uma boa vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Eu sinto-me bem com o que me tem acontecido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nos últimos 6 meses, com que frequência sentiste o seguinte? (assinala uma resposta para cada linha)

	Quase todos os dias	Mais do que uma vez por semana	Quase todas as semanas	Quase todos os meses	Raramente ou nunca
1) dores de cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) dores de estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) dores nas costas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) estar deprimido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) estar irritado ou de mau humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) estar nervoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) dificuldades em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) dores de pescoço e ombros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) cansaço e exaustão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Actualmente, o que sentes pela escola?

- a) Gosto muito b) Gosto um pouco c) Não gosto muito d) Não gosto nada

Na tua opinião, o que é que os teus professores pensam acerca da tua capacidade escolar comparada com a dos teus colegas?

- a) Muito boa b) Boa c) Média d) Inferior à média

Quantas vezes aconteceu que colegas teus não quisesses estar contigo na escola, e acabaste por ficar sozinho?

- a) Isto não aconteceu nestes últimos 2 meses d) Cerca de uma vez por semana
 b) Uma ou duas vezes e) Várias vezes durante a semana
 c) Algumas vezes

Lê as seguintes frases em relação aos teus professores:

	Acontece muitas vezes	Não sei se acontece	Acontece poucas vezes
c) Quando preciso de ajuda posso tê-la	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Os professores interessam-se por mim como pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lê as seguintes frases em relação aos teus colegas de turma (assinala uma resposta para cada linha)

	É sempre verdade	A maior parte das vezes é verdade	Não é verdadeiro, nem falso	A maior parte das vezes é falso	É sempre falso
b) A maior parte dos meus colegas são simpáticos e prestáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Os meus colegas aceitam-me como sou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quando estás com outras pessoas és capaz de:

	Muitas vezes	Às vezes	Raramente
a) Defender os teus direitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Dizer “não” quando não estás de acordo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Dizer o que sentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Manter a tua opinião nas discussões com os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Livrar-te de situações que não te agradam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quantas vezes foste provocado na escola, nos últimos 2 meses?

- a) Não fui provocado na escola, nos últimos 2 meses d) Cerca de uma vez por semana
 b) Aconteceu apenas uma a duas vezes e) Diversas vezes por semana
 c) 2 ou 3 vezes por mês

Quantas vezes tomaste parte em provocações a outro(s) aluno(s) na escola, nos últimos 2 meses?

- a) Não provoquei outro(s) estudante(s) na escola, nos últimos dois meses
 b) Aconteceu apenas uma ou duas vezes
 c) 2 ou 3 vezes por mês
 d) Cerca de uma vez por semana
 e) Diversas vezes por semana

Com que frequência foste provocado na escola, nos últimos 2 meses, das formas a seguir referidas?

	Não fui provocado desta maneira nos últimos 2 meses	Apenas uma ou duas vezes	2 ou 3 vezes por mês	Cerca de uma vez por semana	Diversas vezes por semana
a) Chamaram-me nomes maus, fizeram troça de mim, ou fui gozado(a) com maldade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Os outros alunos deixaram-me de fora de certas coisas ou actividades de propósito, excluíram-me do grupo de amigos ou ignoraram-me completamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Bateram-me, deram-me pontapés, deram-me encontrões, empurraram-me, ou fecharam-me nalgum sítio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Os outros alunos disseram mentiras ou espalharam boatos sobre mim e tentaram que outros não gostassem de mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Com que à vontade te sentes para falar sobre os temas que te preocupam com as seguintes pessoas? (assinala uma opção em cada linha)

	Muito fácil	Fácil	Difícil	Muito difícil	Não tenho ou não vejo esta pessoa
a) Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Melhor amigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Amigos do mesmo sexo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Amigos do sexo oposto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Professores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Neste momento, quantos bons amigos(as) tens? (assinala apenas uma opção para os amigos e outra para as amigas)

Amigos		Amigas	
a) Nenhum <input type="checkbox"/>	c) Dois <input type="checkbox"/>	a) Nenhuma <input type="checkbox"/>	c) Duas <input type="checkbox"/>
b) Um <input type="checkbox"/>	d) Três ou mais <input type="checkbox"/>	b) Uma <input type="checkbox"/>	d) Três ou mais <input type="checkbox"/>

Quantos dias por semana normalmente ficas com os teus amigos depois das aulas?

0 dias 1 2 3 4 5 6 dias

Quantas vezes por semana saís à noite com os teus amigos?

0 noites 1 2 3 4 5 6 7 noites

Durante uma semana normal, quantos dias praticas actividade física num total de pelo menos 60 minutos, por dia?

0 dias 1 2 3 4 5 6 7 dias

Que desporto praticas ou praticaste durante os últimos seis meses de forma regular e fora das aulas de Educação Física (pelo menos 1 hora, duas vezes por semana)?:

- a) Futebol e) Natação i) Outra. Qual _____
 b) Basquetebol f) Ciclismo/BTT
 c) Ginástica g) Andebol
 d) Voleibol h) Atletismo

Quantas vezes fumas tabaco?

- a) Todos os dias c) Menos do que uma vez por semana
 b) Pelo menos uma vez por semana, mas não todos os dias d) Eu não fumo

Já alguma vez ficaste embriagado ("apanhaste uma bebedeira")?

- a) Não, nunca d) Sim, 4-10 vezes
 b) Sim, uma vez e) Sim, mais de 10 vezes
 c) Sim, 2-3 vezes

Quantas vezes consumiste drogas ilegais no último mês?

- a) Nenhuma b) 1 vez c) Mais do que uma vez d) Consumo regularmente

Com que frequência bebes alguma bebida alcoólica como cerveja, vinho ou bebidas espirituosas? Tenta responder em relação a todas as vezes que bebeste, mesmo que em pequenas quantidades (assinala uma opção em cada linha).

	Todos os dias	Todas as semanas	Todos os meses	Raramente	Nunca
a) Cerveja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Vinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Bebidas espirituosas (whisky, vodka, "shots", etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Já alguma vez tiveste relações sexuais?

- a) Sim b) Não

A última vez que tiveste relações sexuais, tu ou o teu parceiro usaram preservativo?

- a) Nunca tive relações sexuais b) Sim c) Não

Nos últimos 12 meses, quantas vezes estiveste envolvido numa luta?

- a) Não estive envolvido em nenhuma luta d) 3 vezes
 b) 1 vez e) 4 vezes ou mais
 c) 2 vezes

Nas várias épocas do ano, como gostas de ocupar os teus tempos livres?

	No Verão/ Primavera	No Outono/ Inverno
1) Ouvir música	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Ler (livros, revistas, banda desenhada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Jogar às cartas, jogos de vídeo ou computador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Ir ao cinema, teatro, concerto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Trabalhar para ganhar algum dinheiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Conversar com os amigos(as)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Praticar um desporto de grupo (futebol, basquetebol, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Praticar um desporto individual ou de pares (ginástica, ténis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Praticar um desporto de competição ou orientado por um treinador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Assistir a acontecimentos desportivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Ajudar nos trabalhos domésticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Praticar um desporto não orientado por um treinador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Fazer trabalhos de casa ou mais trabalhos para a escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Ir ao café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Ir à discoteca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Namorar, estar com o namorado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Estar só (pensar, relaxar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) Dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) Fazer compras ou ver montras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) Estar com os amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) Fazer uma colecção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22) Ver televisão ou vídeo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23) Navegar na Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24) Falar ao telefone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25) Ir à praia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26) Tocar música ou cantar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27) Participar em actividades tipo “arte e expressão” (fotografia, costura, teatro, expressão plástica, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28) Trabalho de solidariedade social (voluntariado, peditórios, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29) Participar em actividades associativas (escuteiros, estudantes, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30) Visitar pessoas conhecidas/familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31) Outra. Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO 4 - ESCOLAS E ALUNOS COM NECESSIDADES

EDUCATIVAS - ESTUDO 2

Total de alunos com necessidades educativas especiais-Fonte - ECAE ALMADA E SESIMBRA (Ano lectivo 2002/2003)

(Idades 6-15 anos)	(Idades 16-18 anos)
2º ciclo -398	2º ciclo - 4
3º ciclo -225	3º ciclo -40
	Secundário - 32

Listagem de alunos com Necessidades Educativas Especiais por Escola

<i>Lista de Escolas</i>	<i>Alunos com Necessidades Educativas por Escola (1)</i>
EB2º e 3º Ciclo Trafaria	5
EB2º e 3º Ciclo Alembrança	32
EB Integrada Chameca Caparica 2º e 3º Ciclo	29
EB 2/3 Elias Garcia	42
EBI Monte da Caparica 2º e 3º Ciclo	28
EB 2º 3º Ciclo Comandante Conceição e Silva	32
EB2º 3º Ciclo Monte da Caparica	20
EB 2º 3º Ciclo Costa da Caparica	14
EB 2º 3º Ciclos D. António da Costa	27
ES 3º Ciclo Daniel Sampaio	14
ES 3º Ciclo Anselmo Andrade	15
ES 3º Ciclo António Gedeão	16
ES 3º Ciclo Cacilhas Tejo	5
ES 3º Ciclo Emídio Navarro	9
ES3º Ciclo Fernão Mendes Pinto	15
ES 3º Ciclo Francisco Simões	11
ES3º Ciclo Monte Caparica	2
ES 3º Ciclo Ruy Luis Gomes	10
ES 3º Ciclo Romeu Correia	11

