

Relatos de um estudo sobre a qualidade de vida de pessoas com deficiência no Concelho de Almada

Paula Lebre

Assistente Departamento de Educação Especial e Reabilitação

Faculdade de Motricidade Humana

Introdução

Actualmente constata-se que o grupo de pessoas com alguma incapacidade devido a uma deficiência se caracteriza por um denominador comum, associado à sua fraca visibilidade e de poder de mudança.

São múltiplas as consequências negativas na qualidade de vida dos indivíduos e suas famílias, a referência a situações de exclusão, discriminação, desconhecimento, assim como a reduzida a possibilidade de acesso a estilos de vida e serviços essenciais é frequentemente apontada (Wright, 1983; Barton; 1993 Rioux,1996).

O estudo Nacional sobre as incapacidades, deficiências e desvantagens que pela primeira vez veio colmatar uma lacuna no que respeita a informação nacional alargada sobre o número de pessoas com deficiência, assinala que 9,16% da população nacional tem algum tipo de deficiência (SNR, 1996). No que respeita o distrito de Setúbal, a percentagem estimada é de 6,53% sendo ao nível Concelhio em Almada referida 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. Ainda segundo dados do SNR (1996) o maior número de pessoas em função dos tipos de deficiência insere-se nas deficiências físicas e sensoriais sendo a distribuição pelos grupos a seguinte: deficiências psíquicas-0.90% (1.151); deficiências sensoriais 1.65% (3.625); deficiências físicas 0.84% (4.775); deficiências mistas 1.74%, (471) e nenhuma em especial 1.88% (795).

Por outro lado a Declaração de Barcelona refere que compete às cidades dotarem-se dos meios e recursos necessários para a promoção da igualdade de oportunidades, do bem estar e da participação de todos os seus habitantes, cabendo aos municípios promover um melhor conhecimento das pessoas com deficiência, seus direitos, suas necessidades, suas potencialidades e contribuição para a

sociedade (Consejo de Municipios y Regiones de Europa, 1995). Em consonância com a orientação anterior o Pré-diagnóstico da Rede Social do Concelho de Almada assinala a necessidade de criar mecanismos de circulação da informação e de articular iniciativas dirigidas a áreas problemáticas.(CET/ISCTE, 2001).

Tomando em consideração a relevância das orientações assinaladas a necessidade de um conhecimento actualizado e aprofundado a nível local que permitisse caracterizar da situação das pessoas com deficiência, os factores pessoais e contextuais associados às experiências de vida destas pessoas de forma a facilitar a identificação de acções prioritárias foi desenvolvido através da realização de um estudo sobre a qualidade de vida de pessoas com deficiência no Concelho de Almada .

Pressupondo-se que a promoção da qualidade de vida e saúde tem sido um denominador comum na promoção da participação das pessoas com deficiência em todos os aspectos da vida na sociedade e tendo em vista um melhor conhecimento das suas vidas, necessidades e expectativas mediante a percepção subjectiva de cada indivíduo, o estudo da qualidade de vida poderá ser um conceito de extrema importância e potencialmente transformativo na forma como as pessoas com deficiência se tornam visíveis na sua comunidade.

Revisão literatura

Vários estudos apontam os termos saúde, promoção da saúde e qualidade de vida como conceitos interrelacionados sendo porventura complexo chegar-se a um absoluto consenso.

A saúde actualmente definida como “o estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença” (WHO, 1993). assume um carácter positivo e inclui além da dimensão física dimensões da saúde mental e interpessoal (WHO, 1993; Raeburn, 1996; Matos et al., 1998). Esta concepção envolve uma percepção intra e interpessoal dependente do modo como cada indivíduo se sente, da história de vida de cada indivíduo, bem como das condições do meio envolvente que podem ser favorecedoras de comportamentos saudáveis ou de comportamentos de risco.

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 um estado optimal de saúde que significa o equilíbrio da saúde física, emocional, social, espiritual e intelectual"(AJHP, 1989). Uma das definições mais citadas, a Carta de Ottawa para a promoção da saúde (Raeburn, 1996; Matos, 1999), define a promoção da saúde como "o processo que permite capacitar a pessoa a aumentar o controle 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" (OMS, 1986). Raphael et al. (1996) sugerem que a qualidade de vida pode ser vista como um determinante da saúde bem como um produto de intervenções centradas na promoção da saúde.

A crescente ênfase em princípios da promoção da saúde nas áreas da reabilitação (Renwick, 1996) é visível no documento "Healthy people 2010" (USDHHS, 2000 cit. Sable, 2000) em que se assinala a preocupação e necessidade na promoção da saúde e prevenção de condições secundárias em pessoas com deficiência. Os objectivos específicos assinalados neste documento incluem a redução da proporção de indivíduos que descrevem sentimentos de tristeza, infelicidade, depressão; o aumento da proporção de indivíduos que participam em actividades sociais, o aumento da proporção de indivíduos que assinalam ter o suporte emocional necessário, o aumento de proporção de indivíduos que refere estar satisfeito com a sua saúde, o aumento da proporção de programas centrados na saúde e bem estar, a redução da proporção de indivíduos referindo a existência de barreiras envolvimentoais que impedem a participação em actividades em casa, na escola, no emprego e na comunidade. (USDHHS, 2000 cit. Sable, 2000).

