

1120

DM
GRAN/M11

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

em associação com

UNIVERSITÉ DE PROVENCE

MESTRADO EM PSICOLOGIA EDUCACIONAL

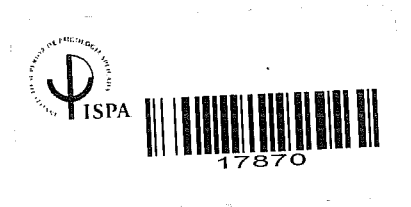
DISSERTAÇÃO

**AUTO-CONCEITO E AUTO-ESTIMA DOS ADULTOS COM
PARALISIA CEREBRAL EM CONTEXTOS DE INTERACÇÃO
DIFERENCIADA**

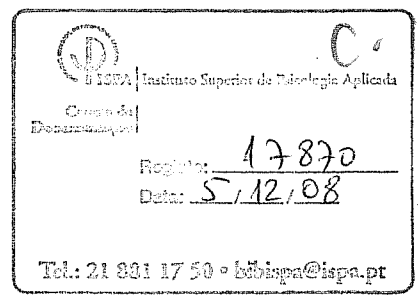
Manuel Granjo

ORIENTADORA:

Professora Doutora Glória Ramalho



Lisboa, 2008



" Nós acabamos por ser o que os outros querem." **Platão**

"A igualdade, em termos morais, significa o seguinte: as coisas semelhantes devem ser tratadas de maneira idêntica e as coisas desiguais, de forma diferente, proporcionalmente à sua diferença."

Aristóteles

"O Homem é do tamanho do seu sonho..." **Fernando Pessoa**

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	4
INTRODUÇÃO	5
I. ENQUADRAMENTO TEMÁTICO.....	9
1. A deficiência	9
1. 1 Perspectiva diacrónica da deficiência	9
1. 2 O novo paradigma da deficiência.....	17
2. A Paralisia Cerebral	26
2. 1 O adulto com paralisia cerebral.....	34
2. 1. 1 A Formação profissional.....	36
2. 1. 2 A Integração laboral.....	40
2. 1. 3 O Apoio residencial	45
3. Comportamento inter-pessoal. O auto-conceito e a auto-estima.	50
3. 1 O auto-conceito a partir das diferentes teorias psicológicas.....	50
3. 2 Panorâmica actual na investigação do auto-conceito	57
II. A PROBLEMÁTICA.....	71
III. MÉTODO	89
1. A população.....	89
2. Os contextos de interacção	91
3. A amostra.....	107
4. A avaliação do auto-conceito e da auto-estima.....	110
5. A recolha dos dados	115
6. O tratamento dos dados.....	117
IV. ANÁLISE DOS RESULTADOS	119
V. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	133
VI. BIBLIOGRAFIA.....	142
VII. ANEXOS	159

“Cada um que passa em nossa vida, passa sozinho,
pois cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra.
Cada um que passa em nossa vida, passa sozinho, mas não vai só
nem nos deixa sós.
Leva um pouco de nós mesmos” **Antoine de Saint - Exupéry**

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos as pessoas com paralisia cerebral que possibilitaram a realização deste estudo, assim como a todas as pessoas que dedicam a sua vida e saber no apoio concreto a estes cidadãos, ajudando-os a procurar um lugar neste mundo cada vez mais competitivo, em especial às do Centro Nuno Belmar da Costa, da Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral-Núcleo Regional do Sul e do Centro de Formação Profissional do Centro de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian.

Ao Professor Doutor Frederico Pereira, que orientou numa primeira fase este trabalho, o meu muito obrigado pela compreensão, muitas vezes expressa em sábios conselhos e orientações.

O meu sentido agradecimento para o Professor Doutor Francisco Peixoto, pela disponibilidade desinteressada em atender-me e pelas suas preciosas sugestões bibliográficas.

Uma palavra muito especial de agradecimento à Professora Doutora Glória Ramalho, por me ter acompanhado com tanta generosidade no tratamento estatístico dos dados, na primeira fase, e, em especial, por ter aceite orientar e acompanhar esta dissertação na parte final.

INTRODUÇÃO

O objectivo deste estudo é investigar o auto-conceito e a auto-estima numa amostra de adultos com paralisia cerebral e numa relação com os seus contextos de referência; centro residencial, centro de formação profissional e integração laboral.

Foi a curiosidade despoletada no âmbito da minha actividade profissional, que envolve trabalho próximo com pessoas com paralisia cerebral, a primeira das razões que me levaram a optar por esta temática.

A segunda, por o tema se poder integrar na linha de investigações que têm sido realizadas no Instituto Superior de Psicologia Aplicada e assim poder ter cabimento no âmbito do mestrado em psicologia educacional.

E, finalmente, porque não dizê-lo, pela simpatia que tenho pelos adultos com paralisia cerebral e pelos modelos teóricos do auto-conceito e auto-estima, mau grado a escassez de trabalhos no que concerne ao relacionamento destas variáveis, o que, sendo um risco, não deixou de constituir um desafio na tentativa de conhecer algo de novo.

O estudo do auto-conceito representa uma das áreas mais antigas de investigação nas ciências sociais e continua na actualidade a interessar muitos profissionais das ciências humanas.

Esse interesse não se tem limitado apenas a uma disciplina concreta, mas tem motivado investigadores com diferentes perspectivas filosóficas, psicológicas, sociológicas e educacionais.

O interesse pelo *Self* como um construto psicológico tem sido renovado e redefinido nas últimas duas décadas. Conceitos como auto-estima, auto-imagem, e competências percebidas assumem centralidade em várias formulações teóricas que emergem das teorias da personalidade, das teorias da aprendizagem social, da cognição social e das teorias da motivação.

Para realçar a sua importância, recordamos a relevância que têm estes conceitos na psicologia humanista contemporânea para autores como Maslow e Rogers, sobejamente conhecidos, os quais centram a sua obra na necessidade de auto-estima como necessidade básica enraizada na mesma natureza humana e cuja potencialização condiciona o desenvolvimento humano.

Coimbra de Matos (2006), proeminente psicanalista, dissertando sobre a importância da auto-estima para o desenvolvimento equilibrado do sujeito, refere que uma regular, sólida e resiliente auto-estima é o melhor passaporte para a vida de um ser humano. Acrescenta ainda que a evolução natural, normal e sanígena se processa na seguinte sequência: *ser amado – amar-se a si mesmo – amar o outro*. Termina extraindo a seguinte regra para a qual entende não haver excepção – *só pode amar e amar-se quem foi amado*.

O conhecimento da própria identidade permite explorar o passado, as potencialidades do futuro e o lugar que cada um ocupa na organização do universo. Exerce ainda influência na escolha de condutas e nas expectativas da vida.

As investigações sugerem que as auto-percepções e concepções de si próprio têm uma grande influência na natureza das relações que os indivíduos mantêm com as outras pessoas, o tipo de condutas e tarefas em que se comprometem e como se percebem a si próprios.

Deparamo-nos frequentemente na nossa prática profissional com ideias erradas acerca da pessoa com deficiência, o que leva a conflitos devido à confluência de representações contraditórias dos agentes envolvidos e levando, por vezes, a atitudes inadequadas face à pessoa com deficiência. Daí que entendamos que o desenvolvimento e aprofundamento do estudo de auto-conceito e da auto-estima na população com paralisia cerebral possa ter no futuro implicações positivas, não só na atitude a ter face a essas pessoas, mas também nas próprias implicações para a prática profissional.

Na primeira parte deste trabalho fazemos o enquadramento temático, partindo do conceito geral de deficiência e sua problemática, no passado e no presente, da definição de paralisia cerebral e das grandes questões que se colocam a esta população, nos âmbitos do apoio residencial, na formação profissional e na integração laboral.

De seguida, apresentamos de forma sucinta os principais enfoques e teorias sobre o auto-conceito, debruçando-nos mais extensamente nos modelos que se apoiam em estudos empíricos.

Na segunda parte, apresentamos a problemática tentando confrontar as diferentes perspectivas em relação à formação e estabilização do auto-conceito e auto-estima na pessoa com deficiência motora, equacionamos o nosso objecto de estudo e levantamos as questões que pretendemos estudar.

Na parte do método, terceira parte, descrevemos a população em estudo, os seus contextos de interacção, os instrumentos usados na recolha dos dados, caracterizamos a amostra e identificamos os métodos estatísticos utilizados.

Na quarta parte, fazemos a análise dos dados, dos quais partimos para a discussão e apresentação dos aspectos que nos parecem mais relevantes deste estudo e que constituirão a quinta parte, sem deixar de apontar alguns desenvolvimentos possíveis para este estudo.

I. ENQUADRAMENTO TEMÁTICO

1. A deficiência

1.1 Perspectiva diacrónica da deficiência

A forma como a deficiência tem sido encarada, os sentimentos que desperta e as representações a ela associadas, tem variado de forma muito significativa ao longo da história.

As pessoas com deficiência já foram representadas como algo de monstruoso, o que as levava à morte ou ao abandono, ou, contrariamente, como sendo possuídas de um dom, de um estatuto divino.

A fase de rejeição explícita

Na antiguidade, quem nascia com uma deficiência era considerado um objecto de maldição, de repulsa, ou como sendo possuidor de poderes sobrenaturais.

Na Roma antiga, as crianças eram abandonadas nas margens do rio Tibre. Na Grécia, as pessoas com deficiência eram afastadas de qualquer participação social, na medida em que o culto do corpo era extraordinariamente valorizado.

É frequente dizer-se que o Egípto as divinizava, enquanto as cidades gregas as faziam desaparecer. Era tarefa dos mais velhos, em Esparta, atirar as crianças com malformações congénitas do monte Taygetos, após constatarem qualquer tipo de deficiência, o que não trazia nenhum constrangimento, na medida em que essas crianças eram propriedade do estado.

Paradoxalmente, houve imperadores com deficiência física e ou sensorial. Homero, por exemplo, era cego.

Misés (1975), cita Platão (427-347 a. C), em *A República*, e Séneca, que se exprimiam, respectivamente, da seguinte forma: «Quanto aos filhos dos sujeitos sem valor e aos que forem mal constituídos de nascença, as autoridades os esconderão, como convém, num lugar secreto que não deve ser divulgado»; «Nós matamos os cães danados, os touros ferozes, asfixiamos os recém-nascidos mal constituídos. Mesmos as crianças, se forem débeis ou anormais, nós as afogamos. Não se trata de ódio, mas da razão que nos convida a separar das partes sãs aquelas que podem corrompê-las «(DE IRA, I, XV)». Se por um lado, em Platão, o deficiente é considerado como alguém que necessita de cuidados, impondo sacrifícios à família a troco de nada, por outro lado, os comentários de Séneca são por demais explícitos, ao enfatizar: «É necessário separar o bom do que não serve para nada».

Em Roma e Atenas, os detentores do poder condenavam à morte as pessoas com deficiência. A Lei das XII Tábuas ordenava o desaparecimento das crianças mal constituídas. Quando os pais demoravam a executá-la, a autoridade civil ou religiosa encarregava-se de o fazer.

Em Roma existia a prática pagã de mostrar publicamente os deficientes, para provar que a cólera dos deuses se manifestava através deles. Estas práticas

são herdadas dos gregos, alicerçadas na concepção de uma sociedade mitológica, de seres perfeitos, fortes e belos. O mito de Hefesto, que nasceu coxo e foi deitado fora pela mãe, é disso um bom exemplo.

Surge, nesta fase, um certo fanatismo religioso em que a deficiência é explicada pela intervenção dos deuses. Os pais e os filhos são culpados e punidos. A morte dos deficientes é um princípio e quem ousa protegê-los impede a vontade dos deuses.

Santo Agostinho (354-430), citado por Misés (1975), acredita que a criança com deficiência é um castigo de Deus.

Já São Tomás de Aquino, seiscentos anos mais tarde, refere que a *imbecilidade* não é um pecado mas sim uma espécie de demência natural, invertendo assim o problema.

Na e a partir da época medieval, foi atribuído ao pecado a origem da loucura e da possessão. Daí o aparecimento de peregrinações, às quais aderiam os loucos e os furiosos na esperança de uma cura divina.

A fase dos asilos e dos hospícios

A Idade Média é marcada por uma atitude de ambivalência em relação às pessoas com deficiência. Por um lado, segrega-os, ao misturá-los com os criminosos e com os possuídos pelo demónio. A anormalidade é obra do demónio e não de Deus. Por outro, surgem atitudes de piedade, de protecção e de super-valorização. Esta ambivalência tornou-se mais visível com o Cristianismo. Para o homem atingir o verdadeiro sentido da caridade deveria pôr a sua inteligência ao serviço dos menos dotados.

É neste contexto que emerge a denominada, por alguns, era dos asilos e dos hospícios.

As pessoas com deficiência eram colocadas em hospitais, um misto de prisão e instituição de caridade, para serem atendidas por pessoas muito caridosas e devotas.

No século XIII, Eduardo I de Inglaterra promulga um estatuto em que assume a responsabilidade das pessoas *idiotas*, a guarda da pessoa e dos bens, apenas com a condição de prestar contas aos herdeiros.

A repulsa causada pelos deficientes, de raiz pagã e hebraica, é disfarçada pela caridade cristã, uma atitude de piedade que traduz a culpabilidade e a reparação. Em «O Homem Medieval», Jacques le Goff, conclui isso mesmo: «A caridade para com os doentes andava a par com o medo de contágio e a aversão e desprezo para com os aleijados». Daí ser compreensível o esforço feito pelas autoridades para que a instituição «esmola» estivesse ao serviço das pessoas com deficiência. Tratava-se de protegê-los, mas fora do convívio dos normais. D. Afonso IV, numa circular de 1349, estabelece que a esmola deve ser para «os velhos e mancos e cegos e doentes e outros que não têm corpos para fazer nenhum serviço». Contudo, D. Duarte, em 1445, admite que os deficientes podem trabalhar e por isso não devem pedir esmola («posto que em alguma parte dos membros corporais seja minguidos, pero com toda essa minguá podem fazer algum mester ou obra de serviço»). Na Idade Média, o afastamento dos deficientes do trabalho não era uma forma de discriminação laboral, mas sim o seu afastamento do convívio social.

No século XIV, surgem manifestações valorativas em que o *idiota* não é só a expressão da cólera divina, do pecado a expiar, mas também a expressão de

algo sobrenatural. Trata-se de um mecanismo de reparação que faz do pobre de espírito aquele que aguarda a santidade.

Do Renascimento ao século XVIII, introduzem-se modificações mais subtis que se apelidam de perspectivas humanitárias.

À medida que a revolução humanitária encontra o seu expoente máximo na Revolução Francesa, regista-se uma mudança por oposição radical, sendo disso exemplo a libertação dos loucos de Pinel e a tentativa de distinguir o indivíduo com deficiência mental do louco (Perron, 1976). As atitudes filosóficas e antropológicas conjugaram-se numa perspectiva mais humanista da deficiência.

Aos deficientes é reconhecida a dimensão humana abrindo caminho a tentativas educacionais e ao surgimento de uma abordagem científica que surgirá no início do século XIX.

Montaigne, nos primórdios do Renascimento, dá ao atrasado mental o direito de cidadania.

No século XVIII, Vincente Moles, médico de Filipe IV de Espanha, propôs algo de inovador para a época, ao falar de uma classificação para a imbecilidade de acordo com a sua etiologia (causas «naturais» e «patológicas»).

As primeiras explicações científicas surgiram a partir da medicina. A ciência começou a questionar os dogmas religiosos. A deficiência passou a adquirir o estatuto de doença e as pessoas que sofriam de um infortúnio físico passaram a ser objecto de estudo das ciências médicas.

A história da abordagem científica dos deficientes e, em particular, as tentativas educativas, encetadas a partir desta altura, revelam atitudes humanitárias e românticas face à rejeição das pessoas com deficiência.

Do século XVIII ao século XIX não encontramos algo alusivo à marginalização ou integração dos deficientes em relação a Portugal.

As alusões reaparecem com a expressão dos movimentos dos trabalhadores. Depois de 1870, verifica-se o aparecimento das associações de socorros mútuos, cujo espírito de entreajuda é o mesmo das confrarias medievais, mas em que o princípio da caridade é substituído pelo da solidariedade, a qual se desenvolve no plano horizontal e pressupõe a reciprocidade.

A fase da reabilitação e da educação especial

Do século XIX até aos nossos dias, a abordagem científica pôs em evidência a necessidade de haver uma mudança de atitude face às pessoas com deficiência, daí a nossa ambivalência.

Na sociedade actual surgem instituições que distinguem as diferentes patologias no atendimento de pessoas com deficiência que, tal como na Idade Média, não são mais do que tentativas de reparação face à rejeição dos deficientes.

Contudo, a rejeição das pessoas com deficiência está pronta a manifestar-se de quando em vez.

Nietzsche, fascinado pela cultura grega antiga, faz, no seu livro o «*Anticristo*», a apologia do homem forte e advoga a eliminação dos fracos.

Passamos a citar: «Morram os fracos e os falhados: primeiro princípio do nosso amor pelos homens. E que os ajudem mesmo a desaparecer!».

Não podemos deixar de referir que estes princípios filosóficos tiveram aplicação prática no nazismo. Stefan Khl, em «The Nazi Connection», refere: «em nome da necessidade de defender a superioridade da raça alemã, milhares de elementos indignos de viver – pessoas com deficiências físicas ou mentais, ou de uma idade muito avançada – foram mortas».

A história da reabilitação dos deficientes é muito recente. Antes da segunda grande guerra mundial, o deficiente era visto como alguém que deveria andar mas de forma a gastar o menos possível de energia.

A partir de 1930-1940, a reabilitação dos deficientes é encarada de forma mais séria, muito por força e acção das próprias pessoas com deficiência, tendo em vista a sua reabilitação física e psíquica e, por outro lado, registam-se alterações significativas nas mentalidades, uma vez que a confrontação com os estropiados, mutilados da guerra, mas indivíduos úteis, obrigam a sociedade a perspectivar meios de reabilitação.

Até um passado muito recente, a intervenção terapêutica limitou-se a tratar o problema físico, ignorando as outras dimensões da pessoa.

Nos dias de hoje, conforme refere Gaudreau (1990), não faltam exemplos, na sociedade ocidental, tal como no passado, de acontecimentos catastróficos de toda espécie em que as pessoas com deficiência são abandonadas e gravemente negligenciadas pelos pais, assumindo as instituições educativas e sociais a responsabilidade pelo seu futuro.

A Igreja, através de João Paulo II, em 1993, reformula o conceito de caridade em termos próximos da solidariedade: «A caridade exige a generosidade, o bem-fazer e a correcção fraterna. É benevolente, suscita a reciprocidade, é desinteressada e liberal, é amizade e é comunhão».

Em Portugal, até à Revolução de 25 de Abril de 1974, a protecção ao cidadão com deficiência era praticamente inexistente. Passam a ser particularmente considerados com a aprovação, em 1976, da Constituição da República Portuguesa – art.º 71. Na revisão constitucional de 1989, ao artigo referido é acrescentado o ponto 3, responsabilizando-se o Estado por dar apoio às associações de deficientes.

Em síntese, podemos afirmar que a rejeição da pessoa com deficiência é marcante ao longo da história, surgindo na Idade Média atitudes de ambivalência: rejeição versus super - protecção. Verifica-se que estas atitudes ainda hoje subsistem em diversos domínios: nas reacções populares, nas posições e decisões dos poderes instituídos e nas relações da família com a sociedade.

Actualmente, a atitude caridosa dificilmente encobre a rejeição, mas a culpabilidade reparadora revela-se amiúde em diversos contextos.

Continua, portanto, na ordem do dia, a luta contra qualquer tipo de marginalização e pela plena integração das pessoas com deficiência na sociedade.

1. 2 O novo paradigma da deficiência

As condições de vida das pessoas com deficiência reflectem as políticas sócio-económicas e as representações sociais associadas à deficiência em cada período da história.

Algumas das atitudes discriminatórias, que ainda perduram nos dias de hoje, encontram a sua origem em crenças, superstições e teorias pseudo-científicas ancestrais que condicionaram de forma indelével a vida das pessoas com deficiência e o próprio conceito de deficiência.

O problema da deficiência não difere substancialmente das dificuldades vividas por outras minorias de origem étnica ou de género, a não ser na forma como as pessoas com deficiência e suas famílias vivem esse problema, sentido como sendo uma fatalidade e ao qual está frequentemente associado um certo sentimento de culpa.

Nas últimas décadas têm-se verificado profundas mudanças. Para este estado muito têm contribuído as diversas iniciativas de organizações internacionais a favor dos direitos humanos materializadas na luta contra a discriminação, na dignificação e valorização da pessoa com deficiência e da sua crescente participação, bem como na crescente consciência social e no progressivo avanço científico e tecnológico.

De particular relevância tem sido o papel desempenhado pelas Nações Unidas, Conselho da Europa e da União Europeia no reconhecimento e garantia dos direitos das pessoas com deficiência.

No âmbito da União Europeia, as questões sociais têm sido orientadas segundo três eixos fundamentais: o emprego, a coesão social e a política social, o que tem contribuído de forma significativa, através de orientações internacionais aplicáveis aos cidadãos com deficiência ou incapacidade, para a mudança de atitudes das famílias e da própria sociedade em relação às pessoas com deficiência.

Em Portugal tem-se feito um esforço no sentido de implementar o conjunto de princípios emanados dos principais documentos internacionais. Não se vislumbra, contudo, a necessidade de uma política exclusivamente dirigida às pessoas com deficiência.

Persiste ainda uma imagem desvalorizada das pessoas que vivem com algum tipo de limitação na sua actividade.

Os dados estatísticos disponíveis mostram que as pessoas com deficiência apresentam baixas taxas de escolaridade e de emprego, o que, para além de ser inaceitável, resulta num maior número de pessoas com deficiência a viver em situação de pobreza real em relação à população não deficiente.