Nota - A designação de crianças e jovens com necessidades educativas especiais refere-se a crianças e jovens que requerem recursos ou adaptações especiais no processo de ensino/aprendizagem, por apresentarem dificuldades ou incapacidades que se reflectem numa ou mais áreas de aprendizagem (Bairrão e tal., 1998). A designação de crianças e jovens com necessidades educativas especiais de carácter prolongado refere-se a crianças e jovens que experienciam graves dificuldades no processo de aprendizagem e participação no contexto educativo decorrentes da interacção de factores ambientais (físicos sociais e atitudinais) e limitações de grau acentuado ao nível do seu funcionamento num ou mais dos seguintes domínios: sensorial (audição, visão e outros); motor, cognitivo, comunicação, linguagem e fala; emocional /personalidade e saúde física. As crianças e jovens com outras necessidades educativas especiais refere-se a crianças que apresentam dificuldades no processo ensino aprendizagem e participação no contexto educativo, sendo a limitação nos domínios anteriores de grau ligeiro (DEB/ME, 2004)

ANEXO 5 – LIMITAÇÕES POR DOMÍNIOS DE FUNCIONAMENTO DOS ALUNOS COM NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS - ESTUDO 2

(1) classificações dos domínios com limitações no funcionamento de grau acentuado

- 1 – cognitivo
- 2 - emocional/personalidade
- 3 -multideficiência
- 4 -audição
- 5 -saúde física
- 6 -comunicação/fala/linguagem
- 7 -visão
- 8 –motor

Definição:

No domínio da audição incluem-se crianças e jovens com surdez moderada, severa, profunda;

No domínio da visão incluem-se crianças com cegueira e baixa visão;

No domínio da audição e visão incluem-se crianças com surdez moderada severa ou profunda e cegueira e ou baixa visão;

No domínio cognitivo incluem-se crianças e jovens com graves problemas cognitivos que comprometam a sua aprendizagem e participação no contexto educativo e escolar, tradicionalmente considerados como tendo uma deficiência mental moderada, severa ou profunda;

No domínio da saúde física incluem-se crianças que por motivos graves de saúde física necessitam de adaptações ou medidas terapêuticas regulares e sistemáticas;

No domínio motor incluem-se crianças e jovens com graves problemas motores que comprometam a sua participação e desempenho (inclui-se a paralisia cerebral);

No domínio cognitivo motor e sensorial incluem-se crianças e jovens multideficientes que apresentam graves problemas cognitivos associados a uma deficiência sensorial ou motora;

No domínio da comunicação e linguagem e fala incluem-se crianças que apresentam graves problemas de comunicação, linguagem oral e escrita e ou fala;

No domínio emocional e da personalidade incluem-se crianças e jovens que apresentam perturbações graves ao nível da personalidade ou da conduta que comprometam a sua adaptação escolar e as suas aprendizagens (Fonte DEB/ME, 2004).

<i>Escola (1)</i>	<i>Ano frequentado</i>	<i>Idade</i>	<i>Limitações acentuadas ao nível do funcionamento no Domínio</i>
Escola 1	5	13	1
	5	13	1
	5	13	2
	5	14	3
	5	10	2
	5	11	2
	5	12	1
	6	14	1
	6	13	1
	6	14	1
	6	14	1
	6	11	2
	6	13	6
	6	15	2
	6	13	4
	6	17	1
	6	15	2
	6	15	2
	6	13	6
	6	13	5
	6	13	6
	6	13	1
	7	14	5
	7	14	2
	7	14	5
	7	13	6
	8	16	1
	8	17	1
	8	15	2
	9	18	4
	9	17	6
	9	14	1
Escola 2	5	10	2
	5	12	2
	5	12	1
	5	14	1
	5	12	2
	5	13	1
	5	12	2
	5	12	2
	5	13	6
	5	14	2
	5	15	1
	5	15	1
	6	13	2
	6	12	5
	6	14	2
	6	15	2
	6	14	2
	6	13	1
	6	15	1
	6	14	1
	6	14	2
	7	15	1
	7	15	2
	7	13	1
	7	13	2
	7	16	1
	7	14	2

<i>Escola</i>	<i>Ano frequentado</i>	<i>Idade</i>	<i>N.E.E. Limitações acentuadas ao nível do funcionamento no Domínio(2)</i>
	7	15	1
	8	17	2
	8	16	1
	9	14	2
	9	13	5
Escola 3			
	5	10	1
	5	13	5
	5	12	6
	6	13	2
	6	13	2
	6	15	1
	6	11	2
	6	14	1
	6	12	6
	7	15	2
	7	15	1
	7	12	6
	8	17	1
	8	16	1
Escola 4			
	5	13	2
	5	14	2
	5	13	1
	5	12	1
	5	10	2
	5	14	2
	5	13	1
	5	12	1
	5	11	2
	5	13	2
	5	14	1
	5	12	1
	5	12	1
	6	12	1
	6	14	2
	6	12	6
	6	11	1
	6	13	2
	6	15	1
	6	13	2
	6	13	1
	6	14	2
	7	13	1
	7	14	1
	7	15	1
	7	14	1
	7	15	1
Escola 5			
	5	13	1
	5	11	5
	5	14	1
	5	11	1
	5	14	1
	5	14	2
	6	14	5
	6	16	6
	6	16	5
	6	14	2

Escola	Ano frequentado	Idade	N.E.E. Limitações acentuadas ao nível do funcionamento no Domínio(2)
	6	15	1
	6	15	8
	6	14	1
	6	12	1
	7	13	1
	8	17	1
	8	14	1
	8	13	1
	8	17	2
	8	15	1
Escola 6			
	5	13	2
	5	15	1
	6	16	2
	6	15	1
	6	15	2
Escola 7			
	5	12	1
	6	13	7
	6	12	2
	6	15	1
	6	11	2
	6	15	1
	6	13	6
	6	12	2
	6	14	1
	7	14	1
	7	13	2
	7	13	1
	7	13	4
	7	14	1
	8	16	1
	8	13	2
	8	14	1
	8	16	1
	8	13	2
Escola 8			
	5	10	6
	5	13	6
	5	12	2
	5	13	2
	5	14	1
	5	14	1
	5	13	1
	5	13	1
	5	13	1
	5	11	1
	5	13	2
	5	14	6
	5	13	6
	5	12	6
	5	13	1
	6	12	5
	6	14	6
	6	12	5
	6	13	2
	6	15	2
	7	14	6
	7	13	6
	8	15	6
	8	17	2
	9	15	6
	9	15	8
Escola 8			
	5	14	2
	5	12	2
	5	15	1

<i>Escola</i>	<i>Ano frequentado</i>	<i>Idade</i>	<i>N.E.E. Limitações acentuadas ao nível do funcionamento no Domínio(2)</i>
	5	15	5
	5	13	1
	5	11	1
	5	13	2
	6	15	1
	6	13	2
	7	16	4
	7	14	1
	7	14	2
	8	17	2
Escola 9			
	7	13	6
	7	13	2
	7	12	1
	8	17	1
	8	15	1
	8	15	2
	8	16	1
	9	17	1
	9	16	1
	9	15	6
	9	16	1
	10	15	6
	10	18	6
	10	16	6
	12	22	8
Escola 10			
	7	12	2
	7	12	2
	7	14	6
	7	16	1
	7	15	1
	7	15	6
	7	13	5
	7	15	1
	8	14	2
	8	14	6
	8	16	4
	9	18	2
	9	13	6
	9	15	2
	12	20	6
	12	19	4
Escola 11			
	10	24	1
	10	21	8
	10	18	5
	11	16	6
	12	18	8
Escola 12			
	7	13	2
	7	13	2
	8	15	2
	8	15	2
	9	13	5
	9	18	8
	10	17	1
	10	15	2
	10	15	8
	10	18	8
	10	17	1
	11	17	4
	11	17	2
	12	19	2
Escola 13			
	7	15	8
	7	14	1
	7	14	1

<i>Escola</i>	<i>Ano frequentado</i>	<i>Idade</i>	<i>N.E.E. Limitações acentuadas ao nível do funcionamento no Domínio(2)</i>
	8	14	2
	8	14	2
	8	16	1
	9	15	1
	9	15	2
	10	17	4
Escola 14			
	7	21	7
	7	15	1
	7	12	6
	7	14	1
	7	14	2
	7	14	5
	8	16	1
	9	15	1
	9	16	1
	9	14	1
	11	19	6
	11	16	7
	12	18	4
	12	20	5
Escola 15			
	7	16	1
	7	15	1
	7	14	1
	8	13	1
	8	13	6
	8	15	1
	8	18	1
	9	15	1
	9	18	1
	9	15	7
	12	18	8
Escola 16			
	11	18	5
	12	19	8
Escola 17			
	7	14	1
	8	15	1
	8	16	2
	8	14	2
	8	14	2
	9	16	2
	9	15	2
	9	16	1
	9	16	1
	9	14	8
Escola 18			
	8	15	1
	8	14	1
	8	15	1
	8	15	1
	8	15	6
	9	16	1
	9	16	6
	9	14	2
	10	16	2
	12	17	5
	12	18	6