Na perspectiva de Wilhite (1999) existe de facto uma tendência crescente de dirigir acções para pessoas com deficiência no domínio da saúde nas dimensões da prevenção de doenças ou incapacidades adicionais e ainda na promoção e melhoria da sua saúde (que inclui a promoção de uma variedade de comportamentos que o individuo pode utilizar para prevenir riscos na saúde, manter ou promover a saúde e facilitar a independência funcional). De assinalar a escassez de trabalhos que enquadrem estas dimensões de saúde, qualidade de vida e promoção da saúde em pessoas com deficiência.

O termo qualidade de vida faz-nos pensar no significado do termo qualidade como excelência associada a características, valores humanos positivos como a felicidade, o êxito, a riqueza, a satisfação ou a saúde e no termo vida como a essência dos aspectos da existência humana (Schalock, 2001). No fundo significa

que a qualidade de vida está associada a uma questão básica: O que contribui para uma vida de excelência? (Raphael et al., 1996).

A não consensualidade do termo deve-se ao facto de intrinsecamente pensarmos compreender claramente o significado do conceito, apesar deste diferir enormemente por pessoa, por grupo e por investigadores (Schalock, 1990; Dennis, Williams, Giangreco, & Cloninger, 1993; Brown, 1996). Uma das questões frequentemente assinalada diz respeito à implicação de factores objectivos ou subjectivos na definição e avaliação da qualidade de vida (Borthwick-Duffy, 1987; Dennis, Williams, Giangreco, & Cloninger, 1994; Felce & Perry, 1995; Felce, 1997).

O conceito de qualidade de vida aplicado a pessoas com deficiência tem vindo a ser referenciado a diversos níveis: na própria definição de deficiência (Susser, 1990; Post, De Witte & Schrijvers, 1999), na formulação de objectivos gerais da intervenção, na avaliação da intervenção e dos serviços dirigidos às pessoas com deficiência (Schalock, 1990; Brown, 1993, Brown, 1994; Schalock 1996), na defesa da participação, capacidade de decisão e autonomia de pessoas com deficiência.

A sua importância é defendida por este constituir um elemento sensibilizador, unificador das bases de referência dos diversos serviços. No ponto de vista do indivíduo interessa ainda realçar a noção que a qualidade de vida é o grau de coincidência entre o real e as expectativas, sendo de realçar a importância da experiência vivida que se reflecte na satisfação dos objectivos e sonhos de cada indivíduo (Matos, 1999).

Numa revisão da literatura sobre qualidade de vida e pessoas com ou sem deficiência foram assinaladas 44 definições distintas identificando-se um vasto conjunto de dimensões e componentes: bem estar psicológico, bem estar físico e material, relações sociais, emprego, autonomia, auto-determinação, escolha pessoal, competência pessoal, adaptação à comunidade, competências de vida independente, integração, aceitação social, estatuto social, ajustamento ecológico, desenvolvimento e realização pessoal, ambiente residencial, divertimento e lazer, normalização, indicadores demográficos, responsabilidade cívica e serviços recebidos (Hughes, Hwang, Kim &, Eisenman, 1995). Assinalam-se ainda factores ambientais (condições de trabalho, condições de vida, ambiente residencial, proximidade de serviços, características do pessoal de apoio) e factores pessoais (idade, sexo, rendimento, competência pessoal, ajustamento à comunidade,

competências de vida) identificados como estando relacionados com a qualidade de vida. (Hughes, Hwang, Kim &, Eisenman, 1995)

Stark (1996) assinala ainda que existe 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, as características de personalidade, as influências sócio-culturais, o funcionamento cognitivo e adaptativo bem como os níveis de suporte.

Schalock (2001) descreve também um conjunto de estudos que identificam os preditores significativos da qualidade de vida em pessoas com deficiência intelectual, destacando 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.

Âmbito do Estudo

Ao reconhecermos a importância de factores individuais, e contextuais na qualidade de vida de pessoas com deficiência pretendemos assim estudar o efeito destes nas vidas das pessoas com deficiência, nomeadamente na qualidade de vida e saúde de pessoas com deficiência física, intelectual ou sensorial em que existe um grau de incapacidade significativo.

O interesse por este tema vem da participação no Núcleo de Investigação "Aventura Social na Comunidade". Neste âmbito, desde 1994 surgiu uma parceria com o Departamento de Acção Sócio-Cultural da Câmara Municipal de Almada como objectivo de implementar um projecto designado Special Ludus, visando a promoção de oportunidades de lazer e recreação para pessoas com deficiência no Concelho de Almada (Lebre & Prudêncio, 2001). Da continuidade deste trabalho ao longo dos anos diversas questões se colocaram no sentido de melhor conhecer e compreender as pessoas com deficiência. Numa abordagem conceptual integradora

dos conceitos de saúde e qualidade de vida pretendeu-se assim conhecer os determinantes, factores e contextos associados a este grupo de pessoas tendo em consideração a especificidade de uma comunidade local. A extensão do estudo a conceitos de qualidade de vida, estilos de vida, saúde provém da teorização actual na qual os modelos apontam uma inter-relação entre os mesmos que nos pareceu ser importante investigar.