A discriminação que as pessoas com deficiência enfrentam, para além de ser baseada em preconceitos, é muito frequentemente causada pelo facto de que a grande maioria das pessoas com deficiência são esquecidas e ignoradas, o que resulta na formação e perpetuação de barreiras físicas e de atitude que as impedem de participar plenamente na sociedade.

A forma como as sociedades estão organizadas leva a que as pessoas com deficiência não sejam capazes de usufruir plenamente dos seus direitos e a que

sejam socialmente excluídas. O pleno exercício dos seus direitos continua longe de ser uma realidade.

As formulações sociais e científicas tradicionais mais não têm feito do que contribuir para reforçar essa imagem, o que não deixa de constituir um verdadeiro paradoxo.

A Carta de Direitos Fundamentais, adoptada recentemente pela União Europeia, admite que para se conseguir a igualdade para pessoas com deficiência, o direito a não serem discriminadas deve ser complementado pelo direito a usufruírem de medidas que garantam a sua autonomia, inserção e participação na vida comunitária.

A identificação e a explicação da deficiência e da incapacidade têm sido na generalidade orientadas segundo três tipos de modelo: o modelo médico-assistencial, o modelo funcional ou de reabilitação e o modelo social, que passamos a descrever.

O Modelo Médico-Assistencial

Este modelo considera a deficiência com uma condição genética ou uma condição anómala que pode ser prevenida através de intervenção médica.

Nesta concepção, a responsabilidade social está limitada ao diagnóstico e ao tratamento, incluindo as intervenções médico-terapêuticas.

Trata-se de um enfoque limitativo, na medida em que as pessoas que não podem ser curadas são canalizadas para instituições ou centros de segregação, que se limitam a proporcionar a satisfação de necessidades básicas, restringindo-os ao pleno exercício dos seus direitos.

O Modelo Funcional ou de Reabilitação

Para este modelo a deficiência é um problema que deve ser «tratado». Os problemas experimentados pela pessoa com deficiência são o resultado da incapacidade funcional resultante da sua condição individual.

Para tratar desta incapacidade funcional desenvolveram-se os serviços de reabilitação para permitir ao indivíduo com deficiência ser socialmente funcional ou tão normal quanto possível.

Aqui a responsabilidade social passa por reduzir os efeitos negativos e pela promoção de serviços, não deixando de lhe estar subjacente um profundo sentido caritativo e redutor do custo social.

Nas últimas duas décadas, a tradição dos modelos teóricos de matriz médica, nos quais incluímos os descritos anteriormente, têm sido dominantes.

Este enfoque «médico-assistencial-reabilitatório» considera que as pessoas com deficiência devem ser protegidas, educadas em circunstâncias especiais, trabalhar e viver com pessoas da sua condição, já que desta maneira se sentiriam mais cómodas, evitando a competição e o mau trato por parte da população não deficiente.

Com a cobertura destes modelos estamos a pedir à pessoa com deficiência que se «cure» ou que seja o mais «normal» possível para estar preparada para participar na escola, no mercado de trabalho e na sociedade em geral.

Por outro lado, têm contribuído para que o objectivo principal da política da deficiência seja direccionado para a prestação de cuidados, para a promoção das capacidades destas pessoas para aprenderem a manusear a sua situação, numa lógica individualista.

É esta visão tradicional que tem continuado a privilegiar a construção de instituições adaptadas para fins residenciais, na área da educação, do trabalho e na promoção e investimentos em serviços e programas altamente especializados, mau grado a necessidade de intervenções especializadas, que em muito têm contribuído para uma maior autonomia das pessoas com deficiência.

É neste contexto que em Portugal, sobretudo a partir dos anos oitenta, emerge um novo quadro conceptual, como consequência de uma progressiva tomada de consciência das pessoas com deficiência da insuficiência das medidas políticas que lhes eram dedicadas, pois ainda persistem barreiras que as impedem de participar e de fazer livres escolhas.

A publicação da Lei n.º9/98 – Lei de Bases da Prevenção e Reabilitação Integração das Pessoas com Deficiência, que aprovou as bases da prevenção, habilitação, reabilitação e participação das pessoas com deficiência, em muito contribuiu para este statu quo, ao enunciar como objectivos a prevenção da deficiência, o tratamento, a reabilitação e a equiparação de oportunidades da pessoa com deficiência.

A Lei n.º 34/2004, de 18 de Agosto, veio dar cumprimento ao n.º 1 do artigo 71.º da Constituição da República Portuguesa que consagra o princípio da igualdade de todos os cidadãos, ao definir como grandes objectivos a promoção da igualdade de oportunidades na 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 de adopção de medidas à plena participação das pessoas com deficiência.

O Modelo Social

Ao contrário do modelo médico, o modelo social advoga que a deficiência é inerente à estrutura social, que na sociedade existe algo que devemos mudar, mais do que mudar algo que tem a ver com o indivíduo.

O modelo propõe que a deficiência é o resultado de factores ambientais e é a sociedade e não o indivíduo quem tem de disponibilizar os apoios e eliminar as barreiras visíveis e invisíveis que impedem a participação da pessoa com deficiência em todas as dimensões da sociedade.

Esta nova concepção evidencia que a incapacidade não é inerente às pessoas com deficiência, mas que está dentro de nós, que somos incapazes de identificar as nossas próprias barreiras perante elas. É necessário identificar as nossas próprias atitudes e o papel que desempenham a família, a escola e a sociedade neste processo.

É enfatizado, portanto, o papel do meio ambiente no processo que leva à incapacidade por via da existência de barreiras materiais e imateriais, muitas das quais criadas pelo ambiente social.

Ao reconhecer que a incapacidade não é inerente à pessoa, muda o enfoque da anomalia ou deficiência para a diferença.

Nesta perspectiva é posta em evidência a valorização da responsabilidade colectiva no respeito pelos direitos humanos, na medida que essas pessoas têm os mesmos direitos dos demais cidadãos, conforme estipula o primeiro artigo da

Declaração Universal dos Direitos Humanos – «Todos os seres humanos são livres e iguais em dignidade e direitos.»-rejeitando modelos estigmatizantes que em nada contribuem para a promoção de uma sociedade inclusiva.

A este reposicionamento não é alheio o reconhecimento dos direitos humanos que fizeram emergir a necessidade de uma mudança nas abordagens, provocando uma reorientação nas políticas no sentido de adaptar o meio circundante às características destas pessoas e não o contrário, como acontecia no passado em relação às pessoas com deficiência.

O modelo social, para além de questionar o modelo médico, baseado em classificações categoriais e em critérios estritamente médicos, sem tomar em consideração os factores externos ou ambientais, questiona também muitas das políticas restritivas de meados do século passado, materializadas na tipificação rígida de respostas sociais e nos procedimentos instituídos, que lhe estão associados e que ainda persistem.

A Organização Mundial de Saúde tem dado um enorme contributo na consolidação e operacionalidade de um novo quadro conceptual da funcionalidade e da incapacidade humana.

Ao iniciar, em 1993, a reformulação da «Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (ICIDH)» de 1980, alvo de muitas críticas por manter uma relação causal entre os referidos conceitos e desprezar os factores ambientais, veio dar origem a uma nova versão intitulada «Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)», aprovada na 54^a Assembleia Mundial de Saúde, em Maio de 2001, para ser adoptada por todos os Estados-Membros da União Europeia.

A anterior classificação definia deficiência como uma perda de substância ou alteração de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatómica; uma incapacidade corresponderia a uma redução (resultante de uma deficiência), parcial ou total, da capacidade de exercer uma actividade, dentro dos limites considerados normais para um ser humano; um handicap como uma desvantagem para um dado indivíduo, resultante de uma deficiência ou de uma incapacidade, que o limita e impede de desempenhar uma função considerada normal (em relação à idade, sexo e factores sócio-culturais).

A CIF reflecte um novo modelo de classificação multidimensional e interactivo que não classifica nem estabelece categorias para a pessoa, preocupando-se por interpretar as suas características, estruturas e funções do corpo, incluindo as funções psicológicas e a interacção da pessoa com o meio ambiente.

A CIF baseia-se na integração dos modelos descritos. Para a integração das várias perspectivas de funcionalidade, é utilizada uma abordagem “bio psicossocial”.

Em suma, procura fornecer uma visão coerente das diferentes perspectivas de saúde: biológica, individual e social.

Neste contexto, a incapacidade (disability) refere-se à disfuncionalidade no conjunto dos seus diferentes níveis: deficiências, limitações na actividade e restrições de participação.

Trata-se, portanto, de uma noção mais complexa e abrangente porque se refere ao estatuto funcional da pessoa expresso nos aspectos negativos da interacção do indivíduo com problemas de saúde e o seu meio físico e social,

deixando de referir-se apenas às limitações da pessoa resultante de uma deficiência, como acontecia na classificação de 1980.

A utilização do termo deficiência ao reportar-se a um estado da pessoa não é compatível com a CIF, na medida em que esta assenta numa premissa fundamental do modelo social, o reconhecimento da influência do meio ambiente como factor facilitador ou inibidor do desenvolvimento, funcionalidade e participação da pessoa com deficiência.

Espera-se que esta nova forma de abordar a problemática da «deficiência» influencie um novo entendimento das práticas relacionadas com a reabilitação e a inclusão social dessas pessoas. Inclusão social, entendida “como o processo pelo qual a sociedade se adapta para incluir, em seus sistemas sociais gerais, pessoas com necessidades especiais e, simultaneamente, estas se preparam para assumir os seus papéis na sociedade.

A inclusão social constitui, então, um processo bilateral no qual as pessoas, ainda excluídas, e a sociedade buscam, em parceria, equacionar problemas, decidir sobre soluções e efectivar a equiparação de oportunidades para todos” (Sasaki, 1997).

2. A Paralisia Cerebral

Definição do conceito

Em 1843, surge a primeira descrição efectuada por um médico cirurgião inglês, William John Little, que definiu a Paralisia Cerebral da forma que passamos a citar: «*On the incidence of abnormal parturition, difficult labour, premature birth and asphyxia neonatorum on the mental and physical condition of the child, especially in the relation to deformities*» (in França, 1994).

Após ter tido outras designações - encefalopatia infantil e esclerose cerebral infantil, é atribuída a Sigmund Freud, iminente neurologista, o termo Paralisia Cerebral Infantil (*Die Infantile Cerebral Lahmung*).

A *Internacional Societ of Cerebral Palsy*, em 1966, definiu-a como sendo «uma desordem permanente e não imutável da postura e do movimento, devido a um disfuncionamento do cérebro, antes do seu crescimento e do seu desenvolvimento estarem completos».

O *Comité Médical National d'Étude et de Traitement* (França), adoptou o termo *Infirmé Motrice d'Origine Cérébral*, na qual são incluídas todas as lesões cerebrais até aos seis anos de idade.

Podemos, então, definir a Paralisia Cerebral (PC) como uma «alteração do movimento e da postura causada por um processo patológico, não progressivo, no cérebro imaturo» (Aicardi & Bax, 1992 cit. In Gomes, 1998).

Atendendo à localização das lesões e às áreas do cérebro afectadas, a paralisia cerebral pode assumir uma diversidade de formas e a gravidade da deficiência pode ser variável.

A lesão é irreversível, uma vez que as células do tecido nervoso não são regeneráveis. Todavia a especialização das várias áreas cerebrais com determinadas funções tem de se compreender à luz do funcionamento sistémico do cérebro: as várias estruturas funcionam de forma integrada, implicando-se umas às outras na concretização das diferentes funções.

A função vicariante ou de suplência do cérebro faz com que, quando uma área lesionada deixa de exercer a sua função, uma outra área vizinha assume essa função perdida, se for precocemente estimulada. O cérebro funciona como um todo, de forma interactiva, caracterizando-se pela sua plasticidade.

Andrada (1989) refere que embora a paralisia cerebral não constitua, numa perspectiva clínica, um quadro específico e homogéneo, apresenta um aspecto comum, a existência de uma deficiência neurodesenvolvimental, que, afectando diversas áreas do desenvolvimento da criança, pode desencadear dificuldades específicas nas suas competências.

Assim, a pessoa que sofreu uma lesão cerebral, em grau mais ou menos severo, pode apresentar perturbações a vários níveis: motor, mental, da percepção (táctil, visual, auditiva), da linguagem, da atenção e da memória, as quais podem originar atrasos no desenvolvimento, dificuldades de aprendizagem e perturbações no comportamento.

Portanto, a criança com paralisia cerebral pode ficar prejudicada no seu desenvolvimento em virtude das disfunções causadas pelas lesões e por essas disfunções dificultarem a sua interacção com o meio ambiente, diminuindo as oportunidades de experiência, de aprendizagem e de desenvolvimento.

Etiologia

As causas da paralisia cerebral são muito complexas e de ordem multifactorial, podendo ocorrer em diferentes estádios do desenvolvimento. Trata-se quase sempre de factores exógenos ao cérebro da criança, muito embora em cerca de 7% dos casos as causas sejam desconhecidas.

Factores Pré-natais (50% dos casos)

O factores pré-natais acontecem quando a criança é pequena para o tempo de gestação ou quando surgem anomalias durante a gravidez - distúrbios metabólicos graves, por exemplo a diabetes, infecções do feto, hemorragias e anomalias a nível da placenta.

Factores Péri-natais (33% dos casos)

Estes factores ocorrem imediatamente antes, durante, ou após o parto, ou seja, desde o início do trabalho de parto até ao sétimo dia de vida. Destacando-se a anóxia, que é responsável por 40 a 50% das lesões que ocorrem nesta fase, a hiperbilirrubinémia, a prematuridade associada a hemorragia intra ventricular, a gravidez múltipla, os traumatismos mecânicos de parto e a placenta prévia.

Factores Pós-natais (10% dos casos)

Os factores pós-natais ocorrem desde o sétimo dia de vida até aos dois anos. Com maior incidência destacam-se as infecções do sistema nervoso central – meningites, hidrocefalia, tumores, encefalites, problemas metabólicos,

traumatismos crânio-encefálicos e a ingestão de substâncias tóxicas (p.e. chumbo).

Tipos

Como consequência da lesão das estruturas nervosas do Sistema Nervoso Central, relacionadas com as funções do aparelho motor e a predominância da formação nervosa atingida, podem aparecer os seguintes quadros clínicos:

Classificação Clínica

Espasticidade – é caracterizada por uma hipertonia permanente dos músculos e rigidez dos movimentos e resulta de uma lesão do sistema nervoso piramidal. Aparece em 70% dos casos, segundo a *American Academy of Cerebral Palsy*.

Atetose – é caracterizada por movimentos lentos, incontrolláveis e imprevisíveis, resulta de uma lesão no sistema extra-piramidal. Estima-se o seu aparecimento em 20% dos casos.

Ataxia – é caracterizada por perturbações do equilíbrio, incoordenação e tremor intencional. Surge em 8% dos casos com paralisia cerebral e resulta de uma lesão do cerebelo.

Mista – é devida a lesões múltiplas a criança apresenta mais do que um quadro clínico.

Atendendo à predominância do problema motor, Leitão (1983) descreve os seguintes tipos topográficos:

Classificação Topográfica

Monoplegia ou monoparésia – este tipo é muito raro, surge nos casos com PC quando um só dos membros da pessoa se encontra afectado.

Hemiplegia ou hemiparésia – manifesta-se quando o membro superior e inferior do mesmo lado do corpo estão afectados.

Paraplegia ou paraparésia – caracteriza-se por uma deficiência nos dois membros inferiores.

Tetraplegia ou tetraparésia – quando os quatro membros estão afectados.

Diplegia – quando a predominância da deficiência é mais acentuada nos membros inferiores do que nos superiores.

Dupla hemiplegia – quando os membros superiores estão mais atingidos do que os inferiores.

Segundo Andrada (1989), os Centros de Reabilitação de Paralisia Cerebral portugueses adoptaram a classificação clínica da Escola Sueca, a saber:

- Síndromes espásticas (85.5%);
- Síndromes disquinéticas: atetose, coreoatetose e distonia (9.2%);
- Síndromes atáxicos (4.1%);
- Outras situações: hipotonia e disfunção cerebral mínima (1.2%).

A classificação clínica é importante porque ajuda-nos a fazer a terapia adequada e um prognóstico. A classificação topográfica permite-nos compreender a forma da deficiência e a planificar o atendimento destas crianças nos serviços de reabilitação.

Prevalência e Prognóstico

A paralisia cerebral é a deficiência mais comum na infância em Portugal. França (1994, cit. Borges, 1987) refere que no nosso país existem aproximadamente 100.000 casos de pessoas com paralisia cerebral.

No entanto, em relação à fiabilidade destes dados terá de ser tido em consideração o facto de ser difícil o estabelecimento de um diagnóstico precoce e de haver ainda famílias que não recorrem aos centros especializados.

Segundo Borges e Gonçalves (1990), nos países ocidentais, a prevalência situa-se entre 1.5 a 2.5/1000.

A tendência, ainda de acordo com estes autores, aponta para um aumento significativo da PC em crianças de baixo peso ao nascer, sendo máximo nas crianças com peso inferior a 1500 g, bem como em prematuros.

Os dados internacionais apontam para uma maior incidência nos rapazes (55.4%) do que nas raparigas (44.6%).

Estes dados são confirmados por estudos epidemiológicos realizados em Portugal.

Andrada (1989) refere, no seu estudo, que a PC está presente em 57% no sexo masculino e 42.2% no sexo feminino.

Um estudo recente realizado por Ferreira e Praça (2000), no Porto, numa amostra de 812 crianças e jovens com paralisia cerebral, confirma os dados anteriores.

O prognóstico da PC depende do tipo clínico, dos deficits associados e das características sócio-emocionais da criança.

A taxa de mortalidade ronda os 10% nos primeiros cinco anos de vida, mas estima-se que 90% das crianças com paralisia cerebral sobreviva até à idade adulta.

Prevenção

Para prevenir os riscos da paralisia cerebral a mulher, antes da gravidez, deve ter bons hábitos alimentares, fazer com regularidade exercício físico e estar imunizada contra o sarampo.

Antes do nascimento deve ser observada com regularidade pelo seu médico assistente. Deve ainda manter uma boa higiene, uma boa dieta alimentar, ingerir apenas medicamentos prescritos pelo médico e evitar lugares onde há vírus e doenças contagiosas.

Para que o parto decorra em condições de segurança dever-se-á escolher uma unidade hospitalar devidamente equipada.

Depois do nascimento deverão ocorrer exames regulares para prevenir o desenvolvimento de doenças infantis. É importante também assegurar que a criança esteja protegida do risco de acidentes, principalmente no primeiro e segundo ano de vida, onde o desenvolvimento da paralisia cerebral é mais intenso.

As necessidades das pessoas com Paralisia Cerebral

As pessoas que vivem com a paralisia cerebral têm as mesmas necessidades que qualquer outra pessoa, no sentido de:

- Adquirirem a sua independência e realizarem os seus objectivos pessoais;
- Terem a possibilidade de estabelecer relações de amizade e participarem em actividades sociais;
- Terem acesso à escolarização e à educação;
- Conseguirem um trabalho socialmente valorizado;
- Contribuírem para a sociedade como verdadeiros cidadãos;

- Terem acesso a equipamentos e locais sem barreiras arquitectónicas e a utilizarem transportes públicos devidamente adaptados (adapt. da *Quebec Cerebral Palsy Association*, 2003).

2.1 O adulto com paralisia cerebral

O debate actual sobre o apoio a prestar a adultos com paralisia cerebral está centrado na formação profissional, na inclusão laboral e na criação de respostas para os designados de grandes incapacitados, cujas possibilidades de integração são remotas.

Este debate resulta da pressão exercida, nas últimas décadas, por diversos sectores da sociedade; associações de pais, técnicos e algumas instâncias governamentais que alinham com o movimento a que se vem assistindo a nível europeu.

Contudo, a intensidade das reivindicações a favor da integração das pessoas com deficiência, em particular das pessoas com paralisia cerebral, apoia-se mais na emoção e em modelos importados, que frequentemente nada têm a ver com a nossa realidade, e no retirar de dividendos políticos (aproveitamento social da deficiência), do que na investigação rigorosa contextualizada na realidade portuguesa, a qual nos parece ser altamente deficitária.

Muito embora as considerações atrás enunciadas, tem-se verificado, nos últimos quinze anos, um aumento significativo das opções ao dispor desta população. Com avanços e recuos, é certo, mas também com êxitos/benefícios para a integração escolar, social, laboral e residencial da pessoa com paralisia cerebral, bem como para o equilíbrio psico-emocional das suas famílias.

Este último aspecto tem particular relevância porque, ainda hoje, as pessoas com paralisia cerebral e as suas famílias situam-se entre as mais vulneráveis a fenómenos de pobreza e a problemas de exclusão decorrentes da falta de autonomia e falta de suporte familiar. Esta problemática é também extensível às suas famílias, principalmente quando se trata de grandes incapacitados, para os quais as respostas são escassas e pouco adequadas às suas reais necessidades.

Tem-se identificado como prioritário a reformulação do sistema de protecção social e da legislação que o suporta para que se conseguia uma maior coerência entre os objectivos que protegem as pessoas com grande incapacidade e os objectivos de inclusão social e de promoção de qualidade de vida.

Os riscos de exclusão tendem a aumentar quando diminuem as oportunidades ao dispor desta população em relação à saúde, educação, formação profissional e dos processos integrados de habilitação e reabilitação, e quando se trata de pessoas com paralisia cerebral com limitações funcionais de grande severidade, estes problemas assumem níveis muito preocupantes.

Em coerência com o modelo social é reconhecida a urgência na adopção de medidas concretas, mais integradoras e flexíveis, que garantam os direitos e as liberdades fundamentais e, por outro lado, uma maior coerência entre os sistemas de apoio e de protecção social e as especificidades e necessidades reais dirigida às pessoas com paralisia cerebral.