ANEXO 6 - DICIONÁRIO DE VARIÁVEIS UTILIZADAS NO ESTUDO

Nome	Tipo
Informação sócio-demográfica	
1. região	Nominal
2. sexo	Nominal
3. grupo etário	Nominal
4. ano escolaridade	Nominal
5. idade	Ordinal
Nacionalidade e grupo de identificação	
6. nacionalidade	Nominal
7. nacionalidade pai	Nominal
8. nacionalidade mãe	Nominal
9. grupo de identificação	Nominal
Nível sócio-económico	
Profissão/emprego/nível instrução dos pais dos pais	
10. pai tem emprego	Nominal
11. mãe tem emprego	Nominal
12. profissão do pai	Ordinal
13. profissão da mãe	Ordinal
14. nível instrução pai	Ordinal
15. nível instrução mãe	Ordinal
Afluência familiar	
16. Nível afluência familiar (baixa média alta)	Ordinal
17. Transporte próprio na família	Ordinal
18. Quarto próprio	Ordinal
19. Viagens de férias com a família	Ordinal
20. Ter computador em casa	Ordinal
21. Percepção nível financeiro	Escala
Percepção deficiência ou problema de saúde	
22. Problema de saúde	Nominal
23. Doença crónica	Nominal
24. Deficiência motora	Nominal
25. Deficiência sensorial	Nominal
26. Outra situação	Nominal
27. Problema de saúde afecta participação	Nominal
28. Problema da saúde impede fazer o que os colegas da idade fazem (só estudo 2)	Nominal
Saúde positiva	
Sintomas	
29. Dor de cabeça	Ordinal
30. Dores de estômago	Ordinal
31. Dores de costas	Ordinal
32. Dores de pescoço e ombros	Ordinal
33. Cansaço e exaustão	Ordinal
34. Estar deprimido	Ordinal
35. Dificuldades em adormecer	Ordinal
36. Estar irritado	Ordinal
37. Estar nervoso	Ordinal
38. Medo	Ordinal
39. Tonturas	Ordinal
Percepção global saúde satisfação felicidade	
40. Percepção de saúde	Ordinal
41. Satisfação com a vida	Scale
42. Felicidade	Ordinal

	Nome	Tipo
Satisfação global		
43.	Gostar como coisas correm	Ordinal
44.	Vida corre bem	Ordinal
45.	Mudar coisas na vida	Ordinal
46.	Gostava diferente tipo de vida	Ordinal
47.	Tenho uma boa vida	Ordinal
48.	Sinto-me bem c/ o que me acontece	Ordinal
Competências pessoais		
49.	Capaz de defender direitos	Ordinal
50.	Capaz de dizer não	
51.	Capaz de dizer o que sente	Ordinal
52.	Capaz de manter opinião nas discussões	Ordinal
53.	Capaz de livrar de situações que não agradam	Ordinal
Suporte social escola		
54.	Sentimento escola	Ordinal
55.	Escola aborrecido	Ordinal
56.	Pressão t.p.c.	Ordinal
57.	Escola ficar sozinho	Ordinal
58.	Percepção professores sobre capacidade académica	Ordinal
59.	Prof. ajudam quando preciso	Ordinal
60.	Prof. tratam com justiça	Ordinal
61.	Prof. ajudam a expressar pontos de vista	Ordinal
62.	Prof. interessam se por mim	Ordinal
63.	Colegas simpáticos e prestáveis	Ordinal
64.	Colegas aceitam-me como sou	Ordinal
Relações suporte família e pares		
65.	Falar pai	Ordinal
66.	Falar mãe	Ordinal
67.	Falar amigo	Ordinal
68.	Amigos mesmo sexo	Ordinal
69.	Amigos sexo oposto	Ordinal
70.	Nº amigos íntimos	Escala
71.	Nº amigas íntimas	Escala
72.	Ficar com amigos depois das aulas	Ordinal
73.	Sair amigos a noite	Ordinal
Comportamentos- risco-saúde		
74.	Consumo de tabaco	Ordinal
75.	Embriaguez	Ordinal
76.	Consumo drogas ultimo mês	Ordinal
77.	Envolvimento em lutas	Ordinal
78.	Provocado escola últimos meses	Ordinal
79.	Provocou escola últimos meses55	Ordinal
80.	Provocado-gozar chamar nomes fazer troça	Ordinal
81.	Provocado-dizer mentiras espalhar boatos	Ordinal
82.	Provocado_piadas sexuais	Ordinal
83.	Provocado-excluir deixar de fora de actividades	Scale
84.	Provocado-bater pontapear dar encontros e empurrões	Scale
85.	Relações sexuais	Ordinal
86.	Uso preservativo	Ordinal
Comportamentos- saúde		
87.	Prática de actividade física- semana	Ordinal
88.	Prática de actividade física- número de dias	Ordinal
Modalidade desportiva praticada		
89.	futebol	Nominal
90.	ginástica	Nominal
91.	natação	Nominal
92.	basquetebol	Nominal
93.	ciclismo/b.t.t.	Nominal
94.	voleibol	Nominal
95.	atletismo	Nominal
96.	andebol	Nominal
97.	outra	Nominal
Ocupação tempos livres		
98.	musica verão	Nominal
99.	musica inverno	Nominal
100.	ler verao	Nominal
101.	ler inverno	Nominal
102.	jogar cartas, vídeo, computador_verão/primavera	Nominal
103.	jogar cartas, vídeo, computador_outono inverno	Nominal
104.	cinema, teatro, concertos_verão/primavera	Nominal
105.	cinema, teatro, concertos_outono/inverno	Nominal
106.	trabalhar para ganhar dinheiro_verão/primavera	Nominal
107.	trabalhar para ganhar dinheiro_outono/inverno	Nominal

	<i>Nome</i>	<i>Tipo</i>
108.	<i>conversar amigos_verão/primavera</i>	<i>Nominal</i>
109.	<i>conversar amigos_outono/inverno</i>	<i>Nominal</i>
110.	<i>praticar desporto grupo_verão/primavera</i>	<i>Nominal</i>
111.	<i>praticar desporto grupo_outono/inverno</i>	<i>Nominal</i>
112.	<i>praticar desporto individual_verão/primavera</i>	<i>Nominal</i>
113.	<i>praticar desporto individual_outono/inverno</i>	<i>Nominal</i>
114.	<i>praticar desporto competição_verão/primavera</i>	<i>Nominal</i>
115.	<i>praticar desporto competição_outono/inverno</i>	<i>Nominal</i>
116.	<i>assistir acontec. desportivos_verão/primavera</i>	<i>Nominal</i>
117.	<i>assistir acontec. desportivos_outono/</i>	<i>Nominal</i>
118.	<i>ajudar nos trabalhos domésticos_verão/primavera</i>	<i>Nominal</i>
119.	<i>ajudar nos trabalhos domésticos_outono/</i>	<i>Nominal</i>
120.	<i>praticar desporto não orientado por treinador_verão/primavera</i>	<i>Nominal</i>
121.	<i>praticar desporto não orientado por treinador_outono/</i>	<i>Nominal</i>
122.	<i>fazer tpc ou mais trabalhos escola_verão/primavera</i>	<i>Nominal</i>
123.	<i>fazer tpc ou mais trabalhos escola_outono/</i>	<i>Nominal</i>
124.	<i>ir ao café_verão/primavera</i>	<i>Nominal</i>
125.	<i>ir ao café_outono/</i>	<i>Nominal</i>
126.	<i>ir à discoteca_verão/primavera</i>	<i>Nominal</i>
127.	<i>ir à discoteca_outono/</i>	<i>Nominal</i>
128.	<i>namorar/estar c/ namorado_verão/primavera</i>	<i>Nominal</i>
129.	<i>namorar/estar c/ namorado_outono/</i>	<i>Nominal</i>
130.	<i>estar só (pensar, relaxar)_verão/primavera</i>	<i>Nominal</i>
131.	<i>estar só (pensar, relaxar)_outono/</i>	<i>Nominal</i>
132.	<i>dormir_verão/primavera</i>	<i>Nominal</i>
133.	<i>dormir_outono/</i>	<i>Nominal</i>
134.	<i>fazer compras/ver montras_verão/primavera</i>	<i>Nominal</i>
135.	<i>fazer compras/ver montras_outono/</i>	<i>Nominal</i>
136.	<i>estar c/ amigos_verão/primavera</i>	<i>Nominal</i>
137.	<i>estar c/ amigos_outono/</i>	<i>Nominal</i>

ANEXO 7 – PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

ANÁLISE DAS DIFERENÇAS AFLUÊNCIA FAMILIAR, SINTOMAS, SAÚDE, SATISFAÇÃO FELICIDADE – TESTES T-DE STUDENT

Amostra 1

	<i>problema de saúde</i>	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviation</i>	<i>Std. Error Mean</i>
fas	não	5339	,0168	,97678	,01337
	sim	666	-,1294	1,14078	,04420
sintomas	não	5339	,0580	,94922	,01299
	sim	666	-,4994	1,22166	,04734
saudesatisfaçãofelicidade	não	5339	,0538	,97657	,01337
	sim	666	-,4149	1,10001	,04262

	<i>Levene's Test for Equality of Variances</i>		<i>t-test for Equality of Means</i>						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower
fas	40,523	,000	3,572	6003	,000	,14625	,04094	,06598	,22651
sintomas	93,312	,000	13,797	6003	,000	,55742	,04040	,47822	,63662
saudesatisfaçãofelicidade	16,213	,000	11,510	6003	,000	,46874	,04073	,38890	,54857

	<i>doença crônica</i>	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviation</i>	<i>Std. Error Mean</i>
fas	sim	356	-,0636	1,15433	,06118
	não	5775	,0039	,98977	,01302
sintomas	sim	356	-,4524	1,28538	,06813
	não	5775	,0279	,97306	,01280
saudesatisfaçãofelicidade	sim	356	-,4221	1,15176	,06104
	não	5775	,0260	,98418	,01295

	<i>Levene's Test for Equality of Variances</i>		<i>t-test for Equality of Means</i>						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower
fas	22,438	,000	-1,237	6129	,216	-,06756	,05461	-,17462	,03950
sintomas	57,689	,000	-8,849	6129	,000	-,48026	,05427	-,58665	-,37386
saudesatisfaçãofelicidade	13,505	,000	-8,250	6129	,000	-,44814	,05432	-,55462	-,34166