Surge então o denominado projecto “Aventura Social – Estudo sobre a Qualidade de Vida de Jovens e Adultos com Deficiência” com o objectivo de conhecer as percepções sobre a saúde e qualidade de vida das pessoas com deficiência. Esta abordagem, que consideramos uma ponte de conhecimentos, constituiu-se pela articulação com outros Projectos, Aventura social e Risco e Aventura Social e Saúde, centrados nos aspectos da saúde e qualidade de vida de diferentes grupos sociais, incluindo entre outros, o estudo *Health behaviour in School-aged children* que pretende estudar os comportamentos ligados à saúde, os estilos de vida e respectivos contextos dos jovens em idade escolar. (Matos et al., 1998; WHO, 2000).

Metodologia

Instrumentos de avaliação

Os instrumentos de avaliação consistiram num inquérito enviado aos potenciais participantes contendo questões retiradas do Questionário Nacional Health Behaviour of School-Aged Children (HBSC) inserido num estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde desenvolvido no Projecto Aventura Social & Saúde na Faculdade de Motricidade Humana, que pretendeu conhecer os comportamentos de saúde em Jovens Portugueses. Foram ainda utilizadas questões de tipo aberto que nos pareceram ser essenciais, para o estudo: “O que é para si ter uma boa qualidade de vida?” e “Se pudesse o que mudava no Concelho?” (ver anexo 1)

Foram utilizados 2 tipos de metodologia, para aplicação dos questionários: entrevista directa; envio dos questionários por correio. No caso dos questionários enviados por correio considerava-se a possibilidade dos mesmos serem preenchidos

e respondidos por outra pessoa, quando as incapacidades motoras, cognitivas ou sensoriais impediam o preenchimento pelo próprio.

Divulgação, sensibilização e solicitação para participar no estudo

A fase de divulgação, sensibilização e solicitação para participação neste estudo foi decorrendo durante o período experimental do projecto, tendo adoptado os seguintes procedimentos: Contacto com os serviços e instituições para um primeiro levantamento dos seus utentes e associados; Contacto dos serviços e instituições com os seus utentes e associados para conhecimento do estudo; Divulgação do estudo por panfletos; Divulgação do estudo por cartazes colocados no Concelho de Almada; Divulgação do estudo no Boletim Municipal de Almada; Divulgação do estudo num programa de rádio (Rádio Voz de Almada).

Identificação do universo de indivíduos potenciais para englobar o estudo

Consideraram-se como critérios de participação no estudo: envolver como participantes pessoas residentes no Concelho de Almada, com idades entre os 18 e os 16 e os 50 anos com deficiência: mental, motora e/ou sensorial.

O número de indivíduos com deficiência foi identificado pelos serviços e instituições locais segundo os critérios de elegibilidade do estudo, nomeadamente: Serviço Local de Acção Social de Almada - Serviço Sub - Regional de Setúbal do Centro Regional de Segurança Social de Lisboa e Vale do Tejo-CRSS; APD- Associação Portuguesa de Deficientes -Delegação de Almada; APPACDM-Centro de Formação Profissional da Quinta dos Inglesinhos da Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental de Lisboa; Cercisa-Cooperativa de Educação e Reabilitação de Crianças Inadaptadas do Seixal; AARF-Associação Almadense Rumo ao Futuro; CNAD-Cooperativa Nacional de apoio a deficientes-Delegação de Almada; ECAE-Equipa de Coordenação dos Apoios Educativos de Almada; IEFP-Centro de Emprego de Almada; Centro de Saúde de Almada; Centro de Saúde da Costa da Caparica; Centro de Saúde da Cova da Piedade; Externato Zazzo; ASMCA-Associação de Surdos do Concelho de Almada, AADV-Associação de Apoio ao Deficiente Visual de Almada; Externato Rumo ao Sucesso; Externato

ABC; Externato a Conchinha; Câmara Municipal de Almada. Apresentamos uma tabela com o número de potenciais participantes no estudo:

SERVIÇOS E INSTITUIÇÕES NACIONAIS	N.º POTENCIAL DE PARTICIPANTES
- A.P.D	71
- CNAD	17
- ADFA	46
- ACAPO	20
- APS	*
- CIDEF	30
SERVIÇOS E INSTITUIÇÕES DO CONCELHO	N.º DE POTENCIAIS PARTICIPANTES
- A.A.R.F	77
- APPACDM	47
- CERCISA	65
- ECAE	18
- IEFP	68
- C.R.S.S DE LISBOA E VALE DO TEJO	23
- HOSPITAL GARCIA DE ORTA	*
- CENTRO DE SAÚDE DE ALMADA	100
- CENTRO SAÚDE COSTA DA CAPARICA	265
- CENTRO SAÚDE DA COVA DA PIEDADE	215
- ASMCA	11
- AADVICA	10
- EXTERNATO RUMO AO SUCESSO	6

Quadro 1

*Dados não fornecidos

Resultados

No total obtiveram-se 174 respostas, porém devido aos critérios de elegibilidade para participação neste estudo, foram excluídos alguns indivíduos, considerando para a análise dos dados **158** indivíduos. Os questionários respondidos por outros que não a própria pessoa foram apenas incluídos para a análise dos dados descritivos.