Vamos de seguida abordar as grandes questões, que, a nosso ver, se colocam aos adultos com paralisia cerebral, população sobre a qual se debruça este estudo, nas áreas da formação profissional, da integração laboral e apoio residencial.

2. 1. 1 A Formação profissional

É no âmbito da formação profissional, a qual tem como objectivo, segundo a lei de bases de prevenção e de reabilitação e integração de pessoas com deficiência, " permitir à pessoa com deficiência o exercício de uma actividade profissional e compreende um conjunto de intervenções específicas no domínio da orientação e formação profissional, bem como as medidas que permitem a sua integração quer no mercado normal de emprego quer noutras modalidades alternativas de trabalho ", que o Estado Português, através do Ministério do Trabalho e da Segurança Social (MTSS), mais tem investido.

Em 1993, o Estado gastou com a reabilitação profissional cerca de sete milhões de contos, destinados à criação de cursos profissionalizantes. Passado algum tempo parece ter-se chegado à conclusão que há que evitar que os jovens se fiquem pelo mero circuito de pequenos cursos de formação profissional avulsos, para os quais foi canalizada grande parte dos recursos, que não ofereciam uma solução de qualidade.

Começou então a argumentar-se a favor das formações de base larga, às quais poderiam seguir-se cursos de especialização. Essa formação de base teria de garantir um conjunto de competências que comportassem um aprofundamento da cultura científica e tecnológica, formação sólida em línguas estrangeiras, em tecnologias de informação na óptica do utilizador, e uma sólida

formação humana. Aspectos, aliás, generalizáveis a toda a população e não especificamente aos jovens e adultos com paralisia cerebral.

Até aqui a formação profissional era ministrada, na generalidade, nas instituições de apoio aos diversos tipos de deficiência.

Após várias experiências, pensou-se que o ideal seria fazer a formação profissional nas próprias empresas, uma formação externa que sensibilizasse à partida as entidades patronais.

Essas instituições tentavam encontrar uma formação inovadora para os jovens, facilitando-lhes o acesso a instrumentos que promovessem uma integração mais competente e eficaz.

Assim, a necessidade de adoptar as medidas necessárias para dotar as estruturas regulares de formação profissional de melhor capacidade de resposta: dispor de equipamentos adaptados ao tipo de deficiência, ter pessoal especializado e a necessidade de investigar em áreas prioritárias de formação e metodologias de avaliação que era algo que já se vinha falando de uns anos a esta parte.

É neste contexto que a Reabilitação profissional tem vindo a evoluir de um sistema paralelo para um sistema de apoio especializado aos Centros de Emprego, na frequência de acções de formação profissional, no acesso ao emprego e progressão na carreira e outras estruturas e acções destinadas à população em geral. Salvaguarda-se a pertinência do desenvolvimento de acções específicas nomeadamente nos domínios da readaptação ao trabalho, ajudas técnicas, formação profissional para as pessoas com deficiência que reúnem os requisitos para poderem frequentar as acções destinadas à população em geral e numa estreita articulação com o mercado de trabalho.

Actualmente, a qualificação/formação profissional, as respostas específicas de Avaliação/Orientação Profissional, Formação Profissional e Readaptação ao Trabalho são asseguradas, no âmbito do Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP), por:

Rede de Centros de Reabilitação Profissional de entidades privadas da área da deficiência, apoiadas técnica e financeiramente pelo IEFP;

Centro de Reabilitação Profissional de Gestão Directa – Alcoitão;

Centros de Reabilitação Profissional de Gestão Participada – Centro de Emprego e Formação Integrada (CEFPI) e Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (CRPG);

Empresas e os centros de emprego protegido (in MTSS, 2006).

Daqui se depreende que a distribuição nacional da rede de recursos e oferta formativa é manifestamente assimétrica, com elevada concentração no litoral urbano.

Ainda e segundo o MTSS, esta rede de recursos assenta «em dois pilares complementares: nos Centros Regulares de Formação Profissional de Gestão Directa e Participada que, em articulação estreita com os Centros de Emprego, devem potenciar respostas de formação profissional para todos os que necessitem, incluindo pessoas com deficiências ou incapacidade, adequando e criando condições para tal; nos Centros de Recursos locais e especializados, que integram os centros de reabilitação de gestão directa e participada e entidades privadas sem fins lucrativos, da área da deficiência, numa perspectiva de parceria público-privado entre, neste caso, o IEFP e essas entidades, constituindo-se como terminais de suporte técnico especializado, às funções dos Centros de Emprego».

Desde 1999 o IEFP tem vindo a credenciar esta rede que em 2004 cobria 86 Centros de Emprego, através de 74 Centros de Recursos Locais e 9 Centros de Recursos Especializados.

Convém realçar que, desde 1999 a 2005, foi a Formação Profissional a medida que abrangeu mais pessoas. Para tal em muito contribuíram de forma decisiva os Programas e Iniciativas da União Europeia, tal como o Programa Operacional de Emprego, Formação e Desenvolvimento Social (POEFDS), que engloba e implementa filosofias da Estratégia Europeia para o Emprego e do Plano Nacional de Emprego, e o esforço nacional através do orçamento do IEFP.

Quando se afirma que a formação ao longo da vida constitui uma prioridade estratégica, há que relevar que neste processo a formação profissional assume um papel extraordinariamente importante ao potenciar a qualificação das pessoas com Paralisia Cerebral, fornecendo-lhe um suporte fundamental no acesso ao emprego.

2. 1. 2 A Integração laboral

Num mercado de trabalho muito competitivo, como o actual, o acesso ao emprego desejado torna-se particularmente difícil para as pessoas que são vistas como menos "rentáveis" do ponto de vista económico-empresarial.

A integração de pessoas com paralisia cerebral em empresas tem estado mais ligado à "caridadezinha" das entidades empregadoras e às medidas super-protectoras do poder, apoiadas em redes de solidariedade, do que em atitudes de "trato igual para competência igual", muito embora o contrário também se verifique. Frequentemente a pessoa com paralisia cerebral está credenciada, qualificada profissionalmente, munida do respectivo diploma, e por preconceito é preterida a favor de outros.

Comprova-se, porém, que as cadeias de solidariedade não resolvem o problema do acesso ao emprego, na medida em que dão às pessoas com paralisia cerebral o cariz de "coitadinhos" e não o estatuto de cidadãos de pleno direito.

Para Portugal, os fundos comunitários têm tido um papel fulcral no apoio às medidas para a integração das pessoas com deficiência no mercado de trabalho.

Das iniciativas da União Europeia destacam-se os Programas HORIZON I e II, até 1999, e o Programa EQUAL, que está ainda em vigor.

Só em 1998 surgiu em Portugal o primeiro documento estratégico para a política de emprego – Plano Nacional de Emprego (PNE), aprovado pela Resolução do Conselho de ministros nº 58/98, de 6 de Maio, para o biénio 1998/2000, ao qual se seguiram mais dois. O último foi aprovado em 2005, que por sua vez se associou à Estratégia de Lisboa e aos designados Planos Nacional de Reforma.

No que concerne às pessoas com deficiência, nas quais se incluem as pessoas com paralisia cerebral entre outras, os sucessivos PNE incluem um «conjunto de instrumentos sustentados em políticas preventivas e activas destinados a promover a integração sócio-profissional das mesmas e que visam colmatar as insuficiências da legislação, melhorar a articulação dos recursos existentes ao nível local e regional, resolver o problema da escassez de recursos humanos qualificados e motivados para trabalhar nesta área e proporcionar informação actualizada e sistematizada» (in MTSS, 2006).

O número de pessoas com deficiência inscritas nos Centros de Emprego, ao longo dos anos, tem vindo a aumentar, embora de forma muito reduzida. Em 2004 apenas se inscreveram 6417 pessoas com deficiência. Se extrapolarmos este número às pessoas com paralisia cerebral, o número é manifestamente muito reduzido.

É por todos assumido que o grande objectivo é aumentar o acesso e a manutenção do emprego no mercado de trabalho, em condições de igualdade de oportunidades, por parte das pessoas com deficiência.

É certo que esta problemática não se esgota no plano das políticas públicas, por mais eficazes que possam ser consideradas.

Todavia, convém mencionar que, com a entrada de Portugal na Comunidade Europeia, as orientações são muito claras em relação à necessidade de inserção das pessoas com deficiência no mercado de trabalho, incluídas no Livro Verde «Promover um quadro europeu para a responsabilidade social das empresas», dado a conhecer em 2001, ao qual se seguiu o documento «Uma contribuição das empresas para o Desenvolvimento Durável».

Também é justo referir que o Estado português tem adoptado medidas concretas par a integração deste grupo nas empresas, muito embora sem a eficácia que seria de esperar.

A título de exemplo, referimos o incremento da capacidade profissional através da reabilitação e da formação profissional, a criação de quotas de inserção, baseado em incentivos, a criação de enclaves, subsídios, prémios e isenções fiscais e a redução das taxas contributivas para a segurança social.

Às empresas está reservado um papel – chave na integração sócio-profissional das pessoas com deficiência.

Urge, portanto, aumentar a participação voluntária das empresas na promoção do emprego e o *empowerment* das pessoas com deficiência através da sua participação nos processos de integração.

Um estudo do Secretariado Nacional de Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (SNRIPD), em 2004, sobre a «Responsabilidade Social do Tecido Empresarial na Área da Deficiência», identifica três níveis de intervenção estratégica ou prioritária para os quais foram definidas propostas de actuação, que, pela sua importância, passamos a citar:

«1) Mobilização da Sociedade para a valorização da Responsabilidade Social das Empresas na área da deficiência.

. Reforçar campanhas de sensibilização para as capacidades das pessoas com deficiência no mercado de trabalho, com a participação de grupos de *media* diversificados.

. Intensificar esforços de promoção de uma declaração de princípios dos parceiros sociais sobre a integração.

2) Sensibilização e informação das empresas sobre a integração de pessoas com deficiência.

. Produzir materiais para difusão ampla junto das empresas de sensibilização e informação sobre as oportunidades de intervenção.

. Maior difusão do Prémio de Mérito para a Integração de pessoas com deficiência.

3) Organização dos esforços de intervenção das Organizações não Governamentais das pessoas com deficiência.

. Reforçar a cooperação e articulação voluntária da actividade das ONG (Fórum da Igualdade).

. Criar oportunidades para a promoção da educação superior de pessoas com deficiência e passíveis de apoio das empresas, ao abrigo do estatuto do mecenato».

Conclui ainda o estudo referindo que " a estratégia de intervenção de longo prazo no âmbito da responsabilidade social da empresa na área da deficiência deve corresponder a um exercício de parceria liderado pelo SNRIPD que funcionará neste contexto como um catalisador e coordenador de iniciativas".

O conceito de responsabilidade social abrange não só uma quadro jurídico ao qual as empresas se submetem, mas também, e principalmente, a adesão voluntária a um processo que integre de forma duradoura preocupações sociais nas suas actividades produtivas e comerciais. A inovação organizacional e o investimento na cultura e na ética empresarial é o caminho a seguir.

O muito que há ainda a fazer passa necessariamente por uma forte sensibilização da opinião pública em geral e passa, em particular, pelos

empresários adoptarem postos de trabalho para as pessoas com deficiência, criando condições de acesso a todos os cidadãos, que apoiem a utilização de novas tecnologias, e o desenvolvimento de outros recursos, para que essas pessoas possam obter e conservar o seu emprego.

Dar emprego a uma pessoa com paralisia cerebral não pode ser um tabu para os empresários portugueses.

A transição destas pessoas para a vida activa é um processo muito complexo. Há, por isso, que sensibilizar e informar as empresas sobre as vantagens e os processos de contextualização das pessoas com deficiência.

O contacto personalizado com as empresas é de extrema importância, dando-lhes conhecimento das experiências positivas e sensibilizando-as para as reais capacidades das pessoas com paralisia cerebral.

Com certeza que um dos ponto-chave para a formação e integração laboral consiste na formação de pessoas de acordo com as necessidades do mercado de trabalho.

Portanto, o desafio é conseguir mobilizar, para além das pessoas envolvidas na reabilitação das pessoas com paralisia cerebral, o sector empresarial. Deste modo estaremos a contribuir para a tomada de consciência colectiva de que estas pessoas são cidadãos de pleno direito, iguais a todos nós, que têm de lutar e participar no mundo cada vez mais competitivo.

2. 1. 3 O Apoio residencial

O progressivo envelhecimento da população com paralisia cerebral e o aumento da sua esperança de vida e a alteração das estruturas familiares, colocam actualmente a questão residencial no centro das preocupações das famílias de pessoas com deficiências graves e exigem cada vez mais respostas adequadas por parte de entidades públicas e privadas.

Comprova-se ser a área dos equipamentos de apoio residencial e ocupacional para a pessoa adulta com paralisia cerebral a resposta mais incipiente, carecendo, por isso, o país da sua implementação urgente. Conhecemos apenas uma Associação no país que presta este tipo de cuidados, deparando-se esta com uma grande quantidade de pedidos de ajuda.

É, por isso, legítima a preocupação com a criação de novas estruturas, distribuídas pelo país, por parte das pessoas envolvidas nesta problemática, para responder a solicitações de famílias de grandes incapacitados, que não conseguem assumir, com total responsabilidade, o peso de uma grande dependência, esgotadas todas as modalidades de apoio disponíveis, principalmente o atendimento em regime domiciliário, respeitando a escolha do modo de vida dos principais interessados.

Estas instituições terão de escolher modelos organizacionais dotados de flexibilidade, autonomia e responsabilidade e contar com a participação directa dos residentes e familiares, permanecendo abertas ao diálogo com a sociedade em geral.

Desta feita poder-se-ão diminuir as contradições e desvios, indo ao encontro dos verdadeiros interesses dos residentes.

Não podemos esquecer que os maiores atropelos aos direitos humanos, no último século, se deram entre paredes.

As estruturas ditas de apoio às pessoas rotuladas de deficientes, albergaram os germens da sua própria perversão.

Transformaram-se em estruturas de desapoio, de controlo, de segregação, de normalização forçada e conformidade social, como alternativa à exclusão, revelando concepções culturais e carências sociais dominantes em cada época, denotando grande falta de respeito pelo ser humano.

Assumiram um estatuto depreciativo, tornando os utentes portadores de estigmas, desempenhando papéis estritamente definidos institucionalmente, assim como prevendo e pré-determinando condutas consideradas correctas. Geriram necessidades humanas através de uma organização burocrática e, por vezes, recorrendo à utilização de castigos, características típicas de instituições de carácter totalitário, descritas superiormente por Goffman (1968).

Assim, este tipo de estruturas a desenvolver, centro residenciais como projecto e não local de armazenamento de pessoas, terão de assentar nalguns princípios, nomeadamente:

- Personalização e autonomia – não controlarem as escolhas e decisões, mas ir ao encontro das necessidades e desejos individuais, tomando a pessoa residente o maior número possível de decisões sobre o que lhe diz respeito.

- Privacidade – decidir sobre quem, onde e quando receber.

- Proporcionar qualidade de vida – incentivar a capacidade de os utentes determinarem o curso da sua vida e criarem uma existência baseado nos seus sonhos, visões, desejos e necessidades.

A implementação dos equipamentos deverá ter em consideração os seguintes aspectos:

- Serem à escala reduzida, devendo oscilar entre os 12 e 20 residentes;

- Situarem-se na área da sua residência, na proximidade das suas famílias;

- Que as pessoas deficientes a atenderem sejam preparadas progressivamente para a passagem da vida familiar para a vida no centro residencial;

- Devem proporcionar uma multiplicidade de estímulos que fomentem a vida, tornando-se um lugar "para viver", espaço de convivência e de participação;

- Que estes equipamentos estejam abertos ao mundo exterior; caso contrário corre-se o risco de criar instituições ingovernáveis e dinâmicas altamente segregadoras.

Se estas condições forem respeitadas estaremos, à partida, a contribuir para o bem-estar físico e psicológico das pessoas com paralisia cerebral, que não têm outra resposta alternativa válida à sua situação.

Expusemos ao longo deste capítulo os aspectos de maior relevância quanto às necessidades e ao apoio a prestar a esta população, sobre a qual se debruça este estudo – o adulto com paralisia cerebral e em especial a influência de determinados contextos situacionais nos aspectos sócio-emocionais, como o auto-conceito e a auto-estima.

3. Comportamento inter-pessoal. O auto-conceito e a auto-estima.

3.1 O auto-conceito a partir das diferentes teorias psicológicas

O auto-conceito não mereceu por parte das diferentes escolas psicológicas a mesma valorização e tratamento.

Na corrente fenomenológica constituiu um elemento básico do seu pensamento, enquanto a perspectiva condutista o qualificou de conceito "místico", no qual centrou as suas críticas, retirando-o, mais tarde, das suas preocupações.

Historicamente, o interesse do auto-conceito remonta a William James (1890, cit. Rogers, 1982), que, na sua obra "Princípios de Psicologia", lhe dedicava um capítulo mais extenso.

O modelo clássico de James, com forte componente introspectiva e intuitiva, está na base de muitos dos modelos actuais.

Das suas contribuições, destaca-se a concepção multidimensional do auto-conceito, com componentes material, social, espiritual e corporal.

O *self* global é simultaneamente considerado "Me" e "I". Sendo o "I" o sujeito que conhece e "Me" o sujeito objecto, o alvo das auto-percepções.

Sugere, por outro lado, a ideia de uma organização hierárquica entre os diversos elementos do conceito de si mesmo em função da sua importância como "aspectos mais centrais ou secundários para a pessoa".

Em 1897, Baldwin e Cooley (1902), precederam Mead (1934) no estabelecimento dos princípios a que se convencionou chamar "interaccionismo simbólico".

O auto-conceito surge com um carácter eminentemente social e com papel preponderante nesta teoria, que propõe um novo enfoque na relação indivíduo-sociedade, com suporte em três premissas básicas explicativas:

- a) O homem responde ao meio em função dos significados que esse meio tem para ele como indivíduo;
- b) Esses significados são produto de uma interacção social; e
- c) Esses significados socio-culturais modificar-se-ão pela intervenção da integração individual.

Cooley fez questão em defender, com fervor, que indivíduo e sociedade são conceitos inseparáveis, influenciando Mead no reconhecimento que o comportamento individual é condicionado pela conduta e as atitudes das outras pessoas.

A contribuição de Mead está na elaboração e no aprofundamento da ideia original de James ao centrar o seu interesse na interacção e no ambiente socio-cultural da pessoa.

Posteriormente, este enfoque foi sistematizado por Kinch (1963), manifestando que a concepção que o indivíduo tem de si próprio emerge da interacção com outros indivíduos e grupos na sociedade e que este, por sua vez, guia e influencia a conduta das pessoas.

A fenomenologia é outra corrente para a qual o auto-conceito tem constituído um objecto privilegiado de análise, materializado no interesse pelo auto-conceito em si mesmo, mas tendo em conta a sua dimensão social, sem lhe conceder papel decisivo como a teoria anterior.

Como precursores desta teoria temos Lewin (1936) e Raimy (1948) e como primeiros representantes Snygg e Combs (1949), que colocam a ênfase na percepção do indivíduo.

A ideia fundamental desta teoria é que a conduta não só é influenciada pelas percepções presentes e passadas, mas também pela interpretação pessoal que cada indivíduo faz da percepção de tais experiências.

Ou melhor, mais pela percepção que a pessoa tem da realidade do que pela realidade em si mesma.

As percepções do mundo exterior são a base do desenvolvimento e manutenção do auto-conceito.

O indivíduo tende a perceber somente as componentes que não admitem conflitos provenientes de ideias ou situações incompatíveis.

Assim, como refere Burns (1979), o auto-conceito actuaria como uma tela protectora, cuja permeabilidade é determinada pela história evolutiva individual e pela natureza do meio relativo à pessoa.

Esta concepção teve grande influência em Rogers (1959) e na generalidade da corrente humanista da psicologia.

Com a psicologia humanista, o auto-conceito teve uma importância fundamental nos anos cinquenta.

Rogers, seu principal representante, apoiado na fenomenologia, situou o *Self* como um construto central na sua teoria da personalidade e de conselho psicológico.

O aspecto central desta teoria é que se uma pessoa é capaz de aceitar-se a si própria evoluirá até um maior amadurecimento e não necessitará tanto dos mecanismos de defesa.

Todas as pessoas desenvolvem um conceito de si próprias, que serve para as guiar e manter a adaptação ao mundo exterior.

Esta auto-imagem desenvolve-se a partir da experiência social e é a interacção social que faz com que o indivíduo vá endurecendo, afastando as imagens que lhe produzem dúvidas sobre a sua competência.

Os trabalhos de Rogers suscitaram muitas investigações no campo do auto-conceito.

Apresentámos, acima, as principais teorias para as quais o auto-conceito constituiu o objecto de estudo fundamental.

Muitos dos modelos actuais apresentam tendências para acentuar a dimensão social, os processos perceptivos, ou o aconselhamento psicológico como método para melhorar o auto-conceito.

Todavia, há quem afirme que estes modelos deveriam ser complementados com os contributos das correntes psicanalíticas, já que o conceito de si apareceria de forma indirecta nos trabalhos de Freud, S. (1923) e Freud, A. (1946).

A teoria psicanalítica de Freud centra-se fundamentalmente nos processos inconscientes e nas três instâncias psíquicas; Ego, Id e Super-Ego. A partir do momento que a uma instância, o Ego, lhe são atribuídas funções de percepção e pensamento, determinando o conteúdo da consciência e distinguindo o que é real do que é imaginário, poderíamos dizer que neste nível de consciência se situaria o que outras perspectivas entendem por auto-conceito.