	<i>deficiência motora</i>	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviation</i>	<i>Std. Error Mean</i>
fas	sim	100	,0330	,98257	,09826
	não	6031	-,0005	1,00044	,01288
sintomas	sim	100	-,1605	1,43518	,14352
	não	6031	,0027	,99121	,01276
saudesatisfaçãofelicidade	sim	100	-,2880	1,09549	,10955
	não	6031	,0048	,99782	,01285

	<i>Levene's Test for Equality of Variances</i>		<i>t-test for Equality of Means</i>						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower
fas	,063	,801	,333	6129	,739	,03356	,10084	-,16413	,23124
sintomas	20,558	,000	-1,619	6129	,106	-,16319	,10082	-,36084	,03445
saudesatisfaçãofelicidade	1,676	,195	-2,906	6129	,004	-,29282	,10077	-,49037	-,09527

	<i>deficiência sensorial</i>	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviation</i>	<i>Std. Error Mean</i>
fas	sim	250	-,1423	1,08599	,06868
	não	5881	,0060	,99592	,01299
sintoma	sim	250	-,4163	1,25233	,07920
	não	5881	,0177	,98417	,01283
saudesatisfaçãofelicidade	sim	250	-,2894	1,09014	,06895
	não	5881	,0123	,99431	,01297

	<i>Levene's Test for Equality of Variances</i>		<i>t-test for Equality of Means</i>						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower
fas	5,273	,022	-2,297	6129	,022	-,14831	,06456	-,27486	-,02175
sintomas	24,958	,000	-6,744	6129	,000	-,43397	,06435	-,56011	-,30782
saudesatisfaçãofelicidade	4,586	,032	-4,680	6129	,000	-,30174	,06447	-,42812	-,17535

	<i>outra</i>	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviation</i>	<i>Std. Error Mean</i>
fas	sim	306	-,0758	1,08660	,06212
	não	5825	,0040	,99527	,01304
sintomas	sim	306	-,4946	1,28739	,07360
	não	5825	,0260	,97590	,01279
saudesatisfaçãofelicidade	sim	306	-,3898	1,06902	,06111
	não	5825	,0205	,99220	,01300

	<i>Levene's Test for Equality of Variances</i>		<i>t-test for Equality of Means</i>						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower
fas	5,953	,015	-1,360	6129	,174	-,07977	,05865	-,19475	,03520
sintomas	52,343	,000	-8,932	6129	,000	-,52056	,05828	-,63481	-,40631
saudesatisfaçãofelicidade	3,984	,046	-7,022	6129	,000	-,41027	,05842	-,52480	-,29574

Amostra 2

	<i>problema de saúde</i>	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviation</i>	<i>Std. Error Mean</i>
faso	não	169	,0876	,91498	,07038
	sim	108	-,1208	1,12006	,10778
sintomas	não	169	,1677	,89357	,06874
	sim	108	-,2876	1,10587	,10641
satisfaçãosaudeefelicidade	não	169	,2281	,91614	,07047
	sim	108	-,3479	1,05382	,10140

	<i>Levene's Test for Equality of Variances</i>		<i>t-test for Equality of Means</i>						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower
fas	8,767	,003	1,692	275	,092	,20846	,12317	-,03401	,45093
sintomas	6,023	,015	3,766	275	,000	,45537	,12093	,21730	,69344
satisfaçãosaudeefelicidades	1,643	,201	4,810	275	,000	,57599	,11975	,34025	,81173

	<i>doença crônica</i>	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviation</i>	<i>Std. Error Mean</i>
fas	sim	48	-,1590	1,09214	,15764
	não	220	,0659	,97224	,06555
sintomas	sim	48	-,2590	1,24421	,17959
	não	220	,0400	,94348	,06361
satisfaçãosaudeefelicidade	sim	48	-,2405	1,07112	,15460
	não	220	,0339	,99968	,06740

	<i>Levene's Test for Equality of Variances</i>		<i>t-test for Equality of Means</i>						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower
fas	2,113	,147	-1,419	266	,157	-,22489	,15843	-,53682	,08704
sintomas	5,262	,023	-1,871	266	,062	-,29899	,15982	-,61365	,01568
satisfaçãosaudeefelicidade	,072	,789	-1,701	266	,090	-,27444	,16133	-,59208	,04320

	<i>deficiência motora</i>	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviation</i>	<i>Std. Error Mean</i>
fas	sim	9	,2282	1,29934	,43311
	não	259	,0186	,98668	,06131
sintomas	sim	9	-,1416	,80580	,26860
	não	259	-,0091	1,01515	,06308
satisfaçãosaudeefelicidade	sim	9	-,1171	1,50113	,50038
	não	259	-,0117	,99928	,06209

	<i>Levene's Test for Equality of Variances</i>		<i>t-test for Equality of Means</i>						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower
fas	,471	,493	,620	266	,536	,20962	,33823	-,45633	,87557
sintomas	,511	,475	-,387	266	,699	-,13246	,34229	-,80640	,54149
satisfaçãosaudeefelicidade	5,302	,022	-,306	266	,760	-,10546	,34517	-,78508	,57416

	<i>deficiência sensorial</i>	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviation</i>	<i>Std. Error Mean</i>
fas	sim	30	,0051	1,04878	,19148
	não	238	,0282	,99184	,06429
sintomas	sim	30	-,3719	1,12508	,20541
	não	238	,0316	,98550	,06388
satisfaçãosaudeefelicidade	sim	30	-,5455	1,11561	,20368
	não	238	,0516	,98546	,06388

	<i>Levene's Test for Equality of Variances</i>		<i>t-test for Equality of Means</i>						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower
fas	,273	,602	-,119	266	,905	-,02310	,19339	-,40387	,35768
sintomas	2,113	,147	-2,079	266	,039	-,40348	,19406	-,78558	-,02139
satisfaçãosaudeefelicidade	,115	,735	-3,081	266	,002	-,59711	,19383	-,97875	-,21547

	<i>outra</i>	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviation</i>	<i>Std. Error Mean</i>
fas	sim	33	-,1201	1,09178	,19005
	não	235	,0461	,98302	,06412
sintomas	sim	33	-,4758	1,02817	,17898
	não	235	,0514	,99003	,06458
satisfaçãosaudeefelicidade	sim	33	-,3644	1,10146	,19174
	não	235	,0338	,99645	,06500

	<i>Levene's Test for Equality of Variances</i>		<i>t-test for Equality of Means</i>						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower
fas	,442	,507	-,897	266	,371	-,16615	,18529	-,53097	,19867
sintomas	1,192	,276	-2,851	266	,005	-,52712	,18491	-,89120	-,16305
satisfaçãosaudeefelicidade	,793	,374	-2,122	266	,035	-,39826	,18769	-,76781	-,02870

	<i>identificaçãoeep</i>	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviation</i>	<i>Std. Error Mean</i>
fas	sim	168	-,1448	1,04874	,08091
	não	114	,2134	,89048	,08340
sintomas	sim	168	-,0538	,99577	,07683
	não	114	,0793	1,00971	,09457
satisfaçãosaudeefelicidade	sim	168	-,0972	1,07183	,08269
	não	114	,1432	,87352	,08181

	<i>Levene's Test for Equality of Variances</i>		<i>t-test for Equality of Means</i>						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower
fas	7,646	,006	-2,989	280	,003	-,35829	,11988	-,59426	-,12231
sintomas	,025	,874	-1,096	280	,274	-,13316	,12152	-,37236	,10604
satisfaçãosaudeefelicidade	2,563	,111	-1,988	280	,048	-,24034	,12093	-,47838	-,00230

	<i>problema saúde afecta</i>	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviation</i>	<i>Std. Error Mean</i>
sintomas	não	249	-,0135	1,00946	,06397
	sim	33	,1020	,95030	,16543
fas	não	249	,0258	,97778	,06196
	sim	33	-,1943	1,16577	,20293
satisfaçãosaudeefelicidade	não	249	-,0410	1,00542	,06372
	sim	33	,3092	,93094	,16206

	<i>Levene's Test for Equality of Variances</i>		<i>t-test for Equality of Means</i>						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower
sintomas	,031	,860	-,622	280	,534	-,11557	,18579	-,48128	,25015
fas	2,497	,115	1,187	280	,236	,22006	,18545	-,14499	,58511
satisfação saude e felicidade	,065	,798	-1,896	280	,059	-,35021	,18473	-,71385	,01343

	<i>problema saude impede-te fazer o que os colegas da tua idade fazem</i>	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviation</i>	<i>Std. Error Mean</i>
sintomas	não	251	,0100	1,01682	,06418
	sim	31	-,0814	,88110	,15825
fas	não	251	,0283	,97140	,06131
	sim	31	-,2294	1,21465	,21816
satisfaçãosaudeefelicidade	não	251	-,0014	1,00947	,06372
	sim	31	,0113	,95282	,17113

	<i>Levene's Test for Equality of Variances</i>		<i>t-test for Equality of Means</i>						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower
sintomas	,210	,647	,479	280	,633	,09141	,19097	-,28452	,46733
fas	2,643	,105	1,354	280	,177	,25777	,19043	-,11709	,63262
satisfação saude e felicidade	,501	,479	-,067	280	,947	-,01275	,19105	-,38883	,36333