Para os efeitos do presente artigo apresentamos os resultados da totalidade da amostra referindo somente alguns itens do questionário em virtude da extensão dos dados disponíveis.

A amostra deste estudo foi constituída na sua maioria por sujeitos com deficiência motora e mental, existindo uma predominância de indivíduos do sexo masculino e sendo o escalão etário 16-25 anos, o mais representado.

CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA POR TIPO DE DEFICIÊNCIA IDADES E SEXO (n=158)					
Tipo de Deficiência		Escalão Etário		Sexo	
Motora	40.5%				
Visual	7.0%	16 – 25	46.2%	Feminino	39.9%
Auditiva	5.1%	26 – 35	27.2%	Masculino	60.1%
Mental	36.7%	36 – 50	26.6%		
Outra	10.8%				

Quadro 2

Em relação à ocupação actual referida, a maior parte dos inquiridos assinalou trabalhar por conta de outrém, ou estudar em escolas de ensino especial (quadro 3).

OCUPAÇÃO ACTUAL (n=150)	
Estudante (ensino regular)	10.0%
Estudante (ensino especial)	22.7%
Emprego por conta própria	0.7%
Emprego por conta de outrém	23.3%
Trabalha sem receber remuneração	1.3%
Reformado ou aposentado	4.7%
Pensão de Velhice ou Sobrevivência	7.3%
Desempregado	8.7%
Outra	21.3%

Quadro 3

Em relação à zona residencial dos indivíduos, a maioria afirmou residir na freguesia de Cova da Piedade, e nas freguesias de Almada, Costa da Caparica e Laranjeiro (quadro 8). Cerca de 1/3 da amostra habitava numa zona antiga (quadro 4).

RESIDÊNCIA			
Freguesia (n=153)		Onde vive (n=143)	
Almada	11.1%		
Cacilhas	5.9%		
Caparica	7.8%	Bairro degradado	4.9%
Charneca da Caparica	9.2%	Bairro Social ou Operário	14.7%
Pragal	9.2%	Zona Antiga	33.6%
Costa da Caparica	11.1%	Bairro novo com boas casas	24.5%
Cova da Piedade	12.4%	Outra	22.4%
Feijó	6.5%		
Laranjeiro	11.1%		
Sobreda	10.5%		
Trafaria	2.0%		
Outra	3.3%		

Quadro 4

Quase 50% dos inquiridos assinalou não frequentar a escola nem se encontrar inserido numa instituição (quadro 5).

ESCOLA/INSTITUIÇÃO QUE FREQUENTA (n=154)			
Não frequenta	48.1%	Assoc. A. Rumo Futuro	7.1%
E.B 2+3 Costa Caparica	1.3%	APPACDM (Qtª Inglesinhos)	6.5%
E.B 2+3 Alembrança	2.6%	CERCISA	4.5%
Escola Sec. Anselmo Andrade	0.6%	Externato A.B.C	9.7%
Escola Sec. António Gedeão	1.9%	Externato Rumo ao Sucesso	2.6%
Escola Sec. Emídio Navarro	0.6%	Externato Zazzo	8.4%
Escola Sec. Sobreda	1.9%	Outras	3.9%

Quadro 5

A grande maioria dos inquiridos referiu não ser associado nem utente de nenhuma associação/instituição (quadro 6).

ASSOCIADO/UTENTE DE...(n=120)

ACAPO	5.0%	ASMCA (Associação de Surdos	0.8%
ADFA (Associação dos Deficientes das Forças Armadas)	0.8%	Mudos do Concelho de Almada)	
APD (Associação Portuguesa de Deficientes)	15.0%	CNAD (Cooperativa Nacional de Apoio ao Deficiente)	2.5%
APS (Associação Portuguesa de Surdos)	0.8%	Nenhuma	
		Outras	69.2%
			5.8%

Quadro 6

A satisfação com a escola ou emprego considerada como um construto de bem-estar subjectivo que contribui para o bem-estar global e qualidade de vida, reflecte respostas emocionais imediatas. Mais de metade da amostra revelava gostar muito da escola/emprego (quadro 7).

SENTIMENTO PELA ESCOLA/EMPREGO (n=125)

Gosto muito	60.0%
Gosto um pouco	31.2%
Não gosto muito	4.0%
Não gosto nada	4.8%

Quadro 7

Sobre as expectativas futuras referidas pelos sujeitos aproximadamente, metade da amostra, afirmou que gostaria de arranjar um emprego (quadro 8).