Porém, o Ego, na concepção freudiana, possui um aspecto inconsciente, contrariando a tendência geral acerca do auto-conceito, o qual é sempre explicado a um nível consciente.

As tentativas de Arieti (1967) e Jacobson (1964), como afirmou L'Ecuyer (1985), de integrar o auto-conceito na teoria freudiana não estiveram isentas de dificuldades, mostrando que o auto-conceito não se inseria, de forma aceitável, no seio desta teoria.

Dos neo-freudianos, apenas Erickson (1965; 1968) prestou muita atenção ao *Self*, focalizando, sobretudo, a crise e difusão da identidade na adolescência.

A corrente behaviorista pôs a ênfase no método científico, dirigiu a psicologia para o estudo dos aspectos observáveis e mensuráveis da conduta, ou seja, dos estímulos e das respostas operacionalmente definidas.

Como as teorias do auto-conceito não se encaixavam no modelo comportamental, esta perspectiva desencadeou-lhe uma crítica severa, já que aparecia relacionado com factores empíricos, faltando-lhe a experimentação.

Mas, por outro lado, e segundo L'Ecuyer (1985), os behavioristas não contrapuseram nenhuma teoria autêntica sobre o auto-conceito, embora o tenham tentado.

A partir do trabalho de Wylie (1979), a qual faz uma revisão sobre a literatura que versa o auto-conceito, e mau grado enumere as dificuldades encontradas na investigação sobre o auto-conceito, adianta os requisitos necessários a que a investigação deveria obedecer, nomeadamente:

- 1) A definições conceptuais rigorosas das variáveis, operacionalmente formuladas, do auto-conceito;
- 2) Desenvolver e utilizar instrumentos bem fundamentados;
- 3) Elaborar um programa racional de construção de instrumentos sofisticados com séries de itens bem formulados e com um tratamento estatístico mais avançado; e

- 4) A um controlo das variáveis situacionais na elaboração e aplicação dos instrumentos.

Na evolução do conceito permanecem constantes algumas das características que passamos a enunciar: as origens sociais do conceito; a sua importância na adaptação e bem-estar da pessoa; e a ideia que o auto-conceito é base e guia dos processos de percepção, interpretação e avaliação de nós próprios e do mundo que nos rodeia.

Assim, com a contribuição de Wylie (1979), teórica e prática, parece iniciar-se uma nova fase de interesse dos investigadores para a compreensão do auto-conceito.

Alguns estudos empíricos centraram-se, preferencialmente, na auto-estima como componente avaliativa. Por um lado, devido à importância das suas características afectivas e por outro, pela dificuldade em captar as componentes cognitivas do auto-conceito.

Outros recolhem tanto os aspectos cognitivos como afectivos e não apoiam a diferenciação entre auto-conceito e auto-estima, sendo esta última a dimensão avaliativa inerente à definição da primeira.

A investigação e as teorias recentes têm-se esforçado por conseguir uma definição operacional da estrutura e conteúdo do auto-conceito.

3. 2 Panorâmica actual na investigação do auto-conceito

Em função dos aspectos em que os investigadores centram o interesse do seu estudo, podemos considerar que as tendências actuais se podem englobar em três grandes perspectivas, embora possamos correr o risco de algum simplismo.

Primeira perspectiva: Partindo de uma consideração fenomenológica, o interesse centra-se na análise do humano desde a sua dimensão interior mais do que exterior.

Trata-se de responder à pergunta chave; como se percepçiona o indivíduo a si mesmo e como organiza este conjunto de percepções da sua própria pessoa, na realidade do seu comportamento?

O importante é a significação subjectiva do estímulo na determinação do comportamento.

Neste enfoque, convém destacar uma tendência para esclarecer os conteúdos experienciais do auto-conceito e as suas modificações ao longo da vida.

Nesta perspectiva incluem-se modelos com tendências sociais e outros com enfoque mais individualista.

Os modelos sociais têm raízes nos trabalhos de Mead (1934) entre outros e atribuem um papel preponderante à sociedade na formação do auto-conceito.

Os modelos de Gordon (1968), Rodriguez Tomé (1972) e Ziller (1973) representam as orientações norte-americanas e europeias, das mais recentes, para o estudo do auto-conceito do ponto de vista social e ilustram diferentes tonalidades na análise da pergunta: Quem sou eu em relação com o outro?

No modelo de Gordon as dimensões assentam numa base bastante individualista, ainda que o "eu" esteja, consideravelmente, influenciado pela sociedade. É principalmente a interpretação das componentes do auto-conceito que lhe confere uma orientação social.

Para Rodríguez Tomé existe uma forte relação entre o "eu" e o "próximo" e todas as suas análises se realizam à volta das relações com o "outro" durante a tomada de consciência e diferenciação do "eu".

No modelo de Ziller (1978) o aspecto essencial é o condicionamento exterior na formação do "eu" e as análises orientam-se para os modelos de reacção do "eu" frente ao "outro".

L'Ecuyer (1978) refere que os três modelos se situam dentro de uma continuidade:

" da percepção de si próprio sob a perspectiva do próximo (Gordon), à percepção de si indissociável do próximo (Rodríguez Tomé), à percepção de si

e do seu funcionamento quase inteiramente condicionado pelo outro (Ziller)." (L'Écuyer, 1978,pp.65).

Os modelos de tendências individualistas, centram o seu interesse no aspecto mais individual ou pessoal da experiência de si próprio.

Estes autores admitem a importância do outro, mas atribuem-lhe um lugar mais delimitado.

Consideram que os mecanismos perceptivos são sobretudo mecanismos internos. Insistem na possibilidade de o sujeito alcançar um equilíbrio e realizar uma selecção entre as percepções externas e as suas próprias para obter uma concepção de si próprio individualizada e personalizada.

Como precursores desta posição temos Suygg e Combs (1949), valorizando-se as contribuições de Rogers para o desenvolvimento da teoria.

Os modelos mais representativos são os de Bugental e outros (1949-1965); o de Super (1963) e o de L'Ecuyer (1975).

Uma das principais contribuições de Bugental foi a de ter desenvolvido um procedimento de sistematização a partir de um enfoque auto-descritivo, com a técnica "Quem sou eu" que permite preservar os elementos qualitativos ao analisar a experiência pessoal do indivíduo.

Super, por sua vez, desenvolveu uma teoria de orientação profissional centrada no conceito de si próprio, organizada num sistema complexo de conceitos pessoais, dentro de um modelo bem estruturado do ponto de vista qualitativo.

L'Ecuyer elaborou um modelo a que chama de "integrado" porque nele se incluem numerosas noções e modelos elaborados desde 1890.

O seu objectivo é identificar os modelos, a organização e a hierarquização do conceito de si próprio para chegar a uma imagem da sua evolução, desde a infância até à velhice, fundamentada na experimentação sistemática a todas as idades.

Defende que o auto-conceito é um construto dinâmico, que varia ao longo da vida do indivíduo mantendo um sentimento de unidade.

Assim sendo, a organização do auto-conceito poderá sofrer alterações até idades muito avançadas, sendo a formação do auto-conceito complexa, não linear, assumindo a influência do contexto socio-cultural peculiar importância.

A partir de 1967, dos seus trabalhos emerge uma noção de auto-conceito que se define como um sistema multidimensional "composto de algumas estruturas fundamentais que delimitam as grandes regiões globais do conceito de si próprio; cada uma destas etapas compreende umas porções mais limitadas do eu - as subestruturas; as quais se fraccionam, por sua vez, num conjunto de elementos muito mais específicos - as categorias - que caracterizam as múltiplas facetas do conceito de si próprio e que procedem do próprio seio da experiência directamente vivida, logo percebida e finalmente simbolizada ou conceptualizada pelo indivíduo (L'Ecuyer, 1975,pp.31)."

Partindo da noção de auto-conceito como um sistema multidimensional, L'Ecuyer cria um instrumento para estudar a evolução desde a infância até à velhice.

Usa o método " gènese das percepções de si próprio-GPS", que é uma adaptação da técnica "Quem és tu?" (WAY de Bugental e Zelen, 1950).

Com a pretensão de proporcionar um guia útil ou uns pontos de referência no estudo do desenvolvimento do auto-conceito, facilitando a compreensão de uma informação procedente de fontes tão diversas,

L'Ecuyer propõe seis etapas, dos 0 aos 100 anos de idade. 1^a) Dos 0 aos 2 anos: a emergência do eu; 2^a) dos 2 aos 5 anos: a confirmação do eu; 3^a) dos 5 aos 10, 12 anos: a expansão do eu; 4^a) 12 aos 18-20 anos: a diferenciação do eu; 5^a) dos 20 aos 60 anos: a madurez adulta; 6^a) dos 60 anos em diante: o auto-conceito nas pessoas de idade avançada.

Das muitas entrevistas realizadas, mais de 2000, embora com conclusões provisórias, permitem comprovar que entre os 3 e os 20 anos os elementos constituintes do auto-conceito experimentam um bom número de flutuações.

Com o passar dos anos, as mesmas estruturas não assumem igual centralidade; umas vezes é mais importante um tipo de percepção que outra. Por exemplo, a imagem corporal que na adolescência está em primeiro plano de interesse, permanece com uma importância intermédia até aos 12 anos.

Vão aparecendo novas dimensões do conceito de si próprio e novas categorias (a identidade abstracta, a ideologia, etc.).

O processo de desenvolvimento do auto-conceito difere no caso de um e outro sexo, mas tais diferenças são pouco numerosas.

As flutuações em pessoas com mais de 60 anos não param, mesmo depois da adaptação à reforma, continuando até idades mais avançadas.

Segunda perspectiva: A perspectiva cognitiva contempla o auto-conceito como a componente chave no estudo da personalidade.

Uma corrente de investigação centra o seu interesse na natureza do auto-conceito; sua definição, estrutura e conteúdo, e outra dirige a sua atenção para o estudo e compreensão do seu funcionamento nos processos mediadores e reguladores da conduta.

Embora não exista acordo quanto à definição do auto-conceito, considerado um fenómeno multidimensional de estrutura dinâmica, implicado em todos os processos de informação social, multiplicam-se os esforços para aprofundar a sua compreensão como um eficaz regulador da conduta.

No relacionamento do auto-conceito com condutas concretas estudaram as metas como componentes do auto-conceito.

O estabelecimento de metas foi sugerido como uma técnica motivacional (Meyer & Gellatly, 1988) e também uma via eficaz para melhorar o auto-conceito (Cardfiel & Wells, 1976).

Na preparação cognitiva para a acção, o passo que se segue ao estabelecimento de uma meta está representada pelos planos e estratégias que vão dirigir a conduta.

Para Carven e Scheier (1981,1982) uma conduta inicia-se como resultado de uma comparação entre um modelo interno de referência, a meta particular que o indivíduo quer alcançar, e uma percepção de si próprio, em relação com uma determinada característica do meio social.

Markus (1990) sugere a necessidade de aprofundar a compreensão do papel que o auto-conceito desempenha na regulação da conduta.

A teoria e investigações recentes realçam três funções principais no auto-conceito:

- a) Mediador no processo de informação social;
- b) Regulador do afecto, e
- c) Fonte de motivação.

Relevam a sua implicação em todos os aspectos do processo de informação social (a), muito especialmente os que se relacionam com uma informação relevante para si próprio (Markus, 1987; Markus, Crane, Berstein & Siladi, 1982; Markus & Sentis, 1982; Markus & Wurf, 1987).

Regular o afecto (b) supõe defender-se dos estados emocionais negativos; um modo de consegui-lo é seleccionar e reinterpretar a informação referente a si próprio de maneira que seja consistente com auto-concepções prévias, geralmente positivas, para favorecer o auto-conceito.

Poder-se-ão organizar para este fim actividades que proporcionem um feed-back positivo.

As autoconcepções negativas, para Markus (1990), possuiriam uma carga potencial de efeitos positivos e o seu melhor conhecimento poderia permitir uma melhor compreensão do papel da negatividade no auto-conceito.

A comparação social seria outro modo de regular o afecto. A forma preferida de comparação com os outros está estreitamente ligada com a idade e o desenvolvimento evolutivo da pessoa, o que adquire grande importância em contextos onde convivem pessoas com distintas capacidades, níveis e procedências.

Tesser (Tesser, 1986; Tesser & Campbell, 1983) atribuem à auto-avaliação uma função motivadora (c).

Higgins (Higgins, Strauman & Killin, 1986) põe em evidência que a discrepância percebida entre os modelos de referência e o auto-conceito tem consequências motivacionais.

Nuttin (1984) observa que a motivação se estudou tradicionalmente como algo vago, difuso e impessoal e aponta a necessidade de personalizá-la, função que atribui ao auto-conceito.

Cantor, Markus, Niedenthal e Nurius (1986) sugerem que a motivação não pode ser entendida sem uma referência expressa ao auto-conceito.

Garma (1989) refere que o desenho de experiências que favoreçam autoconcepções positivas terá consequências motivacionais.

Terceira perspectiva: Os modelos de validade do auto-conceito, que se propõem dar respostas aos problemas referentes à definição e ao estabelecimento de uma referência conceptual, relevando uma validação da metodologia utilizada.

A resolução destas questões é um requisito essencial para considerar a generalização dos conhecimentos provenientes dos diferentes estudos sobre o auto-conceito.

Segundo Byrne (1984), podem-se descrever, actualmente, quatro modelos teóricos do auto-conceito.

1º- O mais antigo é o que Soares e Soares (1983) denominaram de posição nomotética.

Estes estudos consideram o auto-conceito como um fenómeno unitário. Se bem que em menor medida que os estudos que sustentam uma visão multidimensional que estão ainda presentes na literatura (Rosenberg, 1965 e Rosenberg & Simmon, 1973).

Coopersmith (1967) e Mark e Winne (1978) defendiam que os diversos domínios estavam fortemente dominados por um factor geral, que não se podiam diferenciar de forma adequada.

2º- O chamado modelo hierárquico proposto originariamente por Shavelson (Shavelson e col. 1976).

Esta posição teórica mantém que os múltiplos domínios do auto-conceito se podem classificar de forma hierárquica. Na base da hierarquia estão os auto-conceitos específicos de situação e na parte superior o conceito geral.

O auto-conceito para Shavelson e colaboradores entender-se-ia como a percepção que uma pessoa tem de si própria, formando-se através das suas experiências e relações com o meio e onde têm um papel importante os reforços ambientais e as pessoas significativas.

A um nível mais específico, definem o auto-conceito a partir de sete aspectos fundamentais:

a) O auto-conceito é uma estrutura organizada através da qual as pessoas categorizam a informação que têm de si próprias e relaciona essas categorias entre si.

b) O auto-conceito é multifacetado reflectindo os seus domínios concretos o sistema de categorias adoptado pelo indivíduo em função de circunstâncias pessoais, familiares e culturais.

c) Está organizado hierarquicamente, com a representação global do Self a subdividir-se em dimensões menos globais, as quais se dividiriam em áreas mais específicas.

d) O auto-conceito geral é estável, mas à medida que se desce na hierarquia converte-se em menos estável, porque se torna mais específico.

e) Com a idade e experiência, os domínios do auto-conceito vão-se clarificando e definindo progressivamente.

f) O auto-conceito tanto tem um aspecto descritivo como avaliativo.

g) O auto-conceito pode diferenciar-se de outros construtos, com os quais está relacionado, como o insucesso escolar.

O modelo de Shavelson representou um marco de referência teórico para a investigação sobre o auto-conceito.

A ideia de organização hierárquica provou ser mais complicada do que originalmente se pensava e daí as várias proposições de ordenação hierárquica, de que é exemplo o modelo revisto de Shavelson (Marsh & Shavelson, 1985), com os autores a proporem a divisão do auto-conceito em auto-conceito académico/verbal e auto-conceito/matemático, tendo como base de sustentação os resultados dos três estudos efectuados em que utilizaram o SDQI e o SQDIII.

Vispol (1995), citado por Peixoto (2003), encontra suporte para o modelo de Marsh e Shavelson (1985), ao encontrar uma correlação significativa entre o auto-conceito verbal e o auto-conceito matemático (.05), suportando a ideia de uma organização hierárquica do auto-conceito.

Todavia, apesar das investigações empíricas suportarem a ideia de que as auto-percepções se organizam de forma hierárquica, no que ao auto-conceito académico diz respeito, essa organização não está totalmente clarificada.

Se por um lado há trabalhos que sustentam a existência de um factor de ordem superior, outros há que referem que a percepção das competências académicas será representada de forma mais adequada se representada por dois factores de ordem superior: o académico/verbal e o académico/matemático.

Peixoto (2003) evidencia o facto das investigações descurarem o facto dos indivíduos poderem organizar as suas auto-percepções de forma diferenciada, já que os autores/investigadores estão preocupados com que todos os sujeitos apresentem uma estrutura idêntica em relação à organização do auto-conceito. Reforçando a perspectiva de Hattie (1992), a qual também sugere alguma diversidade na forma como os indivíduos organizam os seus auto-conceitos

3º- O modelo taxonómico de Soares e Soares (1983) apoia a noção de que o auto-conceito está estruturado com uma série de factores muito específicos.

De acordo com este modelo, os domínios do auto-conceito podem ser relativamente independentes entre si. Evidenciou, todavia, um factor básico geral, para além dos factores específicos serem autónomos.

4º- O modelo compensatório de Winne e Marx (1981) coincide com os modelos hierárquico e taxonómico no apoio à noção de um domínio geral do auto-conceito, mas contrapõe que os domínios estão inversamente relacionados.

Susan Harter (1985, 1989, 1999), a principal referência metodológica deste trabalho, que guardámos propositadamente para o fim, tem contribuído significativamente para o estudo do auto-conceito e auto-estima, no plano conceptual e metodológico, articulando a perspectiva multidimensional dos julgamentos, em domínios específicos, com a auto-estima.

Apoia o princípio de Tesser (1980, 1983), segundo o qual quando os adultos fazem auto-avaliações inferiores das suas competências num domínio em que atribuem grande importância a sua auto-estima ressentem-se. Assim como fornece suporte empírico ao modelo de James (Harter, 1993, 1999). Os resultados das suas investigações mostram uma relação linear entre os níveis de competência elevados, nas dimensões consideradas importantes, com os níveis da auto-estima elevados. Assim como baixos níveis de competências percebidos nessas dimensões, origina baixa auto-estima.

Nega a existência de um auto-conceito geral, subdividido em várias áreas, afirmando que existem, por um lado, vários domínios de auto-conceito e, por outro lado, a auto-estima, com uma forte componente afectiva e apresentando uma estrutura unidimensional.

Apresenta-nos o auto-conceito numa perspectiva de desenvolvimento ao longo da vida, esforçando-se na sua caracterização e diversificação das autopercepções.

À medida que a criança vai crescendo aumenta o número de domínios do auto-conceito, diferenciando-os e articulando-os cada vez melhor.

Esta avaliação remete para uma hierarquia de processos de auto-avaliação, sendo a auto-estima um construto superior e os julgamentos sobre a competência uma categoria de ordem inferior.

A partir dos oito anos, as crianças conseguem expressar julgamentos sobre o seu valor pessoal em diferentes domínios, tais como: competência escolar, competência atlética, aceitação social, aparência física e aspectos comportamentais.

Na adolescência, passam a discriminar também a amizade íntima, a atracção romântica e a competência no trabalho.

Nos adultos, Susan Harter e colaboradores (1986), identificam domínios específicos: sociabilidade, competência no trabalho, competência no cuidar dos outros, competência atlética, aparência física, competência para providenciar as necessidades materiais da vida ("adequate provider"), moralidade, competência na administração doméstica, para estabelecer relações íntimas, inteligência, senso de humor e a auto-estima global.

O modelo de Susan Harter (1985, 1989, 1999) permite estudar a relação entre a auto-estima global e as competências específicas percebidas, através da

relação entre a competência nos diversos domínios considerados - muito importantes - e a auto-estima global.

Usa, para tal, o cálculo da discrepância, entre a competência/adequação percebida e a importância atribuída a cada um dos onze domínios.

Quanto menor for a discrepância, mais elevado será o resultado da auto-estima.

Contribuíram para a sua conceptualização teórica os trabalhos de W. James (1892) e Cooley (1902), que lhe permitiram o estudo da relação entre a auto-estima e as competências percebidas e a valorização da dimensão socialmente construída do auto-conceito.

A auto-estima, para James, como resultado da relação entre a competência julgada pelos sujeitos e a competência a que ela aspiram, relação competência - aspirações. A cada domínio da sua vida a pessoa atribui um valor diferente. Se a pessoa se atribui uma competência inferior à desejada, então a auto-estima será baixa.

Harter (1999) considera também que a auto-estima será mais fortemente influenciada pelos domínios do auto-conceito a que o indivíduo atribui verdadeira importância. Daí apenas considerar para o cálculo da discrepância nas dimensões do auto-conceito em que é atribuída grande importância. Mau grado a investigação empírica não suporta cabalmente esta posição, na medida em que há trabalhos que sugerem que esta relação varia de indivíduo para indivíduo, principalmente em desfavor daqueles que apresentam auto-conceitos específicos mais baixos e/ou auto-estima negativa. Este modelo parece adaptar-se melhor às pessoas com auto-estima mais baixa.

II. A PROBLEMÁTICA

Partindo do princípio que existe uma forma de resposta negativa generalizada do meio ambiente face à deficiência, podemos entendê-la como um fenómeno social.

A sociedade define quais são os rasgos, atributos e normas desejáveis. Quando os indivíduos fracassam na sua persecução são tratados de outra maneira e assimilados à categoria correspondente de desviados, marginalizados, etc., funcionam sem necessidade de valorização e determinam juízos sobre eles.

Em termos sociais, podemos afirmar que quando referimos que uma pessoa é deficiente estamos a imputar-lhe uma diferença em relação aos demais e, mais especificamente, é uma imputação de uma diferença não desejável. A pessoa com deficiência é rotulada de deficiente porque se desvia do que ele mesmo ou os outros crêem que é normal e adequado.