ANÁLISE FACTORIAL EXPLORATÓRIA

Amostra 1 Total

Matriz rotada	Componentes				
	1	2	3	4	5
Vida corre bem Quantification	,812				
Gostar como coisas correm Quantification	,768				
Sinto-me bem c/ o q me acontece Quantification	,761				
Tenho uma boa vida Quantification	,728				
Felicidade Quantification	,653				
Satisfação c/ a vida Quantification	,521				
Saúde Quantification	,377				
Estar irritado. Quantification		,730			
Estar nervoso Quantification		,717			
Estar deprimido Quantification		,633			
Medo Quantification		,559			
Cansaço e exaustão Quantification		,465	,399		
Dificuldades em adormecer Quantification					
Dores de costas Quantification			,751		
Dores de pescoço e ombros Quantification			,738		
Dor de cabeça Quantification			,542		
Tonturas Quantification			,534		
Dores de estômago Quantification			,416		
Computador Quantification				,687	
Carro Quantification				,671	
Férias Quantification				,620	
Quarto próprio Quantification				,450	
Mudar coisas na vida Quantification					,817
Gostava diferente tipo de vida Quantification					,792

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

Amostra 2

Matriz rotada	Componentes						
	1	2	3	4	5	6	7
Vida corre bem Quantification	,837						
Sinto-me bem c/ o q me acontece Quantification	,789						
Tenho uma boa vida Quantification	,750						
Gostar como coisas correm Quantification	,748						
Felicidade Quantification	,685						
Satisfação c/ a vida Quantification	,625						
Estar deprimido Quantification	,487	,406					
Estar nervoso Quantification		,719					
Medo Quantification		,647					
Cansaço e exaustão Quantification		,601					
Estar irritado... Quantification		,573					
Dificuldades em adormecer Quantification		,478					
Dores de costas Quantification			,788				
Dores de pescoço e ombros Quantification			,704				
Dores de estômago Quantification			,574				
Dor de cabeça Quantification			,489				
Mudar coisas na vida Quantification				,843			
Gostava diferente tipo de vida Quantification				,798			
Carro Quantification					,785		
Computador Quantification					,751		
Quarto próprio Quantification						,797	
Férias Quantification					,436	,594	
Saúde Quantification							,797
Tonturas Quantification		,384					,485

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

EQUAÇÕES DE MODELOS ESTRUTURAIS

MODELO FINAL FAS AFLUÊNCIA FAMILIAR AMOSTRA 1

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

			<i>Estimate</i>
TRA1_2	<---	fas	,492
TRA2_2	<---	fas	,264
TRA3_2	<---	fas	,460
TRA4_2	<---	fas	,522

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

RMR, GFI

<i>Model</i>	<i>RMR</i>	<i>GFI</i>	<i>AGFI</i>	<i>PGFI</i>
Default model	,008	,999	,997	,200
Saturated model	,000	1,000		
Independence model	,150	,898	,831	,539

Baseline Comparisons

<i>Model</i>	<i>NFI</i>	<i>RFI</i>	<i>IFI</i>	<i>TLI</i>	<i>CFI</i>
	<i>Delta1</i>	<i>rho1</i>	<i>Delta2</i>	<i>rho2</i>	
Default model	,995	,984	,996	,989	,996
Saturated model	1,000		1,000		1,000
Independence model	,000	,000	,000	,000	,000

RMSEA

<i>Model</i>	<i>RMSEA</i>	<i>LO 90</i>	<i>HI 90</i>	<i>PCLOSE</i>
Default model	,019	,003	,036	,999
Independence model	,180	,171	,188	,000

MODELO INICIAL FAS AFLUÊNCIA FAMILIAR AMOSTRA 2

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

			<i>Estimate</i>
TRA3_2	<---	fas	,493
TRA4_2	<---	fas	,680
TRA1_2	<---	fas	,518
TRA2_2	<---	fas	,271

RMR, GFI

<i>Model</i>	<i>RMR</i>	<i>GFI</i>	<i>AGFI</i>	<i>PGFI</i>
Default model	,050	,981	,907	,196
Saturated model	,000	1,000		
Independence model	,200	,834	,723	,500

Baseline Comparisons

<i>Model</i>	<i>NFI</i>	<i>RFI</i>	<i>IFI</i>	<i>TLI</i>	<i>CFI</i>
	<i>Delta1</i>	<i>rho1</i>	<i>Delta2</i>	<i>rho2</i>	
Default model	,893	,678	,911	,721	,907
Saturated model	1,000		1,000		1,000
Independence model	,000	,000	,000	,000	,000

RMSEA

<i>Model</i>	<i>RMSEA</i>	<i>LO 90</i>	<i>HI 90</i>	<i>PCLOSE</i>
Default model	,126	,060	,203	,032
Independence model	,238	,198	,279	,000

MODELO FINAL - FAS AFLUÊNCIA FAMILIAR AMOSTRA 2

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

			<i>Estimate</i>
TRA1_2	<---	fas	,576
TRA2_2	<---	fas	,372
TRA3_2	<---	fas	,508
TRA4_2	<---	fas	,608

RMR, GFI

<i>Model</i>	<i>RMR</i>	<i>GFI</i>	<i>AGFI</i>	<i>PGFI</i>
Default model	,026	,995	,949	,099
Saturated model	,000	1,000		
Independence model	,200	,834	,723	,500

Baseline Comparisons

<i>Model</i>	<i>NFI</i>	<i>RFI</i>	<i>IFI</i>	<i>TLI</i>	<i>CFI</i>
	<i>Delta1</i>	<i>rho1</i>	<i>Delta2</i>	<i>rho2</i>	
Default model	,971	,827	,981	,879	,980
Saturated model	1,000		1,000		1,000
Independence model	,000	,000	,000	,000	,000

RMSEA

<i>Model</i>	<i>RMSEA</i>	<i>LO 90</i>	<i>HI 90</i>	<i>PCLOSE</i>
Default model	,083	,000	,200	,198
Independence model	,238	,198	,279	,000

MODELO INICIAL SINTOMAS AMOSTRA 1

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

	<i>Estimate</i>
TRA2_3 <--- SI	,415
TRA3_3 <--- SI	,481
TRA4_3 <--- SI	,616
TRA5_3 <--- SI	,557
TRA6_3 <--- SI	,618
TRA7_3 <--- SI	,421
TRA8_3 <--- SI	,478
TRA9_3 <--- SI	,494
TRA10_3 <--- SI	,433
TRA11_3 <--- SI	,547
TRA1_3 <--- SI	,547

Model Fit Summary

RMR, GFI

<i>Model</i>	<i>RMR</i>	<i>GFI</i>	<i>AGFI</i>	<i>PGFI</i>
Default model	,049	,949	,923	,633
Saturated model	,000	1,000		
Independence model	,246	,580	,496	,483

Baseline Comparisons

<i>Model</i>	<i>NFI</i>	<i>RFI</i>	<i>IFI</i>	<i>TLI</i>	<i>CFI</i>
	<i>Delta1</i>	<i>rho1</i>	<i>Delta2</i>	<i>rho2</i>	
Default model	,871	,838	,874	,842	,874
Saturated model	1,000		1,000		1,000
Independence model	,000	,000	,000	,000	,000

RMSEA

<i>Model</i>	<i>RMSEA</i>	<i>LO 90</i>	<i>HI 90</i>	<i>PCLOSE</i>
Default model	,077	,074	,080	,000
Independence model	,194	,191	,196	,000

MODELO FINAL – SINTOMAS AMOSTRA 1

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

	<i>Estimate</i>
TRA2_3 <--- SI	,428
TRA3_3 <--- SI	,451
TRA4_3 <--- SI	,604
TRA5_3 <--- SI	,487
TRA6_3 <--- SI	,598
TRA7_3 <--- SI	,434
TRA8_3 <--- SI	,467
TRA9_3 <--- SI	,463
TRA10_3 <--- SI	,449
TRA11_3 <--- SI	,556
TRA1_3 <--- SI	,544

Model Fit Summary

RMR, GFI

<i>Model</i>	<i>RMR</i>	<i>GFI</i>	<i>AGFI</i>	<i>PGFI</i>
Default model	,026	,988	,980	,599
Saturated model	,000	1,000		
Independence model	,246	,580	,496	,483

Baseline Comparisons

<i>Model</i>	<i>NFI</i>	<i>RFI</i>	<i>IFI</i>	<i>TLI</i>	<i>CFI</i>
	<i>Delta1</i>	<i>rho1</i>	<i>Delta2</i>	<i>rho2</i>	
Default model	,969	,957	,972	,961	,972
Saturated model	1,000		1,000		1,000
Independence model	,000	,000	,000	,000	,000

RMSEA

<i>Model</i>	<i>RMSEA</i>	<i>LO 90</i>	<i>HI 90</i>	<i>PCLOSE</i>
Default model	,038	,035	,041	1,000
Independence model	,194	,191	,196	,000

MODELO INICIAL SINTOMAS AMOSTRA 2

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

		<i>Estimate</i>
TRA2_1	<--- SI	,359
TRA3_1	<--- SI	,447
TRA4_1	<--- SI	,524
TRA5_1	<--- SI	,532
TRA6_1	<--- SI	,629
TRA7_1	<--- SI	,509
TRA8_1	<--- SI	,385
TRA9_1	<--- SI	,581
TRA10_1	<--- SI	,400
TRA11_1	<--- SI	,476
TRA1_1	<--- SI	,547

RMR, GFI

<i>Model</i>	<i>RMR</i>	<i>GFI</i>	<i>AGFI</i>	<i>PGFI</i>
Default model	,057	,933	,900	,622
Saturated model	,000	1,000		
Independence model	,231	,609	,531	,508

Baseline Comparisons

<i>Model</i>	<i>NFI</i>	<i>RFI</i>	<i>IFI</i>	<i>TLI</i>	<i>CFI</i>
	<i>Delta1</i>	<i>rho1</i>	<i>Delta2</i>	<i>rho2</i>	
Default model	,810	,762	,879	,845	,876
Saturated model	1,000		1,000		1,000
Independence model	,000	,000	,000	,000	,000