EXPECTATIVAS FUTURAS (n=122)

Continuar a estudar (universidade/instituto)	11.5%
Continuar a estudar (curso técnico/profissional)	7.4%
Formação profissional/negócio	13,1%
Arranjar emprego	49.2%
Ficar desempregado	1,6%
Outra situação	17,2%

Quadro 8

Em relação à percepção da saúde mais de metade da amostra referiu sentir-se saudável (quadro 9).

SAÚDE (n=145)	
Muito Saudável	20.0%
Saudável	53.8%
Pouco Saudável	26.2%

Quadro 9

Em relação à qualidade de vida a maioria dos inquiridos considerou que a sua qualidade de vida é “nem boa, nem má” (quadro 10).

QUALIDADE DE VIDA (n=137)	
Muito má	2.2%
Má	8.0%
Nem boa, nem má	43.1%
Boa	35.0%
Muito Boa	11.7%

Quadro 10

A questão relativa à satisfação pessoal de cada indivíduo com os diversos serviços existentes no Concelho, como se pode ver pelos dados do quadro 11, a maioria dos inquiridos afirmou sentir-se satisfeito com os diversos serviços existentes no Concelho.

SERVIÇOS NO CONCELHO (n=133)	
Muito insatisfeito	5.3%
Insatisfeito	15.0%
Nem satisfeito, nem insatisfeito	29.3%
Satisfeito	35.3%
Muito satisfeito	15.0%

Quadro 11

Na questão “O que é para si uma Boa Qualidade de Vida?”, à qual responderam **115** pessoas, as respostas obtidas foram agrupadas em dimensões. Na questão “Se pudesse o que mudava no Concelho?” foi realizado o mesmo procedimento, tendo respondido a esta questão **102** pessoas.

As dimensões referidas como sendo indicadoras duma boa qualidade de vida foram:

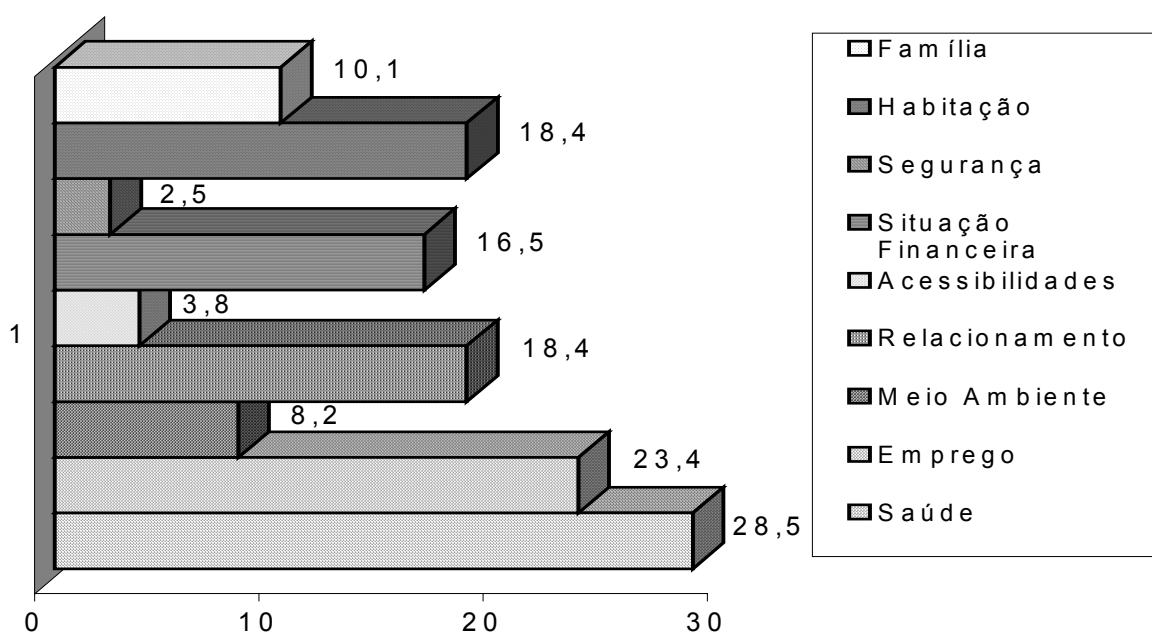
BOA QUALIDADE DE VIDA	
• ACESSIBILIDADES	• LAZER
• EMPREGO	• MEIO AMBIENTE
• FAMÍLIA	• RELACIONAMENTO INTERPESSOAL
• FELICIDADE	• SAÚDE
• HABITAÇÃO	• SEGURANÇA
• INTEGRAÇÃO SOCIAL	• SITUAÇÃO FINANCEIRA

Quadro 12

Como nos é possível observar pelo gráfico (gráfico 1), as dimensões mais referidas como sendo indicadoras duma boa qualidade de vida são:

- a saúde, com 28,5% de referências;
- o emprego, com 23,4% de referências;
- o relacionamento interpessoal, com 18,4% de referências, e
- a habitação, com 18,4% de referências.