A maioria das medidas reabilitadoras são procedimentos de socialização, mediante os quais se induz o deficiente a adoptar um papel social que está de acordo com as expectativas que a sociedade tem do seu comportamento, produzindo determinadas formas de aprendizagem.

Os profissionais de reabilitação o que fazem com o seu trabalho é institucionalizar respostas negativas, criando todo um sistema de termos, organização e actuação profissional que estabiliza as relações e o estatuto dos deficientes com essa sociedade que decidiu actuar de forma diferenciada para com eles.

Definitivamente, o deficiente pode ter menos possibilidades de poder converter-se numa pessoa normal, porque está generalizada a crença de que necessita de um tratamento especial, também diminuído e menos valorizado nos seus conteúdos e exigências.

Por outro lado, esta atitude pode fomentar condutas de dependência, já que assim o deficiente vê afastadas as condutas desagradáveis dos demais, ao responder conforme se lhe está pedindo, originando uma ética da desprotecção e ajuda, que não é senão o resultado do reforço das condutas que tendem a expressar pedido de ajuda e desprotecção fomentando a dependência e a submissão com a finalidade de perpetuar a marginalização e a dominância do grupo "normal". Estaríamos, portanto, assistindo a uma situação em que as condutas dos deficientes, que se consideram próprias do seu "estado", não são senão respostas de adaptação às expectativas e papéis que se exigem deles como medida para conseguir de imediato um alívio às suas próprias exigências e um afastamento das situações desagradáveis que ocorreriam fora desse esquema social.

Podemos acrescentar, para demonstrar a ideia que vimos defendendo, que a discriminação seria um fenómeno fabricado socialmente, as experiências que neste sentido descreveu Goffman (1963), em relação com o grau de visibilidade da deficiência, e segundo o qual a pessoa afectada tem de se preocupar ou não com o controle da sua deficiência e da tensão que ela produz. Ou seja, a pessoa

com deficiência, na medida em que possa, tratará, não sem tensão, de minimizar a sua deficiência e aproximar-se do conceito de normalidade que lhe oferece mais recompensas, já que este é um valor dominante na sociedade, que transforma na interacção com as pessoas deficientes a expectativa do seu comportamento numa exigência de aproximação ao ideal de normal e bom.

Na nossa sociedade, o possuir determinados atributos físicos supõe a possibilidade de gozar de prestígio e estima, de gratificação; pelo que os reforços sociais são mais frequentes quando se possuem certos atributos que se aproximam do ideal cultural.

Os problemas das pessoas com deficiência são em grande medida derivados das dificuldades assistenciais e sociais que carecem de soluções sociais na generalidade e de saúde em particular.

Ao falar dos problemas destas pessoas não podemos correr o risco de os considerar como homens distintos. Por razão da sua deficiência podem ter alguns problemas de ordem psicológica e reagir frente às suas limitações com rebeldia, agressividade, submissão, depressão e muitas outras atitudes, que são as reacções que qualquer pessoa pode ter frente às suas dificuldades.

Perante os outros, a pessoa com paralisia cerebral é categorizada e tratada normalmente de uma forma especial.

Adquire, assim, uma percepção de si própria determinada ao mesmo tempo que procura a aprovação e a estima dos outros parceiros sociais.

Este comportamento não difere em absoluto do resto das pessoas. Mas, na medida em que as necessidades de incentivo e valorização, podem ser maiores pelas condições especiais da deficiência, sobretudo pela forma de viver esta, chegam a ser determinantes das relações interpessoais.

A pessoa com deficiência aprende a incorporar o ponto de vista dos “normais”, adquirindo as crenças da sociedade em relação à identidade e uma ideia geral do que significa possuir um estigma particular.

As pessoas com paralisia cerebral são socializadas dentro da situação de desvantagem, mesmo quando estão a aprender e a incorporar os padrões frente aos quais fracassam, não envolvendo uma reorganização do seu passado.

A reacção dos outros perante a pessoa com deficiência será decisiva para a formação do auto-conceito e da auto-estima.

A limitação física causa constrangimentos para com as pessoas com deficiência, originando nestas um fraco auto-conceito, segundo alguns autores.

Todavia, nem todas as pessoas deficientes motores têm um baixo auto-conceito e manifestam uma atitude “sick role” (excessivamente apelativa, com

carácter dependente), segundo B. Laurence (1991), argumentos corroborados por outros autores, (King e al., 1993; Chapman, 1988; Silverman & Zigman, 1983; Cooley & Ayres, 1988; Grolnick & Ryan, 1990; Shields, Murdoch, Loy, Dodd e Taylor (2006, 2007), salvaguardando o facto de que essas pessoas se podem representar como menos competentes em certos domínios do auto-conceito.

Constata-se no dia-a-dia que as pessoas com paralisia cerebral são extraordinariamente persistentes e lutadoras pela independência e autonomia.

Shields, Loy, Murdoch, Taylor e Dodd, (2007) acrescentam também que a investigação ainda não conseguiu provar de forma consistente que os indivíduos com deficiência motora apresentam baixos níveis no auto-conceito e auto-estima relativamente aos seus pares não portadores de deficiência.

Cohan (1974) refere que, se nós aceitamos o facto de os deficientes serem considerados “*idiotas*” e se nada fôr feito para alterar essa profecia, acaba por tornar-se verdade e o deficiente não pode desenvolver um auto-conceito positivo.

Este autor mostra-nos que a deficiência não é uma tragédia mas algo com o qual é preciso saber viver, embora considere a habilidade física um pré-requisito através do qual a criança deficiente aprende acerca de si própria, o que facilita a conceptualização, recebendo os estímulos, interpretando a informação e o desencadear da resposta adequada.

A deficiência, por isso, afectaria o processo de conceptualização da formação do auto-conceito.

Durante o seu desenvolvimento, a pessoa com paralisia cerebral é confrontada com situações que podem ser vistas como difíceis em termos de desenvolvimento do auto-conceito.

Muitas vezes o auto-conceito negativo, é o resultado da situação clínica, da perturbação neurológica e da imagem que lhe é dada de incompetente e pouco produtiva.

Estes “rótulos” são de extrema importância em certos períodos de crise do seu desenvolvimento.

O início da escolaridade, por volta dos 5, 6 anos, quando a criança com paralisia cerebral é confrontada com muitas actividades (principalmente as físicas), que não consegue realizar e que fazem parte do currículo escolar, parece ser um dos momentos críticos desse desenvolvimento.

Na altura em que as características sexuais secundárias e as proezas físicas são significativas para os adolescentes e para o estabelecimento de relações de amizade, o auto-conceito físico é muito importante para o desenvolvimento do auto-conceito e da auto-estima.

A existência de uma deficiência física pode ser extremamente frustrante e desencorajar a estabilidade emocional do sujeito.

Estudos realizados em crianças com paralisia cerebral mostraram que a deficiência física tinha efeitos negativos incluindo a auto-estima (Richardson, 1982; Minde, 1978; cit. por LalKhen & Norwich, 1990). No entanto, outras investigações, como vimos anteriormente, apresentam resultados que vão no sentido inverso.

As experiências pouco favoráveis, das pessoas com paralisia cerebral, em diferentes pontos de crise podem significar um sentimento de falha e de incompetência. Algumas pessoas com deficiência física podem, por isso, ter grande tendência para um auto-conceito negativo durante a adolescência.

Rosenberg (1965) referiu que os indivíduos deficientes podem ser mais sensíveis devido a uma evidente inadequação confirmada, e a ansiedade faria parte, ou melhor, era sentida como fazendo parte do seu infortúnio.

No processo de formação do auto-conceito, segundo Lawrence (1991), a inferioridade e ansiedade podem provocar um efeito de desvalorização e desencadear três tipos de respostas:

- 1) Lamentação – estado de tristeza pela diminuição de competências funcionais;
- 2) Desvalorização – a pessoa vê-se mais incapacitado do que na realidade é;
- 3) Expansividade – que expande a sua capacidade a todo o corpo.

Este impacto psicológico negativo levaria a pessoa com deficiência a auto-percepcionar-se como doente sem respeito para com o seu “Self”, esperando dos outros atitudes apropriadas a pessoas doentes. Tal teria com frequência a ver com a obtenção de uma atitude de condescendência por parte dos outros e a sua preocupação em adquiri-la.

Esta atitude esconderia o real potencial da pessoa com deficiência, podendo levá-la, segundo o autor, a uma formação inadequada do auto-conceito.

Noutra perspectiva, o sucesso de um certo número de pessoas com deficiência justifica o ponto de vista construtivista que “ o organismo actua sobre o mundo antes de qualquer actividade desencadeada por este “ (Lewis & Brooks, 1975).

Não há dúvida também que a força individual das pessoas com paralisia cerebral para serem reconhecidas como competentes e produtivas, pode mudar o ambiente psicológico e estimular o auto-conceito e a auto-estima.

Contudo, a possibilidade de sucesso está ainda muito dependente do grau da sua deficiência.

Quanto mais severa tanto menor será a possibilidade de vivenciar sentimentos de competência e maior possibilidade haverá de vivenciar conflitos intensos e sentimentos de inferioridade, e, por outro lado, necessitará de mais ajuda externa, segundo Lawrence (1991).

Partindo de duas correntes relativamente independentes, percepção do outro e identidade social, Ravaud, J. F. & Ville, I. (1986), verifica-se que os deficientes não se percebiam de forma diferente em relação às pessoas não consideradas desse modo.

Todavia, em alguns domínios havia uma certa tendência a aproximarem-se da maneira como são percebidos.

Contrariando os resultados de Paicheler e Beaufile (1983), citados pelos autores, os quais punham em evidência a existência de uma representação social particular da pessoa com deficiência física, os autores centram-se no problema da origem da representação social das pessoas com deficiência e do seu eventual impacto sobre a identidade desenvolvida pelos membros desse grupo.

No âmbito desse estudo, os autores interpretam os resultados nos seguintes domínios:

a) No quadro de uma teoria geral implícita e nos modelos ideais da pessoa,

b) No domínio das relações intergrupos mais especificamente pelos processos de diferenciação social e na procura de uma identidade social positiva (Lemaine, 1974; Codol, 1979).

Hoje, muitos autores estão de acordo em pensar que uma ameaça à identidade social pode levar as pessoas e os grupos sociais a um certo número de processos, visando aceder a uma identidade social positiva (Lemaine, 1966).

Da revisão dos trabalhos de Kastersztejn (1984), sobre o fenómeno da diferenciação social, aprendemos que a comparação entre um grupo majoritário e um grupo minoritário socialmente inferiorizado dá lugar a vários tipos de estratégias:

1) Compensar a deficiência, a mais corrente e mais explicitamente valorizada na nossa sociedade, que consiste em estar ao nível do outro ou mesmo ultrapassá-lo, para provar a si e aos outros o seu valor;

2) “Compensação“, que consiste em desvalorizar as dimensões da comparação e a introduzir novas dimensões permitindo-lhe aceder a uma certa originalidade social (Lemaine & Kastersztein, 1972; Lemaine, 1974).

Assim, as pessoas com deficiência, com o objectivo de manter uma identidade positiva, valorizariam um certo número de características, que lhes dariam uma certa originalidade social, um elemento de incomparabilidade.

Todavia, para Ravaud e Ville, citados atrás, a questão é saber se as pessoas deficientes, na interacção com os não deficientes, procuram valorizar-se em certas dimensões, o que irá originar uma representação particular; ou se eles vão retomar o que existe previamente a essa representação permitindo-lhes aceder a uma identidade social positiva.

A noção de “procura de originalidade” para as pessoas com deficiência será ainda uma desvantagem, segundo os autores, se ela permitir integrar a existência prévia de uma representação social.

É a representação particular veiculada a propósito dos deficientes que, associada à deficiência física objectiva, um “super-handicap psicológico”, constitui a verdadeira deficiência social.

Ravaud e Ville defendem que a ameaça à identidade positiva dos deficientes não advém mais desta representação específica que do grupo dos não deficientes em si mesmo.

Os processos de identificação e de diferenciação social não se formariam no contexto directo com o outro grupo, as suas normas e seus valores, mas por

intermédio da representação social veiculada a propósito do grupo “inferiorizado”.

Na óptica destes autores, onde as representações sociais não serão simplesmente o produto da adaptação do indivíduo ao meio, mas também têm como objectivo a manutenção da ordem social e o sistema hierarquizado de grupos sociais, esta função passará igualmente por um certo controlo da identidade social dos grupos junto do sistema.

A coesão será assim realizada, por um lado, pelo facto de as representações serem largamente partilhadas por todos e, por outro lado, é por intermédio da representação social que se formará a identidade social e os membros de um grupo conformar-se-ão, em certa medida, às expectativas sociais.

Portanto, Ravaud e Ville inclinam-se para considerar que as pessoas com deficiência vão retomar o que existe previamente à representação particular (valorização em certas dimensões), no intuito de acender a uma identidade social positiva.

No âmbito dos modelos sociais do auto-conceito e da auto-estima, atrás enunciados, as apreciações que as pessoas significativas fazem sobre o sujeito, mais o resultado percebido das experiências por ele vividas, assumem particular relevância no processo de estruturação do "Self", partindo de uma realidade psicológica singular e unitária, dando informação conducente a um sentimento de valor pessoal (Cooley, 1902).

G. Mead, influenciada por Cooley, como já referimos, o Eu – a consciência do Eu constituir-se-ia progressivamente, “desenvolve-se num

determinado indivíduo como resultado das relações que este último mantém com a tonalidade dos processos sociais e com os indivíduos que neles estão envolvidos” (1963, pp.185, cit. Mara, E. & Picara, D.). Assim, a consciência é um produto da comunicação.

Festinger (1954), Coleman (1983), Marsh, Kong e Hau, (2000) enfatizaram o processo através do qual a auto-estima emergiria dum contexto social de referência. A avaliação que a pessoa faz de si pode considerar-se como sendo resultado da avaliação que o sujeito faz de si próprio, por comparação do seu "Self" com o "Self" dos outros, que lhe são significantes.

A importância do contexto social para a auto-estima foi referido, também, por Morse e Gergen (1970), Calhoun e Morse (1977), reforçando as ideias de Mead (1934), Ziller (1973) e Wallon (1934, 1959) que evidenciaram, como vimos, a influência do meio e da comunicação inter-pessoal no processo de desenvolvimento do auto-conceito.

A influência do contexto social sobre a construção do auto-conceito é o aspecto fulcral do interaccionismo simbólico.

A forma como outros reagem à deficiência assume particular relevância para a formação e equilíbrio do auto-conceito e da auto-estima da pessoa com paralisia cerebral.

Como refere Harter (1999) é na interacção com o adulto que a criança adquire a capacidade de estruturar as suas memórias narrativas, que lhe permitirão auto descrever-se, assumindo a experiência social papel determinante para o desenvolvimento das capacidades de auto-representação.

O desenvolvimento da auto-conceito e da auto-estima só poderá ser plenamente entendido num contexto que contemple a influência de factores sociais e cognitivos - paradigma sócio-cognitivista (Peixoto, 2003).

O desenvolvimento das estruturas cognitivas condiciona em grande medida o desenvolvimento do auto-conceito e da auto-estima. Esta influência pode verificar-se à medida que as auto-descrições se tornam mais complexas com a idade, pela sua diferenciação e realismo crescente.

As auto-representações vão-se construindo por um processo de internalização através do qual nos vamos apropriando de valores e opiniões que outros expressam acerca de nós próprios, assim como pela influência de factores de natureza social, quer através de padrões avaliativos utilizados para julgar o desempenho, quer através de processos de comparação social.

Este processo de comparação social assume particular importância quando indivíduos com o mesmo nível de desempenho revelam auto-conceitos diferenciados, pelo facto do grupo de referência comparativa ser diferente, efeito *big-fish-little-pond*. Por outro lado, o facto de se pertencer a um grupo valorizado socialmente pode atenuar o efeito produzido pela comparação social, efeito de «glória reflectida» ou efeito de assimilação (Marsh, 1987; Marsh, Kong & Hau, 2000).

No desenvolvimento do auto-conceito são também de considerar, pela sua importância, os processos de comparação interna (quadro de referência interno/externo). Se o indivíduo tem um desempenho superior numa dimensão em relação à outra, influenciará negativamente a outra (Marsh, 1990).

Shields, Loy, Murdoch, Taylor e Dodd, (2000, 2007), anteriormente citados, reforçam o princípio, a partir da revisão dos trabalhos científicos efectuados neste domínio, e da sua própria investigação, que as pessoas com

paralisia cerebral não têm uma baixa auto-estima, embora se possam sentir menos competentes em certos domínios do seu auto-conceito. Alertando ainda os autores para o facto de que o diagnóstico de Paralisia cerebral não está necessariamente associado a um baixo auto-conceito.

Renick e Harter (1989) referem que as crianças com necessidades educativas especiais, quando se comparam com crianças sem essas necessidades auto-percepcionam-se como menos competentes ao nível académico, o que não acontece quando se comparam com crianças seus pares, em que mantêm níveis altos nessa dimensão.

Mais uma vez, está em causa a avaliação relativa dos efeitos dos construtos antes referidos, considerando-os os autores de grande pertinência e relevância. Mais a evidência da adopção de determinadas estratégias, por parte dessas crianças, no sentido de accionarem mecanismos de protecção da auto-estima.

Susan Harter e colaboradores apontam também, na sua investigação, para se utilizarem na avaliação do auto-conceito e da auto-estima desta população metodologias multi-dimensionais. A deficiência seria para estes autores um meio para clarificar e conhecer a estrutura do auto-conceito (Silon & Harter, 1985; Renick, 1985; Mayberry, 1989; Renich & Harter, 1989). A utilização de metodologia unidimensional para estudar o auto-conceito e a auto-estima pode levar a resultados desfavoráveis para as pessoas com paralisia cerebral.

Pelas razões atrás aduzidas, constata-se não haver unanimidade em relação à influência da deficiência e em particular à auto-estima e ao auto-conceito, assim como do contexto social de referência, por parte dos modelos teóricos e estudos empíricos revistos.

Todavia, há sem dúvida uma tendência para se considerar que as pessoas com paralisia cerebral apresentam percepções realistas acerca da sua condição, apresentando auto-representações diminuídas nos domínios directamente afectados pela deficiência motora (auto-conceito físico e aceitação social).

Constata-se também que os defensores do modelo integrador ainda não conseguiram provar, de forma inequívoca, que este é o melhor modelo para desenvolver uma auto-representação global positiva das pessoas com paralisia cerebral. A integração em determinadas condições pode não trazer benefícios para auto-estima das pessoas com paralisia cerebral pela influência negativa de mecanismos de comparação social.

Mas, por outro lado, a partir de alguns dos trabalhos de autores de orientação sócio-cognitiva, constata-se a existência real da influência de variáveis mediadoras que fazem com que a pessoa com paralisia cerebral desvalorize determinados domínios do auto-conceito em que se sente menos competente, nomeadamente o auto-conceito físico e aceitação social, accionando mecanismos de protecção da auto-estima, de forma a mantê-la em níveis aceitáveis de conforto.

A proposta deste estudo é contribuir, de forma muitíssimo modesta, para alargar as linhas de investigação referidas à área da deficiência e em particular aos adultos com paralisia cerebral.

Estamos cientes das dificuldades que um trabalho deste tipo acarreta, mas não quisemos deixar de, mesmo assim, correr esse risco.

As perspectivas psicológicas e psicossociológicas do auto-conceito e auto-estima, atrás especificadas, dão grande importância ao contexto social na formação e estabilização de um auto-conceito positivo quando referem que os espaços não são neutros, estruturam a nossa experiência e influenciam a comunicação, entendida como um sistema aberto de interações. Isto significa que o que se passa entre os inter-actantes nunca se desenrola num “vazio social”, mas inscreve-se sempre num determinado contexto.

A interação não é somente um processo de comunicação interpessoal. É também um fenómeno social, firmado num quadro espaço-temporal de natureza cultural, marcado por códigos e rituais sociais.

Por outro lado, não há relação social que não se inscreva num certo contexto institucional (sentido lato). Este contexto não é somente um quadro onde a interação decorre, é antes de mais, uma matriz que fornece à relação um código, representações, normas de desempenho e rituais que permitem a relação e lhe dão características significativas.

Assim sendo, o nosso objectivo vai no sentido de explorar a importância do contexto social para os adultos com paralisia cerebral, contextos sociais diferenciados: centro residencial, centro de formação profissional e mercado de trabalho.

Pretendemos com este estudo exploratório analisar a relação do contexto social de referência com as dimensões sócio - emocionais, auto-conceito e auto-estima, partindo duma perspectiva multidimensional desses construtos.

Na **Questão 1**, partimos da afirmação, que os adultos com paralisia cerebral integrados em contextos diferentes apresentam diferenças significativas em determinadas dimensões do auto-conceito, traduzida na ideia de que: Existem diferenças significativas na percepção que expressam de si os adultos com paralisia cerebral em contextos sociais diferenciados.

Assim, é esperado que as auto-percepções variem quando varia o contexto social de referência de cada grupo.

Na **Questão 2**, é esperado que nos adultos com Paralisia Cerebral, independentemente dos contextos considerados, os valores da Auto-Estima se mantenham altos. Ou seja, que não existe uma diferença significativa, nos grupos, em relação à Auto-Estima Global.

Tratando-se de um estudo com carácter eminentemente exploratório, tentámos também encontrar respostas para as seguintes questões:

Questão 3 - Será significativamente diferente a importância que uns e outros se atribuem em domínios específicos?

Questão 4 - Como variam nos três grupos os scores de discrepância - relação entre a competência ou adequação percebida e os julgamentos de importância?

Questão 5 - Quais das dimensões – competência / adequação do auto-conceito têm mais relação com a Auto-Estima Global?