RMSEA

<i>Model</i>	<i>RMSEA</i>	<i>LO 90</i>	<i>HI 90</i>	<i>PCLOSE</i>
Default model	,071	,054	,088	,022
Independence model	,181	,167	,195	,000

MODELO FINAL SINTOMAS AMOSTRA 2

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

		<i>Estimate</i>
TRA2_1	<--- SI	,321
TRA3_1	<--- SI	,396
TRA4_1	<--- SI	,526
TRA5_1	<--- SI	,555
TRA6_1	<--- SI	,676
TRA7_1	<--- SI	,507
TRA8_1	<--- SI	,379
TRA9_1	<--- SI	,520
TRA10_1	<--- SI	,422
TRA11_1	<--- SI	,493
TRA1_1	<--- SI	,515

RMR, GFI

<i>Model</i>	<i>RMR</i>	<i>GFI</i>	<i>AGFI</i>	<i>PGFI</i>
Default model	,043	,965	,942	,585
Saturated model	,000	1,000		
Independence model	,231	,609	,531	,508

Baseline Comparisons

<i>Model</i>	<i>NFI</i>	<i>RFI</i>	<i>IFI</i>	<i>TLI</i>	<i>CFI</i>
	<i>Delta1</i>	<i>rho1</i>	<i>Delta2</i>	<i>rho2</i>	
Default model	,897	,859	,966	,952	,965
Saturated model	1,000		1,000		1,000
Independence model	,000	,000	,000	,000	,000

RMSEA

<i>Model</i>	<i>RMSEA</i>	<i>LO 90</i>	<i>HI 90</i>	<i>PCLOSE</i>
Default model	,040	,011	,061	,767
Independence model	,181	,167	,195	,000

MODELO INICIAL – SAÚDE, SATISFAÇÃO, FELICIDADE AMOSTRA 1

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

		<i>Estimate</i>
TRA1_1	<--- SSF	,415
TRA2_1	<--- SSF	,591
TRA3_1	<--- SSF	,676
TRA4_1	<--- SSF	,771
TRA5_1	<--- SSF	,365
TRA6_1	<--- SSF	,423
TRA7_1	<--- SSF	,698
TRA8_1	<--- SSF	,675
TRA9_1	<--- SSF	,705

RMR, GFI

<i>Model</i>	<i>RMR</i>	<i>GFI</i>	<i>AGFI</i>	<i>PGFI</i>
Default model	,065	,920	,867	,552
Saturated model	,000	1,000		
Independence model	,334	,472	,340	,378

Baseline Comparisons

<i>Model</i>	<i>NFI</i>	<i>RFI</i>	<i>IFI</i>	<i>TLI</i>	<i>CFI</i>
	<i>Delta1</i>	<i>rho1</i>	<i>Delta2</i>	<i>rho2</i>	
Default model	,874	,831	,875	,833	,875
Saturated model	1,000		1,000		1,000
Independence model	,000	,000	,000	,000	,000

RMSEA

<i>Model</i>	<i>RMSEA</i>	<i>LO 90</i>	<i>HI 90</i>	<i>PCLOSE</i>
Default model	,114	,110	,118	,000
Independence model	,280	,276	,283	,000

MODELO FINAL – SAÚDE, SATISFAÇÃO, FELICIDADE AMOSTRA 1

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

		<i>Estimate</i>
TRA1_1	<--- SSF	,372
TRA2_1	<--- SSF	,542
TRA3_1	<--- SSF	,663
TRA4_1	<--- SSF	,804
TRA5_1	<--- SSF	,326
TRA6_1	<--- SSF	,390
TRA7_1	<--- SSF	,719
TRA8_1	<--- SSF	,658
TRA9_1	<--- SSF	,670

RMR, GFI

<i>Model</i>	<i>RMR</i>	<i>GFI</i>	<i>AGFI</i>	<i>PGFI</i>
Default model	,035	,981	,962	,480
Saturated model	,000	1,000		
Independence model	,334	,472	,340	,378

Baseline Comparisons

<i>Model</i>	<i>NFI</i>	<i>RFI</i>	<i>IFI</i>	<i>TLI</i>	<i>CFI</i>
	<i>Delta1</i>	<i>rho1</i>	<i>Delta2</i>	<i>rho2</i>	
Default model	,970	,951	,971	,953	,971
Saturated model	1,000		1,000		1,000
Independence model	,000	,000	,000	,000	,000

RMSEA

<i>Model</i>	<i>RMSEA</i>	<i>LO 90</i>	<i>HI 90</i>	<i>PCLOSE</i>
Default model	,060	,056	,065	,000
Independence model	,280	,276	,283	,000

MODELO INICIAL – SAÚDE, SATISFAÇÃO, FELICIDADE AMOSTRA 2

Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

			<i>Estimate</i>	<i>S.E.</i>	<i>C.R.</i>	<i>P</i>	<i>Label</i>
TRA9_3	<---	ssf	1,000				
TRA8_3	<---	ssf	,987	,090	10,989	***	par_1
TRA7_3	<---	ssf	,637	,089	7,142	***	par_2
TRA6_3	<---	ssf	,492	,089	5,527	***	par_3
TRA5_3	<---	ssf	1,170	,091	12,793	***	par_4
TRA4_3	<---	ssf	,992	,090	11,039	***	par_5
TRA3_3	<---	ssf	,911	,090	10,163	***	par_6
TRA2_3	<---	ssf	,848	,089	9,478	***	par_7
TRA1_3	<---	ssf	,112	,089	1,261	,207	par_8

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

			<i>Estimate</i>
TRA9_3	<---	ssf	,716
TRA8_3	<---	ssf	,707
TRA7_3	<---	ssf	,456
TRA6_3	<---	ssf	,353
TRA5_3	<---	ssf	,838
TRA4_3	<---	ssf	,711
TRA3_3	<---	ssf	,653
TRA2_3	<---	ssf	,608
TRA1_3	<---	ssf	,080

RMR, GFI

<i>Model</i>	<i>RMR</i>	<i>GFI</i>	<i>AGFI</i>	<i>PGFI</i>
Default model	,075	,907	,845	,544
Saturated model	,000	1,000		
Independence model	,337	,468	,335	,374

Baseline Comparisons

<i>Model</i>	<i>NFI</i>	<i>RFI</i>	<i>IFI</i>	<i>TLI</i>	<i>CFI</i>
	<i>Delta1</i>	<i>rho1</i>	<i>Delta2</i>	<i>rho2</i>	
Default model	,849	,798	,876	,833	,875
Saturated model	1,000		1,000		1,000
Independence model	,000	,000	,000	,000	,000

RMSEA

<i>Model</i>	<i>RMSEA</i>	<i>LO 90</i>	<i>HI 90</i>	<i>PCLOSE</i>
Default model	,117	,097	,138	,000
Independence model	,286	,270	,303	,000

MODELO FINAL – SAÚDE, SATISFAÇÃO, FELICIDADE AMOSTRA 2

Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

			<i>Estimate</i>	<i>S.E.</i>	<i>C.R.</i>	<i>P</i>	<i>Label</i>
TRA9_3	<---	ssf	1,000				
TRA8_3	<---	ssf	,989	,089	11,090	***	par_1
TRA7_3	<---	ssf	,583	,089	6,579	***	par_2
TRA6_3	<---	ssf	,426	,089	4,808	***	par_3
TRA5_3	<---	ssf	1,191	,091	13,021	***	par_4
TRA4_3	<---	ssf	,999	,089	11,198	***	par_5
TRA3_3	<---	ssf	,864	,089	9,698	***	par_6
TRA2_3	<---	ssf	,794	,089	8,912	***	par_7
TRA1_3	<---	ssf	,123	,089	1,394	,163	par_8

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

			<i>Estimate</i>
TRA9_3	<---	ssf	,720
TRA8_3	<---	ssf	,712
TRA7_3	<---	ssf	,420
TRA6_3	<---	ssf	,307
TRA5_3	<---	ssf	,858
TRA4_3	<---	ssf	,719
TRA3_3	<---	ssf	,622
TRA2_3	<---	ssf	,572
TRA1_3	<---	ssf	,089

RMR, GFI

<i>Model</i>	<i>RMR</i>	<i>GFI</i>	<i>AGFI</i>	<i>PGFI</i>
Default model	,040	,976	,956	,542
Saturated model	,000	1,000		
Independence model	,337	,468	,335	,374

Baseline Comparisons

Model	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI
	Delta1	rho1	Delta2	rho2	
Default model	,962	,946	,991	,987	,991
Saturated model	1,000		1,000		1,000
Independence model	,000	,000	,000	,000	,000

RMSEA

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	,033	,000	,061	,819
Independence model	,286	,270	,303	,000