Gráfico 1



O quadro seguinte fornece-nos as percentagens relativamente às dimensões mais referidas como indicadores de boa qualidade de vida, por tipo de deficiência.

	Saúde (n=43)	Emprego (n=37)	Habitação (n=29)	Relac. Interpessoal (n=29)
Deficiência Motora	44,4%	51,4%	34,5%	27,6%
Deficiência Mental	26,7%	21,6%	31,0%	48,3%
Deficiência Auditiva	4,4%	5,4%	3,4%	3,4%
Deficiência Visual	4,4%	10,8%	20,7%	17,2%
Outras	3,8%	10,8%	10,3%	3,4%

Quadro 13

Em relação ao tipo de deficiência, é possível observar que:

- a dimensão mais referida pelas pessoas com deficiência motora como relevante para a sua qualidade de vida é o emprego
- a dimensão mais referida pelas pessoas com deficiência mental como relevante para a sua qualidade de vida é o relacionamento interpessoal

- as dimensões mais referidas pelas pessoas com deficiência auditiva como relevantes para a sua qualidade de vida são a: saúde e o emprego
- a dimensão mais referida pelas pessoas com deficiência visual como relevante para a sua qualidade de vida é a habitação
- a dimensão mais referida pelas pessoas com outro tipo de deficiência como relevante para a sua qualidade de vida é o emprego

As dimensões apontadas pelos 102 questionados sobre o que mudariam no Concelho, foram as seguintes:

MUDANÇAS NO CONCELHO	
• APOIO INSTITUCIONAL	• MEIO AMBIENTE
• BARREIRAS ARQUITECTÓNICAS	• MEIOS DE TRANSPORTE
• EMPREGO	• SAÚDE
• ESPAÇOS DE LAZER	• SEGURANÇA
	• URBANISMO

Quadro 14

Como nos é possível observar no gráfico seguinte (gráfico 2), as dimensões mais referidas como algo que mudariam no concelho são:

- as barreiras arquitectónicas com 16,5% de referências;
- o urbanismo com 13,9% de referências;
- os transportes com 12% de referências, e
- o ambiente com 11,4% de referências.

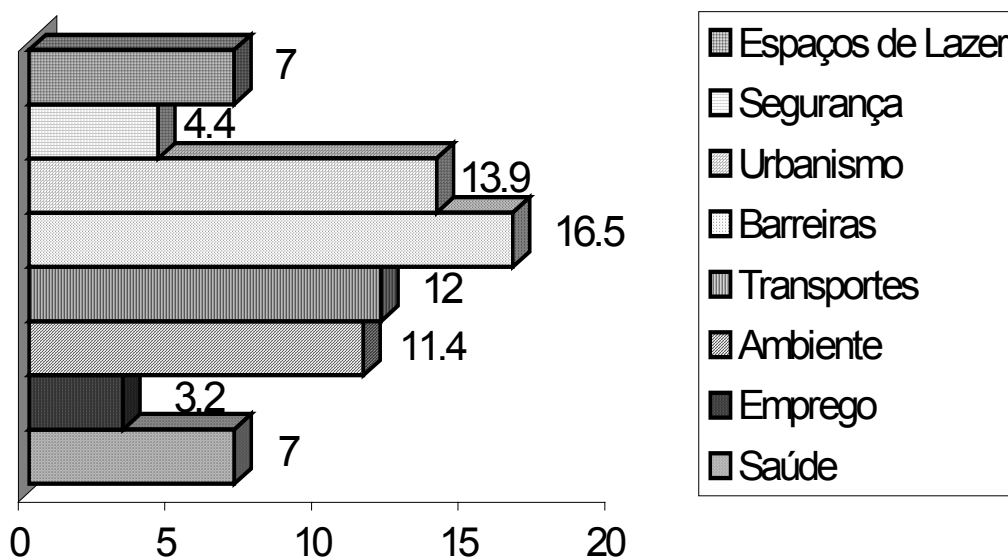


Gráfico 2

A tabela seguinte fornece-nos as percentagens relativamente às dimensões mais referidas como aquilo que é considerado importante mudar no Concelho, por tipo de deficiência.

	Barreiras (n=26)	Urbanismo (n=22)	Transportes (n=19)	Ambiente (n=18)
Deficiência Motora	65,4%	40,9%	47,4%	33,3%
Deficiência Mental	0%	31,8%	15,8%	44,4%
Deficiência Auditiva	11,5%	9,1%	5,3%	5,6%
Deficiência Visual	15,4%	13,6%	15,8%	5,6%
Outras	7,7%	4,5%	15,8%	11,1%

Quadro 15

Em relação ao tipo de deficiência, é possível observar que:

- a dimensão mais referida pelas pessoas com deficiência motora como algo a mudar no Concelho são as barreiras arquitectónicas
- a dimensão mais referida pelas pessoas com deficiência mental como algo a mudar no Concelho é o meio ambiente

- as dimensões mais referidas pelas pessoas com deficiência auditiva como algo a mudar no Concelho são as barreiras arquitectónicas
- a dimensão mais referida pelas pessoas com deficiência visual como algo a mudar no Concelho são os transportes
- a dimensão mais referida pelas pessoas com outro tipo de deficiência como algo a mudar no Concelho são os transportes