Questão 6 – As diversas dimensões do auto-conceito, que têm relações significativas com a auto-estima global, serão diferentes para os três grupos de contextos diferenciados?

A resposta a estas questões vai-nos permitir argumentar que as diferenças entre os grupos podem ser analisadas e discutidas a partir das teorias que estabelecem relações entre o auto-conceito e auto-estima e outros pontos de vista anteriormente expressos.

III. MÉTODO

Neste capítulo referir-nos-emos à população estudada, aos contextos dos quais extraímos a amostra, ao método de avaliação que utilizámos, bem como ao procedimento estatístico que nos permitirá a análise das diferenças dos grupos definidos e das correlações das diversas dimensões do auto-conceito com a auto-estima.

1. A população

As questões essenciais que se colocam à população da nossa amostra foram descritas de forma geral no capítulo 2, a paralisia cerebral e em especial as relacionadas com o adulto com paralisia cerebral.

Todavia, gostaríamos de acrescentar que a paralisia cerebral não é uma doença contagiosa nem hereditária, mas sim, como vimos, uma consequência de lesões cerebrais e, ao não ser curável, obriga geralmente à mobilização de muitos recursos para reabilitação e educação, um processo muito lento e demorado.

Este processo está dependente da gravidade das manifestações originadas pela lesão cerebral, do potencial da criança e do meio social.

Nos últimos anos, têm-se multiplicado os equipamentos que visam responder às solicitações desta população.

Após terminado o período da reabilitação terapêutica e o percurso escolar, dentro das próprias instituições especializadas ou no sistema regular de ensino, nos diversos níveis, a pessoa com paralisia cerebral tem muita dificuldade em ter acesso a uma formação profissional em regime de integração e em aceder a um emprego, algo só conseguido por uma escassa percentagem desta população.

O mesmo acontece no domínio do acesso à habitação, quando, por uma multiplicidade de razões, necessitam desse apoio.

Para colmatar estas lacunas, no apoio à pessoa com paralisia cerebral, no domínio da formação profissional e do apoio residencial, o Estado e principalmente as Instituições Particulares de Solidariedade têm-se preocupado dentro das suas possibilidades em criar essas estruturas.

Foi neste âmbito que surgiram as instituições que abaixo vamos caracterizar, as quais prestam apoio a jovens e adultos com paralisia cerebral e de onde foi extraída parte da amostra deste estudo: os adultos em apoio residencial do Centro Nuno Belmar da Costa, do Núcleo Regional do Sul da Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral; e os adultos em formação profissional do Centro de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian – Centro de Formação Profissional.

Optámos por estas instituições, por um lado, por nos parecer que correspondiam ao perfil institucional que se pretendia para este estudo e, por outro, pela ligação afectiva e profissional que estabelecemos de alguns anos a

esta parte, quer com o pessoal que presta apoio nestas instituições, quer com os utentes que delas usufruem e pela grande abertura e disponibilidade com que sempre nos presentearam.

2. Os contextos de interacção

O Centro Nuno Belmar da Costa

A Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral (A.P.P.C.), fundada em 1960, tem desenvolvido a sua acção nas áreas da prevenção, assistência e integração de crianças e jovens com paralisia cerebral ou com problemas neurológicos afins.

A criação em Portugal do primeiro Centro Residencial para grandes incapacitados com paralisia cerebral – O Centro Residencial Conde de Oeiras, agora chamado Centro Nuno Belmar da Costa, em homenagem a um dos seus grandes impulsionadores, veio concretizar, em 1982, um dos projectos iniciais da A.P.P.C. – Núcleo Regional do Sul e dar resposta às necessidades sentidas por pais e técnicos.

Em 1983, dadas as necessidades sentidas noutros domínios, começaram a funcionar o Centro de Dia, agora chamado Centro de Actividades Ocupacionais

e a Pousada de Férias, com o fim de apoiar um maior número de pessoas com deficiência.

Eram objectivos desse centro:

- Prestar assistência e apoiar jovens e adultos com Paralisia Cerebral e problemas neurológicos afins, com grave incapacidade motora;

- Desenvolver as suas aptidões de acordo com a sua vontade e as suas potencialidades, com o fim da sua valorização humana, ocupação e formação profissional, vida autónoma e integração social.

Actualmente, O Centro Nuno Belmar da Costa presta apoio a cerca de 60 pessoas deficientes, dos 15 aos 50 anos, distribuídos por três valências: Centro Residencial; Centro de Actividades Ocupacionais e Pousada de Férias.

A – O Centro Residencial

Presta assistência a 22 utentes, entre os 25 e os 49 anos, nas 24 horas.

Esta assistência é prestada por um grupo de 23 monitores, que trabalham por turnos, incluindo fins-de-semanas e feriados.

Os turnos ocorrem das 8.00 h às 16.00 h; das 16.00h às 24h; e das 24.00h às 8.00h.

Cada turno tem um monitor responsável que organiza e faz o acompanhamento do turno; organiza o grupo de trabalho, prepara os medicamentos a serem ministrados, regista as ocorrências em livro próprio e

substitui a monitora principal na sua ausência e a Directora nos períodos de fim-de-semana.

A monitora principal organiza e coordena o sector assegurando a ligação aos demais e organiza a valência Pousada de Férias.

Os monitores que realizam o turno asseguram a prestação de cuidados de higiene, alimentação e vestuário dos utentes, procedem ao acompanhamento e transporte dos utentes, dentro e fora do centro; idas a consultas, etc., arrumam as roupas nos respectivos quartos dos utentes, executam a verificação/manutenção das cadeiras de rodas e/ou outras adaptações e participam, dentro do possível, nas actividades do Centro de Actividades Ocupacionais.

Todos os residentes têm um quarto individual, decorado a gosto pessoal ou da família.

A maioria dos utentes que usufruem do Centro Residencial frequentam o Centro de Actividades Ocupacionais e beneficiando, por isso, de outras modalidades de apoio: medicina fisiátrica, psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional, e no âmbito da educação permanente de adultos, beneficiam do apoio de professores requisitados, ao abrigo de um protocolo entre o Ministério da Educação e da Segurança Social.

Foi desta valência que seleccionámos parte da nossa amostra, 10 utentes que residem no Centro Residencial há mais de cinco anos.

Dos dez utentes seleccionados, à excepção de 2, todos efectuaram formação profissional nas respectivas áreas em que desenvolvem a sua actividade no Centro e que passo a mencionar:

- 1 - Telefonista;
- 1 - Ajudante de secretaria;
- 2 - Vendas (por conta própria);
- 1 - Carpintaria;
- 1 - Pintura;
- 4 - Têxteis (confecção de tapetes de Arraiolos).

Dada a sua condição de beneficiários a Associação atribui-lhes um “subsídio de utente”.

B – Pousada de Férias

Esta valência tem como objectivos:

- Apoiar famílias em situação de ruptura física e/ou psicológica, proporcionado assistência residencial a utentes externos ao longo do ano.

- Dar oportunidade a pessoas com deficiência de outras zonas do país de terem acesso a um período de férias na área de Lisboa.

Estes utentes, na generalidade e dada a sua grave dependência, são integrados no programa de férias de Verão; praia, piscina, campo, parques recreativos, etc.

O pessoal de apoio é destacado dos monitores do Centro Residencial, do Centro de Actividades Ocupacionais e por vezes recorre-se a pessoal eventual e a voluntários.

C – O Centro de Actividades Ocupacionais

Presta apoio a cerca de 29 externos, entre os 16 e os 49 anos, e à grande maioria dos residentes, que não são oficialmente contabilizados.

Tem como objectivos gerais:

-Estimular, motivar e facilitar o desenvolvimento das capacidades remanescentes do grande incapacitado através de actividades socialmente úteis e estritamente ocupacionais visando a valorização pessoal e a melhoria das capacidades de comunicação e autonomia;

- Facilitar a sua integração social através da participação em acções de carácter cultural, gimno-desportivas e recreativas;

- Facilitar o encaminhamento do indivíduo, sempre que possível, para programas adequados de integração escolar e profissional.

Desenvolvem-se um conjunto de actividades oficiais (cerâmica, carpintaria e têxteis), recreativas, culturais e desportivas (desporto adaptado e modalidades próprias).

O atendimento é feito através de uma equipa pluriprofissional:

Médica Fisiatra, Psicólogo, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, monitores de ateliers, monitores e professores de Educação Física e do Ensino Básico.

A situação de cada utente é analisada pela equipa e o utente é então integrado de acordo com as suas necessidades, capacidades e interesses num programa de actividades adequado.

A avaliação dos programas é feita periodicamente (trimestralmente) a fim de se proceder a ajustamentos.

Semanalmente, realiza-se uma reunião, Conselho Consultivo, onde é feita a coordenação e onde são analisados diversos assuntos de interesse para o Centro. Tem carácter consultivo e nele participa a Directora, um representante de cada sector e um representante dos utentes.

Direcção, técnicos, professores, monitores e utentes exercem um trabalho conjunto e consertado para o cumprimento das actividades pré-estabelecidas anualmente.

Anualmente, a Directora, propõe à Direcção do Núcleo Regional do Sul o Plano de Acção, que por sua vez o submete à apreciação da Assembleia-geral de Sócios para aprovação.

O mesmo acontece em relação ao Relatório de Actividades Anual.

O Centro de Formação Profissional do Centro de Paralisia Cerebral

Calouste Gulbenkian

O Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian, localizada na freguesia do Lumiar, em Lisboa, foi criado em 1960 pela Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral.

Em 1977, tornou-se um serviço público inserido na estrutura da Segurança Social, e funcionando sob a tutela do Centro Regional de Segurança Social de Lisboa.

Desenvolve acções dirigidas a crianças, jovens e adultos com paralisia cerebral e outras situações neurológicas afins, assim como às suas famílias e à comunidade em que estão inseridas, no âmbito da prevenção, diagnóstico, avaliação, intervenção precoce, reabilitação, orientação psicológica, apoio sócio-familiar e integração sócio-educativa; avaliação e treino de jovens adultos para orientação sócio-vocacional e ocupacional, formação profissional e integração na comunidade; acções de sensibilização, formação e investigação.

O atendimento é feito através de equipas multiprofissionais: médico especialista, psicólogo, técnico de serviço social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, enfermeiro, educador, professor e outros técnico, que avaliam a pessoa de um modo específico e global, orientando-a de acordo com as suas

necessidades, que poderão envolver o tratamento de reabilitação e/ou o acompanhamento psico-pedagógico e social.

Este atendimento desenvolve-se em três grandes áreas e segundo determinados objectivos:

A – Reabilitação Médico-Funcional:

Detectar e prevenir a deficiência, avaliar o desenvolvimento, diagnóstico e tratamento com vista à valorização das capacidades potenciais das crianças.

Apoiar e orientar as famílias;

Sensibilizar a comunidade;

Promover a integração social;

Apoiar a integração escolar.

Através das seguintes modalidades de intervenção:

Consultas de desenvolvimento e reabilitação com avaliação interdisciplinar, consultas de revisão, consultas de outras especialidades.

Orientação psico-social, avaliação e apoio familiar, estimulação precoce, apoio psicológico, fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala.

Acções de orientação e apoio à família e na comunidade.

B - Acção Sócio-Educativa:

Proporcionar o desenvolvimento integral da criança com necessidades educativas específicas e a sua preparação para a integração no sistema regular de ensino e para a vida activa.

Através das seguintes modalidades de intervenção:

Avaliação e estimulação precoce;

Jardim-de-infância;

Ensino Básico-Escola nº 204 do Ministério de Educação;

Integração Escolar.

C – Acção Sócio-Vocacional - Actividades Ocupacionais

Proporcionar actividades diversificadas ao grande incapacitado, criando-lhe condições para se manter activo e interessado no seio da família e comunidade visando a sua integração económico-social e vida autónoma.

Através das seguintes modalidades de intervenção:

Actividades socialmente úteis;

Actividades ocupacionais.

D – Reabilitação Profissional

Avaliar, orientar e qualificar profissionalmente o jovem ou adulto com vista à sua integração Sócio-Profissional.

Através das seguintes modalidades de intervenção:

Avaliação e Orientação Profissional;

Formação Profissional;

Integração Sócio-Profissional.

Nesta instituição são ministrados cursos de formação nas seguintes áreas com o seguinte número de formandos:

-Têxteis – 18 (30%)

- Madeiras – 7 (11%)

-Artes Gráficas – 10 (16%)

-Informática – 17 (17%)

- Hotelaria – 4 (7%)

- Pintura de Azulejo – 5 (8%)

Os cursos desenvolvem-se ao longo de quatro anos e em três fases:

a) Pré-formação;

b) Qualificação profissional; e

c) Estágio e/ou especialização.

São condições de admissão: ter idade igual ou superior a 16 anos, residir nos distritos de Lisboa e Setúbal, sendo esta condicionada a uma avaliação interdisciplinar e à motivação pessoal e familiar.

Da equipa técnica fazem parte:

Psicólogo;

Assistente Social;

Integrador Sócio-Profissional;

Terapeuta Ocupacional;

Monitores de Formação Profissional e Complementar;

Fisioterapeuta;

Médico.

Dado que foi nesta área que seleccionámos parte da amostra para este estudo, mais especificamente do curso de informática – curso de operadores de computadores, fase 2, e para se ter uma visão mais aproximada deste contexto, vamos descrever a sua finalidade e os seus objectivos de formação.

Finalidade:

Permitir aos indivíduos, que o terminem, a entrada no mercado de trabalho ou estabelecerem-se como profissionais liberais ou dependentes, utilizando o computador como principal meio de trabalho.

Funções:

- O operador de computador acciona os teclados da máquina para executar trabalhos de tratamento de texto, tratamento de ficheiros/base de dados, execução de cálculo numérico, representação gráfica de informação.

Objectivos:

Fase 1

- O Formando deve ser capaz de identificar as vantagens do uso do computador na empresa nos diversos níveis, saber quais as suas aplicações concretas em algumas situações específicas, saber posicionar-se na hierarquia existente.

- O Formando deve estar apto a caracterizar as várias gerações de computadores, a descrever a sua estrutura interna, a caracterizar um computador no respeitante à sua capacidade e configuração.

- Saber distinguir dados de informação, caracterizar os vários tipos de dados e ficheiros, descrever os elementos constituintes de um ficheiro, conhecer o tipo de tarefas que podem ser executadas sobre dados e ficheiros.

- Familiarizar o formando com a máquina, servir de suporte prático a esta fase, promover conhecimento do computador como electrodoméstico.

- O Formando deverá ficar apto a utilizar o Sistema Operativo colocado na sua máquina para executar todas as tarefas que se lhe apresentem, dominar a

estrutura interna de memória de massa, saber distinguir qual o tipo de produto que usa em cada momento.

Fase 2

- O Formando ficará conhecedor das tarefas que podem ser executadas com um Processador de Texto e/ou um Editor, devendo saber escolher qual o tipo de produto que melhor se adapta a executar. Deverá ter adquirido os conhecimentos necessários à produção de um trabalho de alta qualidade em Processamento de texto.

- O Formando deverá ficar habilitado a executar trabalhos que irão desde a gestão da sua conta bancária até à produção de gráficos para gestão e estudos estatísticos.

- O Formando deverá ficar capaz de: a) implementar uma base de dados (b.d.); b) manter os dados actuais em todos os ficheiros da b.d; c) fazer consulta a b.d.s incluindo um ou mais ficheiros; d) criar “ecrans” de trabalho que lhe facilitem as tarefas a executar; e) preparar as bases de dados em uso para consultas mais comuns.

Fase 3

1 - Desenvolvimento de trabalhos nas três áreas estudadas:

É pedido aos Formandos que desenvolvam um ou mais projectos cujas especificações e grau de qualidade sejam exteriores ao curso.

2 - Programação

Fazer-se-á a introdução às linguagens de programação, de acordo com os Formandos e as linguagens actualizadas à época.

Finalmente, é ao Director que cabe a responsabilidade da organização e administração financeira (E), decorrendo esta segundo as regras da contabilidade Pública e específicas do IGFSS e da Direcção Financeira do Centro Regional de Segurança Social de Lisboa.

Os Contextos de integração laboral (mercado normal de trabalho)

Os contextos de integração laboral, nos quais localizámos parte da nossa amostra, situam-se na cidade de Lisboa e estão incluídos nas seguintes áreas de actividade:

1 - Área dos Serviços Administrativos – de uma Instituição Privada de Solidariedade Social; uma Associação de Solidariedade Social e de uma instituição tutelada pela Segurança Social.

Três pessoas desempenham as funções inerentes a um ajudante de secretaria, uma, as de secretária e outra desempenha as funções de recepcionista/telefonista.

2 - Área do Comércio – 2 pequenos estabelecimentos comerciais.

- Um, trata-se de uma pequena empresa familiar de venda a retalho, pequeno mercado de fruta, onde a pessoa desempenha múltiplas tarefas, desde a venda directa ao público, ao controle dos stocks e à gestão comercial.

- Outro, trata-se de um quiosque, no qual a pessoa desempenha tarefas relacionadas com a venda de artigos de papelaria, revistas variadas, jornais

diários e não diários, etc., deslocando-se diversas vezes ao banco para fazer depósitos bancários e substitui frequentemente a proprietária do estabelecimento.

3 - Área da Educação e Reabilitação de uma Instituição de Reabilitação com tutela da Segurança Social, que apoia a crianças com deficiência.

As três pessoas deste contexto desempenham funções diversificadas.

Especificamente:

1 - Ensino de música – ministra classes de crianças com deficiência motora.

2 - Dinamização de uma Ludoteca – apoia e desenvolve actividades visando: a estimulação individual lúdica de crianças, a estimulação lúdica e a observação em grupo na própria ludoteca, a orientação de educadores ou outros técnicos em estágio que pretendam organizar este espaço no seu local de trabalho.

3 - Desempenho de funções inerentes à profissão de Assistente Social.

Descrevemos, de forma muito sucinta, os diversos contextos onde estão integradas as 30 pessoas com Paralisia Cerebral, as quais vão fazer parte dos grupos em estudo.

3. A amostra

Com base na análise dos processos individuais e a partir de informações de técnicos de reabilitação, seleccionamos 20 pessoas, da população atendida nos contextos institucionais descritos, Centro Residencial e Centro de Formação Profissional e identificámos 10 pessoas integradas em diversas áreas de actividade profissional na área de Lisboa, também descritas, que satisfaziam os seguintes critérios:

1) Idade superior a 22 anos;

2) Nível de escolaridade - mínimo 1º ciclo do ensino básico.

Deficiência – paralisia cerebral;

3) Autonomia na marcha, independentemente do tipo de ajuda técnica usada; e

4) que os residentes o fossem há mais de 5 anos.

Seguidamente, procedeu-se à distribuição dos elementos da amostra por três grupos, tendo em consideração o contexto social de referência:

Obtivemos assim três grupos, de contextos sociais diferenciados, do distrito de Lisboa, que para todos os efeitos passarão a ser designados por:

Grupo A – dez adultos com paralisia cerebral integrados em Centro Residencial (Oeiras - Lisboa);

Grupo B – dez adultos com paralisia cerebral integrados em centro de formação profissional (Centro de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian - Centro de Formação Profissional- Lisboa);

Grupo C – dez adultos com paralisia cerebral integrados em meio normal de trabalho em áreas diversas de actividade (Distrito de Lisboa).

No Quadro A, mostramos as características da amostra e a sua distribuição percentual em função do sexo e da média de idades:

Quadro A: Distribuição da amostra em função do sexo e média de idades			
GRUPO	MASCULINO	FEMININO	MÉDIA DE IDADES
A	6 (60%)	4 (40%)	34 Anos
B	6 (60%)	4 (40%)	23 Anos
C	5 (50%)	5 (50%)	31 Anos

Nos Quadros A1, A2, A3, A4 e A5, a sua distribuição em função do estado civil, nível de instrução, classe social, do modo de comunicação e do tipo de ajudas técnicas para a locomoção.

QUADRO A1 – Distribuição da amostra em função do estado civil

GRUPO	SOLTEIRO	CAS. / VIV. MARI.	SEPARADO
A	8 (80%)	2 (20%)	-
B	10 (100%)	-	-
C	8 (80%)	2 (20%)	-

QuadroA2 – Distribuição da amostra em relação ao nível de instrução

GRUPO	1º CICLO	2º CICLO	3º CICLO	SECUNDÁRIO	MÉDIO	SUPERIOR
A	3 (30%)	-	6 (60%)	-	-	1 (10%)
B	-	1 (10%)	9 (90%)	-	-	-
C	-	2 (20%)	4 (40%)	2 (20%)	1 (10%)	1 (10%)

Quadro A3 – Distribuição da amostra segundo a classe social *

GRUPO	BAIXA	MÉDIA-BAIXA	MÉDIA	MÉDIA-ALTA	ALTA
A	-	5 (50%)	5 (50%)	-	-
B	-	2 (20%)	5 (50%)	1 (10%)	2 (20%)
C	-	1 (10%)	6 (60%)	3 (30%)	-

* Segundo o Índice de Graffard

Quadro A4 – Distribuição da amostra em função do modo de comunicação

GRUPO	VO. / VER.	VO. / N. VER.	N.VO. / VER.	N.VO. /N.VER.
A	9 (90%)	-	1(10%)	-
B	10 (100%)	-	-	-
C	10 (100%)	-	-	-

VO. - VOCAL; N.VO. - NÃO VOCAL; VER. - VERBAL; N.VER. - NÃO VERBAL;

Quadro A5 - Distribuição da amostra em função das ajudas técnicas para a locomoção

GRUPO	CADEIRA DE RODAS	CANADIANAS	NENHUM
A	10 (100%)	-	-
B	2 (20%)	-	8 (80%)
C	-	2 (20%)	8 (80%)

NOTA: TODOS OS ELEMENTOS SÃO INDEPENDENTES NA MARCHA

4. A avaliação do auto-conceito e da auto-estima

Num primeiro momento, deparámo-nos com o problema de não termos à disposição um instrumento, adaptado à população portuguesa e em especial para adultos com paralisia cerebral, que respondesse às nossas pretensões neste domínio, nomeadamente:

- a) Permitir a avaliação do auto-conceito numa perspectiva multidimensional;
- b) Nos apresentasse uma escala independente para a auto-estima; e
- c) Nos permitisse relacionar a importância das diversas dimensões do auto-conceito com a auto-estima.