MODELO TOTAL AMOSTRA 1

			<i>Estimate</i>	<i>S.E.</i>	<i>C.R.</i>	<i>P</i>	<i>Label</i>
ssf	<---	fas	2,178	,227	9,584	***	par_22
si	<---	fas	1,388	,136	10,226	***	par_23
TRA1_2	<---	fas	1,000				
TRA2_2	<---	fas	,741	,083	8,889	***	par_1
TRA3_2	<---	fas	1,465	,118	12,453	***	par_2
TRA4_2	<---	fas	,999	,090	11,082	***	par_3
TRA1_3	<---	si	1,000				
TRA2_3	<---	si	,777	,030	25,690	***	par_4
TRA3_3	<---	si	,833	,031	27,039	***	par_5
TRA4_3	<---	si	1,163	,036	32,410	***	par_6
TRA5_3	<---	si	,922	,033	27,606	***	par_7
TRA6_3	<---	si	1,098	,035	31,753	***	par_8
TRA7_3	<---	si	,802	,031	25,956	***	par_9
TRA8_3	<---	si	,853	,029	29,644	***	par_10
TRA9_3	<---	si	,842	,031	27,090	***	par_11
TRA10_3	<---	si	,842	,032	26,628	***	par_12
TRA11_3	<---	si	1,006	,033	30,292	***	par_13
TRA9_1	<---	ssf	1,000				
TRA8_1	<---	ssf	,945	,022	43,530	***	par_14
TRA7_1	<---	ssf	1,038	,022	46,891	***	par_15
TRA6_1	<---	ssf	,591	,020	29,001	***	par_16
TRA5_1	<---	ssf	,498	,020	24,552	***	par_17
TRA4_1	<---	ssf	1,138	,023	49,612	***	par_18
TRA3_1	<---	ssf	,951	,022	43,641	***	par_19
TRA2_1	<---	ssf	,828	,019	43,386	***	par_20
TRA1_1	<---	ssf	,583	,020	29,074	***	par_21

Standardized Regression Weights: (Group totalhbsc - Default model)

			<i>Estimate</i>
ssf	<---	fas	,745
si	<---	fas	,606
TRA1_2	<---	fas	,236
TRA2_2	<---	fas	,174
TRA3_2	<---	fas	,345
TRA4_2	<---	fas	,235
TRA1_3	<---	si	,540
TRA2_3	<---	si	,420
TRA3_3	<---	si	,450
TRA4_3	<---	si	,628
TRA5_3	<---	si	,498
TRA6_3	<---	si	,593
TRA7_3	<---	si	,433
TRA8_3	<---	si	,461
TRA9_3	<---	si	,455
TRA10_3	<---	si	,455
TRA11_3	<---	si	,543
TRA9_1	<---	ssf	,688
TRA8_1	<---	ssf	,650
TRA7_1	<---	ssf	,715
TRA6_1	<---	ssf	,407
TRA5_1	<---	ssf	,343
TRA4_1	<---	ssf	,783
TRA3_1	<---	ssf	,655
TRA2_1	<---	ssf	,570
TRA1_1	<---	ssf	,401

MODELO TOTAL AMOSTRA 1 – JOVENS COM PROBLEMA DE SAÚDE, DEFICIÊNCIA

Regression Weights: (Group probsaude - Default model)

			<i>Estimate</i>	<i>S.E.</i>	<i>C.R.</i>	<i>P</i>	<i>Label</i>
ssf	<---	fas	,364	,074	4,912	***	par_54
si	<---	fas	,181	,062	2,931	,003	par_55
TRA1_2	<---	fas	1,000				
TRA2_2	<---	fas	,515	,086	5,994	***	par_33
TRA3_2	<---	fas	,988	,113	8,703	***	par_34
TRA4_2	<---	fas	,784	,094	8,348	***	par_35
TRA1_3	<---	si	1,000				
TRA2_3	<---	si	,987	,090	10,999	***	par_36
TRA3_3	<---	si	,795	,082	9,648	***	par_37
TRA4_3	<---	si	1,149	,094	12,272	***	par_38
TRA5_3	<---	si	,823	,084	9,813	***	par_39
TRA6_3	<---	si	,969	,084	11,478	***	par_40
TRA7_3	<---	si	,705	,080	8,856	***	par_41
TRA8_3	<---	si	1,058	,091	11,596	***	par_42
TRA9_3	<---	si	,853	,084	10,131	***	par_43
TRA10_3	<---	si	,800	,087	9,181	***	par_44
TRA11_3	<---	si	,903	,078	11,599	***	par_45
TRA9_1	<---	ssf	1,000				
TRA8_1	<---	ssf	,891	,061	14,541	***	par_46
TRA7_1	<---	ssf	,982	,063	15,587	***	par_47
TRA6_1	<---	ssf	,450	,054	8,365	***	par_48
TRA5_1	<---	ssf	,349	,055	6,313	***	par_49
TRA4_1	<---	ssf	1,166	,068	17,230	***	par_50
TRA3_1	<---	ssf	,919	,064	14,433	***	par_51
TRA2_1	<---	ssf	,806	,059	13,649	***	par_52
TRA1_1	<---	ssf	,632	,068	9,265	***	par_53

Standardized Regression Weights: (Group probsaude - Default model)

			<i>Estimate</i>
ssf	<---	fas	,309
si	<---	fas	,176
TRA1_2	<---	fas	,606
TRA2_2	<---	fas	,330
TRA3_2	<---	fas	,619
TRA4_2	<---	fas	,500
TRA1_3	<---	si	,598
TRA2_3	<---	si	,535
TRA3_3	<---	si	,456
TRA4_3	<---	si	,672
TRA5_3	<---	si	,505
TRA6_3	<---	si	,597
TRA7_3	<---	si	,419
TRA8_3	<---	si	,548
TRA9_3	<---	si	,490
TRA10_3	<---	si	,443
TRA11_3	<---	si	,589
TRA9_1	<---	ssf	,675
TRA8_1	<---	ssf	,656
TRA7_1	<---	ssf	,723
TRA6_1	<---	ssf	,353
TRA5_1	<---	ssf	,265
TRA4_1	<---	ssf	,837
TRA3_1	<---	ssf	,655
TRA2_1	<---	ssf	,540
TRA1_1	<---	ssf	,391

Regression Weights: (Group afectaparticipação - Default model)

			<i>Estimate</i>	<i>S.E.</i>	<i>C.R.</i>	<i>P</i>	<i>Label</i>
ssf	<---	fas	,985	,238	4,137	***	par_86
si	<---	fas	,487	,176	2,772	,006	par_87
TRA1_2	<---	fas	1,000				
TRA2_2	<---	fas	,869	,211	4,117	***	par_65
TRA3_2	<---	fas	1,128	,245	4,608	***	par_66
TRA4_2	<---	fas	,755	,196	3,859	***	par_67
TRA1_3	<---	si	1,000				
TRA2_3	<---	si	1,022	,145	7,065	***	par_68
TRA3_3	<---	si	,761	,121	6,292	***	par_69
TRA4_3	<---	si	1,059	,137	7,729	***	par_70
TRA5_3	<---	si	,686	,124	5,523	***	par_71
TRA6_3	<---	si	,867	,124	6,971	***	par_72
TRA7_3	<---	si	,566	,119	4,773	***	par_73
TRA8_3	<---	si	1,108	,143	7,725	***	par_74
TRA9_3	<---	si	,796	,125	6,370	***	par_75
TRA10_3	<---	si	,895	,135	6,621	***	par_76
TRA11_3	<---	si	,800	,114	6,998	***	par_77
TRA9_1	<---	ssf	1,000				
TRA8_1	<---	ssf	,817	,100	8,173	***	par_78
TRA7_1	<---	ssf	1,004	,103	9,740	***	par_79
TRA6_1	<---	ssf	,321	,082	3,914	***	par_80
TRA5_1	<---	ssf	,243	,090	2,691	,007	par_81
TRA4_1	<---	ssf	1,288	,121	10,649	***	par_82
TRA3_1	<---	ssf	,948	,103	9,219	***	par_83
TRA2_1	<---	ssf	,886	,097	9,162	***	par_84
TRA1_1	<---	ssf	,830	,105	7,920	***	par_85

Standardized Regression Weights: (Group afectaparticipação - Default model)

			<i>Estimate</i>
ssf	<---	fas	,604
si	<---	fas	,328
TRA1_2	<---	fas	,501
TRA2_2	<---	fas	,434
TRA3_2	<---	fas	,554
TRA4_2	<---	fas	,376
TRA1_3	<---	si	,620
TRA2_3	<---	si	,568
TRA3_3	<---	si	,491
TRA4_3	<---	si	,678
TRA5_3	<---	si	,449
TRA6_3	<---	si	,589
TRA7_3	<---	si	,362
TRA8_3	<---	si	,576
TRA9_3	<---	si	,500
TRA10_3	<---	si	,539
TRA11_3	<---	si	,573
TRA9_1	<---	ssf	,673
TRA8_1	<---	ssf	,603
TRA7_1	<---	ssf	,740
TRA6_1	<---	ssf	,272
TRA5_1	<---	ssf	,186
TRA4_1	<---	ssf	,868
TRA3_1	<---	ssf	,686
TRA2_1	<---	ssf	,571
TRA1_1	<---	ssf	,496

RMR, GFI

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	,112	,952	,940	,765
Saturated model	,000	1,000		
Independence model	,286	,481	,436	,442

Baseline Comparisons

Model	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI
	Delta1	rho1	Delta2	rho2	
Default model	,901	,886	,917	,905	,917
Saturated model	1,000		1,000		1,000
Independence model	,000	,000	,000	,000	,000

RMSEA

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	,025	,025	,026	1,000
Independence model	,082	,081	,083	,000

Result (Default model)

Chi-square = 3987,246

Degrees of freedom = 723

Probability level = ,000

MODELO TOTAL AMOSTRA 2

Regression Weights: (Group total - Default model)

			Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
ssf	<---	fas	,436	,142	3,064	,002	par_22
si	<---	fas	,391	,126	3,096	,002	par_23
TRA1_2	<---	fas	1,000				
TRA2_2	<---	fas	,601	,189	3,180	,001	par_1
TRA3_2	<---	fas	1,388	,405	3,426	***	par_2
TRA4_2	<---	fas	1,479	,406	3,647	***	par_3
TRA1_1	<---	si	1,000				
TRA2_1	<---	si	,614	,142	4,316	***	par_4
TRA3_1	<---	si	,761	,142	5,346	***	par_5
TRA4_1	<---	si	1,008	,164	6,156	***	par_6
TRA5_1	<---	si	1,080	,172	6,296	***	par_7
TRA6_1	<---	si	1,309	,185	7,069	***	par_8
TRA7_1	<---	si	,992	,161	6,162	***	par_9
TRA8_1	<---	si	,732	,144	5,069	***	par_10
TRA9_1	<---	si	1,008	,160	6,318	***	par_11
TRA10_1	<---	si	,809	,153	5,303	***	par_12
TRA11_1	<---	si	,920	,160	5,766	***	par_13
TRA3_3	<---	ssf	1,000				
TRA9_3	<---	ssf	1,091	,108	10,115	***	par_14
TRA8_3	<---	ssf	1,078	,108	9,966	***	par_15
TRA7_3	<---	ssf	,706	,102	6,914	***	par_16
TRA6_3	<---	ssf	,541	,100	5,393	***	par_17
TRA5_3	<---	ssf	1,275	,114	11,225	***	par_18
TRA4_3	<---	ssf	1,089	,109	9,967	***	par_19
TRA2_3	<---	ssf	,937	,104	9,050	***	par_20
TRA1_3	<---	ssf	,121	,098	1,237	,216	par_21

Standardized Regression Weights: (Group total - Default model)

			Estimate
ssf	<---	fas	,307
si	<---	fas	,348
TRA1_2	<---	fas	,462
TRA2_2	<---	fas	,277
TRA3_2	<---	fas	,641
TRA4_2	<---	fas	,683
TRA1_1	<---	si	,518
TRA2_1	<---	si	,318
TRA3_1	<---	si	,397
TRA4_1	<---	si	,523
TRA5_1	<---	si	,560
TRA6_1	<---	si	,678
TRA7_1	<---	si	,514
TRA8_1	<---	si	,379
TRA9_1	<---	si	,524
TRA10_1	<---	si	,419
TRA11_1	<---	si	,477
TRA3_3	<---	ssf	,655
TRA9_3	<---	ssf	,714
TRA8_3	<---	ssf	,706
TRA7_3	<---	ssf	,462
TRA6_3	<---	ssf	,354
TRA5_3	<---	ssf	,835
TRA4_3	<---	ssf	,713
TRA2_3	<---	ssf	,613
TRA1_3	<---	ssf	,079

MODELO TOTAL AMOSTRA 2 – JOVENS COM NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS

Regression Weights: (Group necessidadeseducativasespeciais - Default model)

			<i>Estimate</i>	<i>S.E.</i>	<i>C.R.</i>	<i>P</i>	<i>Label</i>
ssf	<---	fas	1,370	,564	2,428	,015	par_52
si	<---	fas	1,420	,613	2,317	,021	par_53
TRA1_2	<---	fas	1,000				
TRA2_2	<---	fas	,183	,337	,544	,587	par_31
TRA3_2	<---	fas	,972	,407	2,386	,017	par_32
TRA4_2	<---	fas	1,181	,429	2,755	,006	par_33
TRA1_1	<---	si	1,000				
TRA2_1	<---	si	,492	,157	3,142	,002	par_34
TRA3_1	<---	si	,708	,164	4,331	***	par_35
TRA4_1	<---	si	,773	,181	4,270	***	par_36
TRA5_1	<---	si	,942	,190	4,963	***	par_37
TRA6_1	<---	si	1,151	,205	5,624	***	par_38
TRA7_1	<---	si	,883	,186	4,738	***	par_39
TRA8_1	<---	si	,605	,144	4,191	***	par_40
TRA9_1	<---	si	,989	,183	5,400	***	par_41
TRA10_1	<---	si	,567	,168	3,383	***	par_42
TRA11_1	<---	si	,645	,163	3,969	***	par_43
TRA3_3	<---	ssf	1,000				
TRA9_3	<---	ssf	1,056	,129	8,211	***	par_44
TRA8_3	<---	ssf	,947	,127	7,461	***	par_45
TRA7_3	<---	ssf	,616	,117	5,271	***	par_46
TRA6_3	<---	ssf	,525	,121	4,355	***	par_47
TRA5_3	<---	ssf	1,185	,134	8,842	***	par_48
TRA4_3	<---	ssf	1,065	,134	7,925	***	par_49
TRA2_3	<---	ssf	1,007	,135	7,443	***	par_50
TRA1_3	<---	ssf	,080	,111	,718	,472	par_51

Standardized Regression Weights: (Group necessidadeseducativasespeciais - Default model)

			<i>Estimate</i>
ssf	<---	fas	,612
si	<---	fas	,790
TRA1_2	<---	fas	,323
TRA2_2	<---	fas	,058
TRA3_2	<---	fas	,302
TRA4_2	<---	fas	,365
TRA1_1	<---	si	,563
TRA2_1	<---	si	,290
TRA3_1	<---	si	,401
TRA4_1	<---	si	,448
TRA5_1	<---	si	,548
TRA6_1	<---	si	,644
TRA7_1	<---	si	,484
TRA8_1	<---	si	,406
TRA9_1	<---	si	,559
TRA10_1	<---	si	,320
TRA11_1	<---	si	,384
TRA3_3	<---	ssf	,663
TRA9_3	<---	ssf	,735
TRA8_3	<---	ssf	,660
TRA7_3	<---	ssf	,450
TRA6_3	<---	ssf	,369
TRA5_3	<---	ssf	,834
TRA4_3	<---	ssf	,731
TRA2_3	<---	ssf	,654
TRA1_3	<---	ssf	,059

RMR, GFI

<i>Model</i>	<i>RMR</i>	<i>GFI</i>	<i>AGFI</i>	<i>PGFI</i>
Default model	,104	,845	,809	,685
Saturated model	,000	1,000		
Independence model	,233	,468	,422	,431

Baseline Comparisons

<i>Model</i>	<i>NFI</i>	<i>RFI</i>	<i>IFI</i>	<i>TLI</i>	<i>CFI</i>
	<i>Delta1</i>	<i>rho1</i>	<i>Delta2</i>	<i>rho2</i>	
Default model	,680	,637	,828	,798	,822
Saturated model	1,000		1,000		1,000
Independence model	,000	,000	,000	,000	,000

RMSEA

<i>Model</i>	<i>RMSEA</i>	<i>LO 90</i>	<i>HI 90</i>	<i>PCLOSE</i>
Default model	,038	,035	,041	1,000
Independence model	,084	,082	,087	,000

Result (Default model)
 Chi-square = 1310,088
 Degrees of freedom = 729
 Probability level = ,000

MODELO TOTAL AMOSTRA 2 JOVENS COM PROBLEMA DE SAÚDE OU DEFICIÊNCIA
 Regression Weights: (Groupprobsaúde - Default model)

		<i>Estimate</i>	<i>S.E.</i>	<i>C.R.</i>	<i>P</i>	<i>Label</i>	
ssf	<---	fas	,423	,135	3,142	,002	par_82
si	<---	fas	,348	,137	2,541	,011	par_83
TRA1_2	<---	fas	1,000				
TRA2_2	<---	fas	,403	,178	2,265	,024	par_61
TRA3_2	<---	fas	,906	,262	3,457	***	par_62
TRA4_2	<---	fas	1,172	,267	4,384	***	par_63
TRA1_1	<---	si	1,000				
TRA2_1	<---	si	,825	,207	3,994	***	par_64
TRA3_1	<---	si	,716	,215	3,325	***	par_65
TRA4_1	<---	si	,858	,228	3,771	***	par_66
TRA5_1	<---	si	,806	,214	3,759	***	par_67
TRA6_1	<---	si	1,315	,266	4,948	***	par_68
TRA7_1	<---	si	,667	,209	3,194	,001	par_69
TRA8_1	<---	si	,803	,234	3,438	***	par_70
TRA9_1	<---	si	,857	,210	4,081	***	par_71
TRA10_1	<---	si	,797	,230	3,462	***	par_72
TRA11_1	<---	si	,746	,191	3,900	***	par_73
TRA3_3	<---	ssf	1,000				
TRA9_3	<---	ssf	1,156	,184	6,275	***	par_74
TRA8_3	<---	ssf	1,237	,197	6,293	***	par_75
TRA7_3	<---	ssf	,720	,166	4,333	***	par_76
TRA6_3	<---	ssf	,638	,155	4,108	***	par_77
TRA5_3	<---	ssf	1,338	,193	6,915	***	par_78
TRA4_3	<---	ssf	1,071	,180	5,952	***	par_79
TRA2_3	<---	ssf	1,031	,193	5,348	***	par_80
TRA1_3	<---	ssf	,032	,154	,205	,838	par_81

Standardized Regression Weights: (Groupprobsaúde - Default model)

		<i>Estimate</i>	
ssf	<---	fas	,440
si	<---	fas	,376
TRA1_2	<---	fas	,652
TRA2_2	<---	fas	,277
TRA3_2	<---	fas	,587
TRA4_2	<---	fas	,763
TRA1_1	<---	si	,555
TRA2_1	<---	si	,494
TRA3_1	<---	si	,393
TRA4_1	<---	si	,484
TRA5_1	<---	si	,490
TRA6_1	<---	si	,745
TRA7_1	<---	si	,390
TRA8_1	<---	si	,414
TRA9_1	<---	si	,512
TRA10_1	<---	si	,429
TRA11_1	<---	si	,500
TRA3_3	<---	ssf	,618
TRA9_3	<---	ssf	,760
TRA8_3	<---	ssf	,762
TRA7_3	<---	ssf	,475
TRA6_3	<---	ssf	,445
TRA5_3	<---	ssf	,877
TRA4_3	<---	ssf	,708
TRA2_3	<---	ssf	,600
TRA1_3	<---	ssf	,021