Considerações finais

Pretendeu-se que este estudo contribuisse para um conhecimento mais alargado das variáveis psico-sociais e estruturais que se relacionam com as vidas das pessoas com deficiência que residem no Concelho de Almada, assegurando que os resultados, apesar de não serem representativos da população com deficiência ilustrassem alguns aspectos considerados relevantes. Lamentavelmente, a adesão dos potenciais participantes foi reduzida, eventualmente devido à metodologia adoptada (envio por correio e solicitação de devolução de questionários) não ser uma prática frequente em estudos deste tipo. Porém, considerou-se fundamental assegurar as questões éticas de confidencialidade da participação a todos os participantes, facto que na nossa opinião contribuiu para o número pouco significativo de respostas em relação às estimativas de população com deficiência residente no concelho de Almada.

Com este trabalho pretendeu-se, assim explorar os comportamentos relacionados com a saúde e qualidade de vida das pessoas com deficiência e dos factores associados aos contextos comunitários, de forma a construir um corpo de conhecimento que permitisse encontrar indicadores para adicionar a um diagnóstico local de uma comunidade e futuras formas de intervenção.

De uma forma geral a percepção das pessoas inquiridas face à sua saúde e qualidade de vida apresenta-se em níveis medianos sendo que as dimensões mais assinaladas como constituintes de uma boa qualidade de vida são a saúde, emprego habitação e relacionamento interpessoal. De entre as principais áreas consideradas problemáticas as barreiras físicas, o urbanismo, os transportes e o meio ambiente foram as mais assinaladas registando-se que em grande parte os aspectos são semelhantes às expectativas da população em geral.

Referências bibliográficas

- A.J.H.P. (1989). Editorial. *American Journal of Health Promotion*, 3(3), 5.
- Barton L. (1993). The struggle for citizenship: the case of disabled people. *Disability, Handicap & Society*, (8), 235-248
- Borthwick-Duffy, S. A. (1987). Quality of life of mentally retarded people: Development of a model. *Dissertation Abstracts International. Vol 47*.
- Borthwick-Duffy, S. A. (1992). Quality of life and quality of care in mental retardation. In Rowitz (Ed.), *Mental retardation in the year 2000* (pp. 52-66). Berlin: Springer Verlag.
- Brown I., Renwick R., & Raphael, D. (1997). *Quality of life Instrument package for adults with developmental disabilities*. Toronto: Centre for Health Promotion, University of Toronto.
- 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, 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, I. (1994) Promoting Quality within service delivery systems. *Journal on Developmental Disabilities*, 3(2), i-iv.
- Brown, R. I., Bayer, M. B., & Brown, P. M. (1988). Quality of life: A challenge for rehabilitation agencies. *Australia & New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 14(3-4), 189-199.
- Brown, J. P. McGee, H.; Boyle, C.A. (1997). Conceptual approaches to the assessment of quality of life. *Psychology and health*, 12, 77-751.
- CET/ISCTE. (2001). *Síntese do pré-diagnóstico Local .Rede Social - Programa de Implementação no Concelho de Almada*. Almada: CET/ISCTE. (Não Publicado).
- Consejo de Municipios y Regiones de Europa (1995). *A cidade e as pessoas com deficiência*. Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona.
- Dennis, R., Williams, W., Giangreco, M., & 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 evaluación de servicios para personas con discapacidad. *Siglo Cero*, 25(5), 5-16.
- 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.
- 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.
- Lebre, P., & Prudêncio, E. (2001). *Promoviendo el ocio y la recreación de personas con discapacidad en la comunidad*. Poster presented at the Apoyos, Autodeterminación y Calidad de vida, Salamanca.

- Matos, M., Simões, C., Carvalhosa, S., Reis, C., & Canha, L. (1998). *A saúde dos adolescentes portugueses*. Lisboa: FMH/PEPT.
- Matos, M. G., Simões, C., Canha, L. . (1999). Saúde e estilos de vida em jovens portugueses em idade escolar. In. Sardinha, I. Loureiro (Ed.), *Promoção da saúde: modelos e práticas de intervenção no âmbito da actividade física, nutrição e tabagismo* . Lisboa: FMH.
- Oliver, N., Holloway, F., & Carson, J. (1995). Deconstructing quality of life. *Journal of Mental Health (Uk)*, 4(1), 1-4.
- Organização Mundial de Saúde. (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- 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.
- 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. Renwick, I. Brown & M. Nagler (Eds.), *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 lifes 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.
- Renwick, R. F., S. (1996). Quality of life and rehabilitation. In R. B. Renwick, I.; Nagler,M. (Ed.), *Quality of life in Health Promotion and Rehabilitation: Conceptual appraoches, issues and applications* (pp. 26-38). Thousand Oaks,MA: Sage.
- Renwick, R., Brown, I., Rootman, I., & Nagler, M. (1996). Conceptualizarion, 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.
- 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
- Schalock, R.L. (1990) 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.
- Schalok, R. L. (1996a). Reconsidering the conceptualization and measurement of quality of life. In R. L. Schalock (Ed.), *Quality of life Vol1: Its Conceptualization Measurement and use..* Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation.