Aquando da pesquisa bibliográfica, deparámo-nos com a escala de Bonnie Messer e Susan Harter (1989), Adult Self-Perception Profile, que à primeira impressão nos pareceu poder ser útil às nossas exigências.

Incentivados à sua utilização, tratámos de proceder à sua análise e tratamento, segundo o seguinte procedimento:

Fase 1 – Tradução da escala.

Fase 2 – Aplicação da escala a dez adultos com paralisia cerebral do Centro Nuno Belmar da Costa - Oeiras.

Esta aplicação permitiu-nos fazer algumas adaptações ao nível da língua e das instruções e forneceu informações preciosas sobre as dificuldades associadas à aplicação dos instrumentos e aos procedimentos a tomar dada a natureza da população em estudo.

Fase 3 – Após este trabalho prévio, e devido às condições específicas desta população, incoordenação motora, e para facilitar a aplicação das escalas, optámos por modificar as instruções no sentido de sermos nós a fazer o registo das respostas, nos respectivos protocolos de respostas, mantendo a estrutura geral da prova.

Em suma, este trabalho prévio permitiu apurar a escala que se apresenta em Anexo 3, que passamos a descrever.

Adult Self-Perception Profile

(PERFIL DE AUTO-PERCEPÇÃO - “COMO É QUE EU SOU”)

a) Estrutura da escala

Os autores, Bonnie Messer e Susan Harter (1986), adoptaram um modelo diferencial para as componentes das auto-percepções de competência / adequação do adulto.

No desenvolvimento da escala, partiram da crença que as pessoas não se atribuem a mesma competência nos diversos domínios, e, por outro lado, da premissa que o adulto se auto-percepciona em mais domínios que a criança.

Assim, a escala inclui sub-escalas análogas às dimensões da escala para crianças e a estas foram adicionados outros domínios.

A escala é composta por onze domínios, mais um geral - o da Auto-Estima Global.

b) Domínios específicos

- *Sociability* (Sociabilidade) - pretende avaliar o grau em que o adulto é aceite pelos outros ou se sente popular.

- *Job Competence* (Competência no Trabalho) - destina-se a avaliar a capacidade ou competência na ocupação principal, emprego ou trabalho.

- *Nurturance* (Cuidar dos Outros) - envolve o processo de cuidar ou proteger os outros. Este sentimento próprio de cuidar dos outros é avaliado através de itens em que o crescimento dos outros e a protecção das crianças é entendido como um contributo para o futuro.

- *Athletic Abilities* (Competência Atlética) - avalia o sentimento próprio de competência nos desportos.

- *Physical Appearance* (Aparência Física) - avalia o grau de satisfação do adulto com a sua aparência.

- *Adequate Provider* (Providenciador) - avalia o sentimento de competência do sujeito para providenciar o seu suporte material, assim como as necessidades materiais das pessoas importantes na sua vida.

- *Morality* (Moralidade) - um comportamento baseado na conduta standardizada, do que está certo ou errado. A escala é sensível à moral estabelecida e ao sentimento de comportamento ético.

- *Household Management* (Administração Doméstica) - avalia o sentimento próprio da pessoa para orientar ou realizar as actividades domésticas, através de itens sensíveis à organização das tarefas domésticas.

- *Intimate Relationships* (Relações Íntimas) - esta escala procura avaliar o sentimento próprio de competências em estabelecer interacções ou relações estreitas com o cônjuge, amante e/ou um amigo muito especial.

- *Intelligence* (Inteligência) - os itens avaliam o sentimento próprio de competência para aprender e conhecer.

- *Sense of Humor* (Sentido de Humor) - avalia o sentimento próprio de competência para ver o lado positivo das coisas, através de itens que sugerem a habilidade para rirmos de nós próprios e do que nos rodeia.

- *Global Self-Worth* (Auto-Estima Global) - trata-se de uma auto-percepção global, independente de qualquer domínio de competência / adequação. Avalia até que ponto o adulto gosta de si como pessoa, do modo como corre a sua vida e se sente feliz, de maneira geral, consigo mesmo.

5. A recolha dos dados

Os dados foram todos recolhidos nos seguintes contextos:

A – Centro Nuno Belmar da Costa, da Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral – Oeiras;

B – Centro de Formação Profissional, do Centro de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian – Lisboa;

C – Na sede da Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral - Lisboa, os referentes aos elementos da amostra integrados em diversas actividades profissionais.

Os instrumentos foram administrados individualmente e com prévia autorização dos serviços e/ou dos próprios elementos incluídos neste estudo.

A situação de recolha dos dados incluiu:

1) Pequena conversa introdutória;

2) Recolha de dados para caracterização da amostra, segundo

Ficha em Anexo 1.

3) Aplicação das escalas do *Adult Self-Perception Profile*: “*What I Am Like*” e “*Importance Ratings*”.

As instruções fornecidas foram idênticas para todos os elementos da amostra, nos diversos contextos, havendo sempre a preocupação de que tinham sido compreendidas as instruções e, pela nossa parte, a certeza das respostas dadas.

6. O tratamento dos dados

Das Escalas:

No tratamento dos dados, recolhidos nos protocolos de respostas do Perfil de Auto-percepção e na Escala de Importância, calculou-se o valor de cada item de acordo com a chave das respostas fornecida pelos autores, que oscila entre 1, como valor mínimo, e 4, como valor máximo.

A escala de auto-percepção é constituída por 50 itens, sendo cada uma das 12 dimensões constituídas por 4 itens, com a excepção da dimensão Auto-Estima Global que contém 6.

Os resultados correspondem aos valores médios para cada dimensão das escalas que no seu conjunto definem o perfil de cada adulto.

Os Métodos Estatísticos:

Utilizámos a análise da Variância (Analysis of Variance Procedure-Scheffe's test-Alpha=0.05) para estudar as variações das auto-percepções realizadas pelos adultos com paralisia cerebral, de contextos diferenciados, nos 12 domínios específicos de competência / adequação e a importância atribuída e também para a análise comparativa das discrepâncias entre a competência percebida e as importâncias atribuídas.

Para identificar qual ou quais os domínios específicos com mais relação com a Auto-Estima Global, para a amostra total e para cada grupo em particular, recorreremos ao Coeficiente de Correlação de Pearson.

IV. ANÁLISE DOS RESULTADOS

A primeira afirmação, expressa na **Questão 1**, remete-nos para a comparação das competências percebidas dos elementos dos grupos de contextos sociais diferenciados.

De acordo com os resultados apresentados no Quadro 1 verificam-se diferenças estatisticamente significativas relativamente às dimensões do auto-conceito:

Sociabilidade ($p=0.05$) e Relações Íntimas ($p=0.04$).

Embora se verifiquem diferenças nas outras dimensões consideradas, estas diferenças não são estatisticamente significativas.

Tendo em conta que o valor de cada item oscila entre 1, como valor mínimo, e 4, como valor máximo, o valor intermédio será 2.5, correspondendo à média dos itens considerados para cada dimensão. Ou seja, até 2.5 é negativo, acima de 2.5 é positivo.

Assim, os adultos com Paralisia Cerebral integrados em mercado normal de trabalho (Grupo C) auto-percepcionam-se como mais competentes nos domínios da Sociabilidade e das Relações Íntimas em relação aos adultos com

Paralisia Cerebral de contexto Centro Residencial (Grupo A) e Formação Profissional (Grupo B), nesta amostra.

A análise dos valores médios das competências percebidas permite-nos realçar os seguintes aspectos:

- É no domínio da Competência Atlética que os elementos desta amostra se auto-percepcionam de forma mais negativa (2.15; 1.62; 2.25).

- Constata-se ainda que o Grupo A e o Grupo B se auto-percepcionam negativamente em relação às suas competências nas áreas das Relações Íntimas (2.12; 2.40) e Administração/Orientação das Actividades Domésticas (2.20; 2.45).

- E, finalmente, permite-nos verificar os dois domínios de maior competência/adequação em cada um dos grupos:

Grupo A – Moralidade (3.12) e Cuidar dos Outros (3.07)

Grupo B – Inteligência (3.10) e Cuidar dos outros (2.95)

Grupo C – Sociabilidade (3.55) e Competência no Trabalho (3.12)

Quadro 1 – Resultados Médios do Auto-Conceito em função dos grupos de contextos sociais diferenciados e respectivos níveis de significância

	GRUPO A (n=10)	GRUPO B (n=10)	GRUPO C (n=10)	NÍV. SIG. (Alfa=0.05)
SOCIABILIDADE	2.95 (0.66)	2.80 (0.88)	3.55 (0.53)	0.05 *
C. TRABALHO	2.90 (0.68)	2.87 (0.37)	3.12 (0.58)	0.55
C. DOS OUTROS	3.07 (0.83)	2.95 (0.62)	3.40 (0.62)	0.34
C. ATLÉTICA	2.15 (0.80)	1.62 (0.72)	2.25 (0.57)	0.12
APARÊNCIA FÍSICA	3.00 (0.61)	2.77 (0.75)	3.10 (0.62)	0.54
PROVIDENCIADOR	2.57 (0.44)	2.77 (0.59)	2.80 (0.63)	0.62
MORALIDADE	3.12 (0.54)	2.62 (0.60)	3.10 (0.61)	0.12
A. DOMÉSTICA	2.20 (0.87)	2.45 (0.91)	2.52 (0.68)	0.66
REL. ÍNTIMAS	2.12 (0.54)	2.40 (0.82)	2.92 (0.69)	0.04 *
INTELIGÊNCIA	2.95 (0.68)	3.10 (0.55)	3.05 (0.55)	0.85
SENT. DE HUMOR	2.42 (0.70)	2.65 (0.80)	2.70 (0.38)	0.61

Nota 1 – Entre parêntesis os desvios padrão

Nota 2 – sombreado como – valores <2.5

Nota 3 – * Nív. Sig. <0.05

A afirmação expressa na **Questão 2**, que referia não haver diferenças estatisticamente significativas em relação à Auto-Estima Global nos três grupos considerados, a análise comparativa das diferenças dos resultados médios (Quadro 2), permite-nos considerá-la como verdadeira.

Quadro 2 – Resultados Médios da Auto-Estima em função dos grupos de contextos sociais diferenciados e respectivos níveis de significância

	GRUPO A (n=10)	GRUPO B (n=10)	GRUPO C (n=10)	NÍV. SIG. (Alfa=0.05)
AUTO-ESTIMA GLOBAL	3.07 (0.59)	2.61 (0.52)	3.01 (0.55)	0.15

* Entre parêntesis os desvios padrão

Ou seja, verifica-se que quanto à Auto-Estima Global, não existe uma diferença significativa para os sujeitos dos três grupos estudados, na forma como se sentem como pessoas.

Relativamente à Importância Atribuída (**Questão 3**) nos diversos domínios pelos três grupos, a análise comparativa (Quadro 3) revela-nos apenas uma diferença estatisticamente significativa ao nível da dimensão do sentimento próprio de competência na Administração Doméstica ($p=0.04$).

Quadro 3 – Resultados Médios de Importância atribuída nos 11 domínios do Auto-Conceito em função dos grupos de contextos sociais diferenciados e respectivos níveis de significância

	GRUPO A (n=10)	GRUPO B (n=10)	GRUPO C (n=10)	NÍV. SIG. (Alfa=0.05)
SOCIABILIDADE	3.70 (0.67)	3.80 (0.42)	3.30 (0.94)	0.27
C. TRABALHO	3.70 (0.48)	3.37 (0.48)	3.40 (0.96)	0.50
C. DOS OUTROS	3.10 (0.73)	2.95 (0.83)	3.00 (1.24)	0.93
C. ATLÉTICA	2.60 (0.69)	1.95 (0.95)	1.90 (0.99)	0.16
APARÊNCIA FÍSICA	3.50 (0.70)	2.95 (0.89)	3.50 (0.97)	0.27
PROVIDENCIADOR	3.70 (0.48)	3.37 (0.89)	3.30 (1.05)	0.53
MORALIDADE	3.50 (0.52)	3.30 (0.67)	3.40 (0.96)	0.83
A. DOMÉSTICA	3.00 (0.81)	1.90 (0.99)	2.70 (1.05)	0.04 *
REL. ÍNTIMAS	3.80 (0.42)	3.30 (0.82)	3.40 (0.96)	0.32
INTELIGÊNCIA	3.70 (0.48)	3.50 (0.52)	3.30 (1.05)	0.48
SENT. DE HUMOR	3.50 (0.70)	3.20 (0.91)	3.10 (1.10)	0.60

Nota 1 – Entre parêntesis os desvios padrão

Nota 2 – * Nív. Sig. <0.05

É o Grupo B, contexto de Formação Profissional, que lhe atribui menor importância.

Parece, no entanto, haver uma tendência nos três grupos para a desvalorização da importância atribuída à Dimensão Competência Atlética (2.60); (1.95) e (1.90).

Quadro 3. 1- Ordenação das importâncias atribuídas nos onze domínios do Auto-conceito, nos três grupos de contextos sociais diferenciados

	GRUPO A	GRUPO B	GRUPO C
1º	REL. ÍNTIMAS (3.80)	SOCIABILIDADE (3.80)	APARÊNCIA FÍSICA (3.50)
2º	SOCIABILIDADE (3.70) C. TRABALHO (3.70) PROVIDENCIADOR (3.70) INTELIGÊNCIA (3.70)	INTELIGÊNCIA (3.50)	C. TRABALHO (3.40) MORALIDADE (3.40) REL. ÍNTIMAS (3.40)
3º	APARÊNCIA FÍSICA (3.50) MORALIDADE (3.50) SENT. HUMOR (3.50)	C. TRABALHO (3.37) PROVIDENCIADOR (3.37)	SOCIABILIDADE (3.30) PROVIDENCIADOR (3.30) INTELIGÊNCIA (3.30)
4º	C. OUTROS (3.10)	MORALIDADE (3.30) REL. ÍNTIMAS (3.30)	SENT. HUMOR (3.10)
5º	A. DOMÉSTICA (3.0)	SENT. HUMOR (3.20)	C. OUTROS (3.0)
6º	C. ATLÉTICA (2.60)	C. OUTROS (2.95) APARÊNCIA FÍSICA (2.95)	A. DOMÉSTICA (2.70)
7º	---	C. ATLÉTICA (1.95)	C. ATLÉTICA (1.90)
8º	---	A. DOMÉSTICA (1.90)	---

Em relação à ordem de importância, Quadro 3.1, as dimensões mais valorizadas para cada um dos grupos, a partir da análise dos valores médios de importância atribuída e tendo como referência as dimensões que aparecem nas três primeiras posições, foram:

Grupo A – contexto residencial - Relações Íntimas (3.80), Sociabilidade (3.70), Competência no Trabalho (3.70), Providenciar as Necessidades Materiais da Vida (3.70); Inteligência (3.70);

Grupo B – contexto de formação profissional – Sociabilidade (3.80), Inteligência (3.50), Competência no Trabalho (3.37), Providenciar as Necessidades Materiais da Vida (3.37);

Grupo C – contexto de integração laboral – Aparência Física (3.50), Competência no Trabalho (3.40), Moralidade (3.40), Relações Íntimas (3.40); Sociabilidade (3.30), Providenciar as Necessidades materiais da Vida (3.30) e Inteligência (3.30).

As dimensões menos valorizadas, para cada um dos grupos, as que aparecem nas três últimas posições, foram:

Grupo A – Competência Atlética (2.60), Administração Doméstica (3.00) e Cuidar dos Outros (3.10);

Grupo B – Competência Atlética (1.95), Administração Doméstica (1.90) e Aparência Física (2.95) e Cuidar dos Outros (2.95);

Grupo C – Competência Atlética (1.90), Administração Doméstica (2.70) e Cuidar dos Outros (3.00).

Em suma, parece haver uma tendência comum nos três grupos, independentemente do contexto, atendendo às que aparecem nas três primeiras posições, para valorizarem as dimensões:

Sociabilidade,

Competência no Trabalho,
Providenciar as Necessidades Materiais da Vida; e
Inteligência.

E da mesma forma para os três grupos desvalorizarem as dimensões, atendendo à sua colocação nas três últimas posições:

Competência Atlética,
Administração Doméstica,
e Cuidar dos Outros,

Os resultados expressos no Quadro 4 permitem-nos fazer a análise de Discrepância, nos três grupos, entre a competência percebida e a importância atribuída nos onze domínios do Auto-Conceito e assim responder à **Questão 4**.

Verifica-se que existe, apenas, uma diferença estatisticamente significativa para as dimensões:

Sociabilidade ($p=0.01$);
Relações Íntimas ($p=0.02$); e
Administração Doméstica ($p=0.04$).

Ou seja, os grupos de contexto residencial e de formação profissional apresentam scores de discrepância mais elevados nestes domínios.

Quadro 4 – Resultados Médios do Índice de Discrepância Competência /Importância em função dos grupos de contextos sociais diferenciados e respectivos níveis de significância

	GRUPO A (n=10)	GRUPO B (n=10)	GRUPO C (n=10)	NÍV. SIG. (Alfa=0.05)
SOCIABILIDADE	-0.75 (0.96)	-1.00 (1.12)	0.25 (0.74)	0.01 *
C. TRABALHO	-0.80 (0.81)	-0.50 (0.51)	-0.27 (0.99)	0.35
C. DOS OUTROS	-0.02 (1.16)	0.00 (1.14)	0.40 (1.00)	0.63
C. ATLÉTICA	-0.45 (0.82)	-0.32 (0.90)	0.35 (0.96)	0.12
APARÊNCIA FÍSICA	-0.50 (1.02)	-0.17 (1.23)	-0.40 (1.02)	0.79
PROVIDENCIADOR	-1.12 (0.69)	-0.60 (1.33)	-0.50 (0.84)	0.33
MORALIDADE	-0.37 (0.73)	-0.67 (0.97)	-0.30 (1.11)	0.65
A. DOMÉSTICA	-0.80 (0.93)	0.55 (1.27)	-0.17 (1.20)	0.04 *
REL. ÍNTIMAS	-1.67 (0.83)	-0.90 (0.92)	-0.47 (1.06)	0.02 *
INTELIGÊNCIA	-0.75 (0.71)	-0.40 (0.80)	-0.25 (0.82)	0.35
SENT. DE HUMOR	-1.07 (0.60)	-0.55 (0.74)	-0.40 (1.23)	0.23

Nota 1 – Entre parêntesis os desvios padrão

Nota 2 – * Nív. Sig. <0.05

O estudo das relações entre cada domínio do auto-conceito e a Auto-Estima Global, para amostra global, permite-nos a resposta à **Questão 5**.

Podemos verificar pela análise dos resultados do Quadro 5, que são as dimensões:

Aparência Física ($r=0.65$, $p \leq 0.00$);

Sociabilidade ($r=0.44$, $p \leq 0.01$);

Competência para Cuidar dos Outros ($r=0.41$, $p \leq 0.02$);

Moralidade ($r=0.37$, $p \leq 0.04$);

Capacidade de Providenciar as
Necessidades Materiais da Vida ($r=0.35$, $p \leq 0.05$)

Inteligência ($r=0.35$, $p \leq 0.05$); e a

Competência no Trabalho ($r=0.34$, $p \leq 0.05$);

As que são significativamente correlacionadas com a Auto-Estima Global, ou seja, que mais relação têm com a Auto-Estima Global.

As dimensões que não são significativamente correlacionadas com a Auto-Estima Global são:

Capacidade Atlética ($r=0,02$, $p \leq 0.88$);

Sentido de Humor ($r=0.12$, $p \leq 0.52$); e

Administração Doméstica ($r=0.18$, $p \leq 0.33$).

Quadro 5 – Valores das correlações de cada uma das sub-escalas do Auto-conceito com a Auto-Estima, nos Grupos A; B e C (n=30)

	SOCIABILIDADE	C. TRABALHO	C. DOS OUTROS
AUTO-ESTIMA GLOBAL	0.44 (0.01)	0.34 (0.05)	0.41 (0.02)

	C. ATLÉTICA	APAR. FÍSICA	PROVIDENCIADOR
AUTO-ESTIMA GLOBAL	0.02 (0.88)	0.61 (0.00)	0.35 (0.05)

	MORALIDADE	A. DOMÉSTICA	REL. ÍNTIMAS
AUTO-ESTIMA GLOBAL	0.37 (0.04)	0.18 (0.33)	0.32 (0.08)

	INTELIGÊNCIA	SENT. DE HUMOR
AUTO-ESTIMA GLOBAL	0.35 (0.05)	0.12 (0.52)

* Entre parêntesis os níveis de significância (p<0.05)

A análise das correlações dos diversos domínios do Auto-Conceito com a Auto-Estima Global, considerando cada grupo isoladamente, permitir-nos-á responder à **Questão 6**, pondo em evidência a importância do contexto situacional para a Auto-Estima.

Para o Grupo A - Contexto Centro Residencial (Quadro 6), verificamos ser a Competência no Trabalho ($r=0.62$, $p \leq 0.05$), a dimensão que se relaciona significativamente com a Auto-Estima Global.