- Schalock, R. L. (Ed.) (1996b). *Quality of life Vol1: Conceptualization Measurement and use*. Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation.
- Schalock,R.L. (1996c) Quality of life and quality assurance. In Renwick R.; Brwon,I.; Nagler,M. (Eds.) *Quality of life in Health Promotion and Rehabilitation. Conceptual Approaches, Issues, and Applications*. Thousand Oaks,CA: Sage.
- 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.
- SNR (Ed.). (1996). *Inquérito Nacional às Incapacidades, Deficiências e Desvantagens*. Lisboa: SNR.
- Stark, J. F., E. (1996). Quality of life across the life span. In R. L. Schalock (Ed.), *Quality of Life: Conceptualization and measurement* (Vol. 1, pp. 23-32). Washington DC: American Association on Mental Retardation.
- Susser, M. (1990). Disease, illness, sickness; impairment, disability and handicap [editorial]. *Psychol Med*, 20(3), 471-3.
- United Nations (1999). *The UN and persons with disabilities*. Division for social policy and development .
- WHO. (1993). *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. (2000). *Health and Health Behaviour among Young People*. Denmark: WHO.
- Wilhitle, B. (1999). Optimizing lifelong Health and Well-being: A Health enhancing model of therapeutic recreation. *Therapeutic Recreation Journal*, 33(2), 98-108.
- Wright, B. (1983). *Physical Disability A Psychosocial Approach*. (2nd ed.). New york: Harper Collins.

Anexo 1

Exemplos de dimensões de análise

DIMENSÃO O que é uma boa qualidade de vida?	EXEMPLOS
• ACESSIBILIDADES	<i>Melhores acessos a determinados locais, ter uma casa sem barreiras arquitetónicas; poder ir a todo o lado;...</i>
▪ EMPREGO	<i>Arranjar emprego; ter um emprego adequado; ter um emprego que se goste; ter um emprego seguro; trabalhar; darem uma oportunidade de trabalho; ter acesso a emprego...</i>
▪ FAMÍLIA	<i>Estar bem com a família; bom ambiente familiar; bom relacionamento familiar, liberdade para gozar de tudo com a família...</i>
▪ HABITAÇÃO	<i>Ter uma casa; ter uma casa em condições; ter uma boa casa; ter habitação própria; morar numa vivenda; ter uma casa maior com quarto para dormir...</i>
• MEIO AMBIENTE	<i>Ambiente menos ruidoso e mais respirável; boas condições ambientais; bom ambiente; viver fora de zonas degradadas e sujas; o ambiente que me rodeia ser calmo...</i>
• RELACIONAMENTO INTERPESSOAL	<i>Gostaria de conseguir ter amigos; ter bons amigos; viver um grande amor; ter um namorado; ter amor, amizade e carinho de alguém próximo, arranjar uma mulher e casar...</i>
▪ SAÚDE	<i>Ter poucos problemas de saúde; ser saudável ter um bom sistema de saúde; ter melhores serviços de saúde; ter uma boa saúde; ter mais saúde; ter um pouco de saúde...</i>
▪ SEGURANÇA	<i>Poder-se sentir seguro na comunidade onde se vive, poder andar na rua sem medo que alguém nos assalte ou agrida;</i>
▪ SITUAÇÃO FINANCEIRA	<i>Ganhar dinheiro; ter estabilidade financeira; ter uma situação financeira segura; ter algum dinheiro; ser muito rico...</i>

DIMENSÃO O que mudaria no Concelho de Almada	EXEMPLOS
• BARREIRAS ARQUITECTÓNICAS	<i>Colocava um elevador num prédio; mais acessos para os deficientes...</i>
▪ EMPREGO	<i>Mais trabalho; dar emprego aos deficientes; mais oferta de trabalho; criar condições de trabalho (novas estruturas e incentivos)...</i>
▪ ESPAÇOS DE LAZER	<i>Mais recintos para jovens; centros de convívio; espaços para as crianças brincarem à vontade; mais divertimentos nocturnos para os jovens...</i>
▪ MEIO AMBIENTE	<i>Os jardins estarem limpos; haver mais caixotes de lixo; a poluição; maior limpeza dos espaços verdes...</i>
• MEIOS DE TRANSPORTE	<i>Os horários dos transportes; acesso aos transportes; aumentar a qualidade e quantidade dos transportes públicos...</i>
• SAÚDE	<i>Maior qualidade de serviços de saúde; os centros de saúde abertos em horários que sirvam as pessoas que trabalham; atendimento médico...</i>
▪ SEGURANÇA	<i>Mais polícias; mais segurança; mais apoio policial...</i>
▪ URBANISMO	<i>A ordenação urbanística; fazer mais passeios; melhorar o trânsito automóvel; mais parques de estacionamento; menos automóveis a circular no centro das cidades...</i>