Quadro 6 – Valores das correlações de cada uma das sub-escalas do Auto-conceito com a Auto-estima, no Grupo A (n=10)

	SOCIABILIDADE	C. TRABALHO	C. DOS OUTROS
AUTO-ESTIMA GLOBAL	0.21 (0.55)	0.62 (0.05)	0.47 (0.16)

	C. ATLÉTICA	APAR. FÍSICA	PROVIDENCIADOR
AUTO-ESTIMA GLOBAL	-0.23 (0.51)	0.60 (0.06)	0.17 (0.62)

	MORALIDADE	A. DOMÉSTICA	REL. ÍNTIMAS
AUTO-ESTIMA GLOBAL	0.18 (0.60)	0.09 (0.80)	0.03 (0.92)

	INTELIGÊNCIA	SENT. DE HUMOR
AUTO-ESTIMA GLOBAL	0.57 (0.08)	0.15 (0.65)

* Entre parêntesis os níveis de significância ($p \leq 0.05$)

Para o Grupo B – Contexto de Formação Profissional (Quadro 7), é a dimensão Aparência Física ($r=0.67$, $p \leq 0.03$) que se relaciona significativamente com a Auto-Estima Global.

Quadro 7 – Valores das correlações de cada uma das sub-escalas do Auto-conceito com a Auto-Estima, no Grupo B (n=10)

	SOCIABILIDADE	C. TRABALHO	C. DOS OUTROS
AUTO-ESTIMA GLOBAL	0.52 (0.12)	0.42 (0.22)	0.06 (0.85)

	C. ATLÉTICA	APAR. FÍSICA	PROVIDENCIADOR
AUTO-ESTIMA GLOBAL	-0.45 (0.18)	0.67 (0.03)	0.52 (0.12)

	MORALIDADE	A. DOMÉSTICA	REL. ÍNTIMAS
AUTO-ESTIMA GLOBAL	-0.12 (0.73)	0.41 (0.23)	0.18 (0.60)

	INTELIGÊNCIA	S. DE HUMOR
AUTO-ESTIMA GLOBAL	0.26 (0.45)	-0.06 (0.86)

* Entre parêntesis os níveis de significância ($p \leq 0.05$)

As dimensões do Auto-Conceito que mais se relacionam significativamente com a Auto-Estima Global, no Grupo C – elementos de contextos de Integração Laboral (Quadro 8) são:

Relações Íntimas ($r=0.88$, $p \leq 0.00$);

Moralidade ($r=0.73$, $p \leq 0.01$);

Sentido de Humor ($r=0.65$, $p \leq 0.03$); e

Aparência Física ($r=0.65$, $p \leq 0.03$).

Quadro 8 – Valores das correlações de cada uma das sub-escalas com a Auto-estima, no Grupo C (n=10)

	SOCIABILIDADE	C. TRABALHO	C. DOS OUTROS
AUTO-ESTIMA	0.59	-0.04	0.58
GLOBAL	(0.06)	(0.89)	(0.07)

	C. ATLÉTICA	APAR. FÍSICA	PROVIDENCIADOR
AUTO-ESTIMA	0.44	0.65	0.54
GLOBAL	(0.19)	(0.03)	(0.10)

	MORALIDADE	A. DOMÉSTICA	REL. ÍNTIMAS
AUTO-ESTIMA	0.73	0.18	0.88
GLOBAL	(0.01)	(0.61)	(0.00)

	INTELIGÊNCIA	SENT. DE HUMOR
AUTO-ESTIMA	0.35	0.65
GLOBAL	(0.32)	(0.03)

* Entre parêntesis os níveis de significância ($p \leq 0.05$)

V. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Os resultados terão de ser interpretados com cuidado por várias razões:

- a) Porque se trata de uma amostra pequena e de apenas comparar um exemplo de contexto para as três valências em estudo – Contexto Residencial, Formação Profissional e Integração Laboral.
- b) Porque alguns adultos apresentavam menos mobilidade do que outros, embora todos independentes.
- c) Porque muito embora os adultos com paralisia cerebral dos diversos contextos apresentassem o mesmo tipo de comunicação, as dificuldades de articulação eram muito difíceis de controlar.

Após este esclarecimento prévio, passamos a apresentar os aspectos mais relevantes do estudo realizado.

1 - A análise conduzida no sentido de inquirir a existência de diferenças significativas entre os adultos com paralisia cerebral de contexto residencial, de formação profissional e integração no mercado de trabalho, produziu efeitos consistentes com a afirmação proposta na Questão 1.

- Revelou que os adultos com paralisia cerebral em contexto de integração laboral apresentam valores significativamente mais altos em relação à competência social e à capacidade para estabelecer relações íntimas, comparativamente com os adultos com paralisia cerebral de contexto residencial e em formação profissional.

Daqui se pode inferir que o contexto de integração laboral traz mais benefícios ao nível da sociabilidade (sentimento de aceitação social) e da competência para estabelecer relações de intimidade, do que o contexto residencial e de formação profissional, para os adultos com paralisia cerebral.

- De acordo com a análise efectuada a partir dos resultados médios do auto-conceito, verificamos que conforme variam os contextos de referência dos adultos com paralisia cerebral variam por sua vez os sentimentos de competência.

Ou seja:

Os adultos com paralisia cerebral de contexto residencial auto-percepcionam-se como mais competentes nos aspectos ligados à moral estabelecida e no cuidar dos outros;

Os adultos de contexto de formação profissional auto-percepcionam-se como mais competentes para aprender e adquirir novos conhecimentos e no cuidar dos outros;

Os adultos com paralisia cerebral de contexto de integração laboral auto-percepcionam-se como mais aceites socialmente assim como no trabalho que realizam.

- Verificamos também, que os adultos com paralisia cerebral se auto-percebem como menos competentes na actividade física do que nos outros domínios, independentemente dos contextos.

A auto-percepção negativa, de menos competência, para além de revelar uma certa lucidez, remete-nos para a situação de deficiência visível, objectiva, e eventualmente da imagem que dela é dada.

A possibilidade da vivência de sentimentos de incompetência no aspecto físico é clara e poderá estar na origem deste sentimento de inferioridade, em sintonia com a tese defendida por Lawrence (1991).

Ao que acresce o facto de a representação social veiculada a propósito dos deficientes os considerar como um grupo “inferiorizado”, materializado em apreciações depreciativas sobre as suas competências, o que leva a que se aproximem da maneira como são percebidos (Ravaude & Ville ,1986; Ville, 1995).

Em suma, os contextos analisados no âmbito deste estudo, não só assumem importância na diferenciação estatisticamente significativa em determinadas dimensões do auto-conceito, sociabilidade e relações íntimas, o que revela a importância do contexto de integração laboral, mas também parecem estar relacionados na forma como cada grupo se atribui competência em determinados domínios, revelando a especificidade de cada um desses contextos.

A auto-percepção negativa no aspecto físico reenvia-nos para as condições específicas desta população com deficiência motora explícita.

2 - Relativamente à Auto-Estima Global, a análise comparativa das diferenças dos resultados médios permite-nos afirmar que não existe uma diferença estatisticamente significativa nos resultados dos três grupos na forma como se auto-percepcionam na globalidade, confirmando a nossa afirmação, expressa na Questão 2.

Essa formulação inicial partia da convicção de que as pessoas com paralisia cerebral, independentemente do contexto, teriam tendência a desvalorizar as dimensões em que se auto-percepcionavam como menos competentes, apoiados nos trabalhos de James (1892), Tesser (1980,1983) e Harter (1985, 1989, 1999), teorias que relacionam o auto-conceito com a auto-estima.

Assim, a relação entre a Auto-Estima global e as competências específicas percebidas e a importância atribuída aos diversos domínios, permitir-nos-ia encontrar explicações para o facto de os adultos com paralisia cerebral apresentarem resultados altos na Auto-Estima, mau grado auto-percepções negativas (baixas) em domínios esperados, como se veio a verificar para a Competência atlética, nos três grupos, mais na Administração doméstica e na competência para estabelecer relações de intimidade, nos adultos com paralisia cerebral de contexto residencial e de formação profissional.

O estudo das importâncias atribuídas nos diversos domínios permitiu-nos verificar a existência de uma desvalorização, nos três grupos, da dimensão competência atlética e administração doméstica relativamente aos outros domínios, precisamente as dimensões em que os grupos se auto-percepcionam mais negativamente.

Este argumento é reforçado pelo estudo das correlações das diversas dimensões com a Auto-Estima Global.

A Análise dos resultados pôs em evidência que, para a amostra total, eram as dimensões aparência física, sociabilidade, competência para cuidar dos outros, capacidade de providenciar as necessidades materiais da vida, inteligência e competência no trabalho, e não a capacidade atlética, administração doméstica e o sentido de humor, as dimensões mais relacionadas com a Auto-Estima, o que nos leva a pensar que a Auto-Estima se baseia mais noutras dimensões do auto-conceito que não estão relacionadas com as características ou actividades físicas.

Estes são para nós os resultados mais interessantes deste estudo.

Outra explicação para este fenómeno, que nos parece plausível do ponto de vista teórico, mas com valor meramente especulativo, que não encontra suporte experimental neste estudo, advém da contribuição dos trabalhos de Kastersztein (1984) sobre o fenómeno da diferenciação social e originalidade social (Lemaine & Kastersztein, 1972; Lemaine, 1974), e segundo o qual, a comparação entre um grupo maioritário e um grupo minoritário socialmente inferiorizado, neste caso, população em geral e adultos com paralisia cerebral, estaria na base de determinadas estratégias com o objectivo de manter uma identidade positiva.

Assim, o adulto com paralisia cerebral desvalorizaria um certo número de características e valorizaria outras, que lhe dariam uma certa originalidade social.

Outra explicação possível, de acordo com Harter (1993, 1998a, 1999), poderá tratar-se de uma reorganização do auto-conceito, desinvestindo os

sujeitos nas áreas que representam uma ameaça para a auto-estima, dando-lhe uma menor importância ou aumentando os níveis de competência nessa dimensão. Estas estratégias pretendem diminuir a discrepância entre aspirações das pessoas, a importância atribuída, e o que a pessoa pensa ser (a competência percebida). Passando a auto-estima a depender da distância entre a competência percebida e a importância atribuída nas diversas dimensões do auto-conceito.

Podemos encontrar aqui alguns pontos de contacto com a teoria da identidade social, no que à desvalorização da dimensão ameaçadora para a auto-estima diz respeito, pois, com efeito, a inversão de valores em dimensões críticas para a identidade social envolve a desvalorização dessa dimensão, mau grado esta teoria releve os processos baseados em dinâmica de grupos (Robinson & Taylor, 1986, 1991; Robinson & Breslav, 1996).

Todavia, Harter (1993), apesar de acentuar as estratégias individuais de manutenção da auto-estima, não deixa de acentuar que em determinadas dimensões do auto-conceito, é difícil para o sujeito não lhes dar valor devido à pressão social para a sua valorização.

3 - No que respeita à escala Adult Self-Perception Profile, de Bonnie Messer e Susan Harter, por nós traduzida e utilizada neste estudo, parece-nos útil para utilizar na avaliação do auto-conceito e auto-estima em adultos com paralisia cerebral, podendo o dados ser explorados à medida que forem registados, interpelando o sujeito ao longo da aplicação, não nos cingindo apenas e só ao registo numérico das respostas.

4 - A importância deste estudo parece residir no nosso entendimento sobre a natureza das relações entre o auto-conceito e a auto-estima.

O estudo confirma a multidimensionalidade do auto-conceito e é consistente com a proposta teórica de interpretação.

5 – Finalmente, não posso deixar de apontar alguns desenvolvimentos possíveis para este estudo, acolhendo de alguma forma as limitações que este encerra e alargando as linhas de investigação a outras contextualizações teóricas no domínio das representações sociais e da identidade social, aplicadas à área da deficiência e, em particular, das pessoas com paralisia cerebral.

Uma das limitações deste estudo tinha a ver com o facto de a amostra ser reduzida e algo heterogénea e de apenas se comparar um exemplo de contexto para duas das três valências em estudo. Seria, por isso, interessante a realização de um estudo experimental rigoroso no sentido de verificar a influência do contexto social no auto-conceito e auto-estima das pessoas portadoras de paralisia cerebral.

Por outro lado, poderia enriquecer este estudo investigar o tipo de estratégias utilizadas por esta população para manter uma identidade positiva, partindo do quadro conceptual de Lemaine e Kastersztein, Teoria da Diferencial Social e Originalidade Social.

O aprofundar da investigação no contexto da construção das auto-representações (auto-conceito e auto-estima) na população com paralisia cerebral parece-me ser também uma boa sugestão para trabalhos futuros, tentando responder às seguintes questões: Como se forma o auto-conceito e auto-estima em crianças com paralisia cerebral? Os mecanismos processuais são os mesmos que na população em geral? Qual o impacto da família? Haverá variações de acordo com os estilos educativos parentais, ou melhor, na forma como são percebidos e integrados pelas crianças e jovens com paralisia cerebral? Qual a importância da integração escolar para o auto-conceito e auto-estima dessas crianças? Que papel desempenham os pais, os professores e os

pares nesse processo? Qual a importância da percepção de apoio pela criança na auto-estima e auto-conceito(s)?

Seria também interessante perceber como se dá a formação/construção destas auto-representações nos irmãos das crianças com paralisia cerebral. Que impacto terá nessa(s) criança(s) um contexto familiar que tem de lidar diariamente com uma criança que requer uma atenção especial? (...)

Outro desenvolvimento possível poderia ser um estudo que, na linha de investigação de Ravaud e Ville (1986), partindo de um modelo sócio-construtivista, tentasse perceber o efeito da deficiência motora na construção da identidade. Ao tratar-se de uma experiência singular com significação social e porque determina respostas particulares, o estudo da pessoa com deficiência parece-nos ser uma situação privilegiada de estudo em psicologia. De facto, a deficiência gera uma experiência singular pelas acções e interacções particulares que proporciona, através das quais a formação e construção da identidade se vai gerando. Ao estudar-se o impacto da deficiência sobre a identidade poder-se-ia mostrar a participação da cultura e do indivíduo nesses processos e a necessidade de situar a actividade cognitiva no interior de um sistema de significações construídas e partilhadas pelos membros de uma cultura. Enfim, tentar-se-ia ilustrar o papel do contexto estrutural e a participação activa do sujeito no processo de formação da identidade e, por outro lado, identificar-se-ia as diferentes estratégias cognitivas utilizadas pelos sujeitos na construção de uma identidade positiva.

Termino com a convicção de que o desenvolvimento da investigação nesta área, ao contribuir de forma significativa para a compreensão das pessoas com paralisia cerebral, será um bom contributo para a mudança de mentalidades, quebrando *barreiras invisíveis*, preconceitos e estigmas, que

ainda hoje existem, e irradicar, de uma vez por todas, a discriminação e a exclusão sociais.

VI. BIBLIOGRAFIA

Albizuri, E., Sordo, I., Perez, A. M., Shánchez, M.V., & Amélio (1992). *Autoconcepto y education. Teoria, medida e prática pedagógica*. Bilbao: Vitoria-Gasteiz.

Alves Martins, M., Peixoto, F., Gouveia Pereira, M., Amaral, V., & Pedro, I. (2002). Self-esteem and academic achievement among adolescents. *Educational Psychology*, 22, 51-62.

Andrada, M. G. (1983). *Upa Upa, Vamos! Histórias de Um Quotidiano*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.

Andrada, M. G. (1989). *Risco Perinatal e Desenvolvimento da Linguagem na Criança*. Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa.

Ariés, P., & Duby, G. (1989). *História da Vida Privada*. Lisboa: Afrontamento.

Barros, A. L. (1999). *Psicologia Pediátrica: perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores.

Borges, L., Fineza, I., Gomes, F., Nazário, F., & Sousa, A. (1987).

Paralisia Cerebral: Experiência de Desenvolvimento do Hospital Pediátrico de Coimbra. *Separata de Saúde Infantil*, IX (1), 23-28.

Bengt, & Hagberg, G. (1984). *Prenatal and Perinatal Risk Factors in a survey of 681 Swedish Cases*. In F. Stanley & E. Alberman (Eds). *The Epidemiology of Cerebral Palsies*. (pp. 116-134). Oxford: Spastic International Medical Publications.

Bautista, R. (1993). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivro.

Bobath, B., & Bobath, K. (1978). *Desenvolvimento Motor nos Diferentes Tipos de Paralisia Cerebral*. São-Paulo: Editora Manole Ltda.

Bobath, K. (1979). *A deficiência Motora em Paralisia Cerebral*. São-Paulo: Editora Manole Ltda

Bobath, K (1984). *Uma Base Neurofisiologica para o Tratamento da Paralisia Cerebral*. São Paulo: Editora Manole Ltda.

Borges, L., & Gonçalves, O. (1990). Paralisia Cerebral. Que etiologia? *Saúde Infantil*, XII, 227-228

Burns, R. B. (1982). *Self-concept development and education*. Eastbourn: Holt, Rinehart and Winston.

Burns, R. (1990). *El autoconcepto*. Bilbao: Ediciones EGA.

Byrne, B. M. (1984). The general/academic self- concept nomological network: A review of construct validation research. *Review of Educational Research*, 54, 427-456

Cahuzac, M. (1977). *L' enfant infirme moteur d'origine cérébral*. Paris: Masson.

Chapman, J.W. (1988). Learning disabled children's self-concepts, *Review of Educational Research*, 58 (3), 347-371.

Chapman, J. W., & Boersma, F. J. (1979). *Learning disabilities, locus of control, and mother attitudes*. *Journal of Educational Psychology*, 71, 250-258.

Cooley, E.J. & Ayres, R.R. (1988). Self-concept and success-failure attributions of non-handicapped students and students with learning disabilities, *Journal of Learning Disabilities*, 21(3), 174-178.

Correia, M. (1989). *Crianças que repetem o ano na escola primária: Como se auto-percepcionam e auto-avaliam*. Dissertação - Diploma de Estudos Avançados em Psicologia Educacional. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Cooley, E. J., & Ayres, R. R. (1988). *Self-concept and success-failure attributions of non handicapped students and students with learning disabilities*. *Journal of Learning Disabilities*, 21, 174-178.

Correia, L. M. (2003). O Sistema Educativo Português e as Necessidades Educativas Especiais ou Quando a Inclusão Quer Dizer Exclusão. In L. M. Correia (org.), *Educação Especial e Inclusão*. Porto: Porto Editora.

Crabtree, J. & Meredith, C. (2000). Self-Concept and Social Comparisons in Learning Disabled Students Attending Mainstream and Special Schools: Does Integration Have an Impact? In Rhonda G. Craven and Herbert W. Marsh (Eds.), *Collected Papers of the Inaugural Self-Concept Enhancement and Learning Facilitation (SELF) Research Centre Internacional* (pp.187-193). Sydney: University of Western Sydney.

Cruickshank, W. (1976). *Cerebral Palsy: A developmental disability*. New York: Syracuse University Press.

Damon, W., & Hart, D. (1982). The development of self-understanding from infancy through adolescence. *Child Development*, 53, 841-864.

Demo, D. H. (1985). *The measurement of self-esteem: Refining our methods*. *Journal of Personality & Social Psychology*, 48, 1490-1502.

Dunn, N.L., McCartan, K.W. & Fuqua, R.W. (1988). Young children with orthopedic handicaps: Self-knowledge about their disability, *Exceptional Children*, 55 (3), 249-252.

Eisert, D., & Kahle, L. (1982). Self-evaluation and social comparison of physical and role change during adolescence: A longitudinal analysis. *Child Development*, 53, 98-104.

Espinar, R. S. (1994). *Autoconcepto y motivación: um enfoque orientador*. Barcelona: Oikos-Tau.

Faria, L., & Fontaine, A. (1990). Avaliação do conceito de si próprio de adolescente: Adaptação do SDQ I de Marsh à população portuguesa. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 6, 97-105.

Ferreira, M. C. R. (1994). Inovação curricular na implementação de meios alternativos de comunicação em crianças com deficiência neuromotora grave. Lisboa: CPCCG.

Ferreira, M., & Praça, M. (2000). *Estudo epidemiológico da Paralisia Cerebral em Portugal*. Comunicação apresentada nas 1^{as} Jornadas de Paralisia Cerebral. NRN, Porto.

Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7, 117-140.

França, R. M. A. M. (1994). *A Dinâmica da Relação na Fratria da Criança com Paralisia Cerebral*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Especialização em Psicologia Clínica do Desenvolvimento, apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Coimbra.

Frei, K., & Ruble, D. N. (1985). What children say when the teacher is not around: conflicting goals in social comparison and performance assessment in the classroom. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 18-30.

Garma, A. M., & Elexpuru, A. M. (1999). *El autoconcepto en el aula*. Barcelona: Edebé

Goffman, E. (1968). *Asiles*. Paris : Minuit.

Goffman, E. (1974). *Les rites d'interaction*. Paris : Minuit.

Goffman, E. (1975). *Stigma, les usages sociaux des handicaps*. Paris: Minuit.

Gonçalves, Iria (1988). *Imagens do Mundo Medieval*. Lisboa: Livros Horizonte.

González, M. D., & Touron, J. (1992). *Autoconcepto y rendimiento escolar. Sus implicaciones en la motivación y en la autorregulación del aprendizaje*. Pamplona: EUNSA.

Green, J., & D' Oliveire, M. (1991). *Testes estatísticos em psicologia*. Lisboa: Editorial Estampa.

Grolnick, W.S. & Ryan, R.M. (1990). Self-perceptions, motivation, and adjustment in children with learning disabilities: A multiple group comparison study, *Journal of Learning Disabilities*, 23 (3), 177-184.

Gulliford, R. (1975). *Helping the handicapped child at school*. Windsor: Nfernelson.

Haager, D., & Vaughan, S. (1995). *Parent, teacher, peer and self-reports to social competence of students with learning disabilities*. *Journal of Learning Disabilities*, 28, 205-215.

Harter, S., & Zigler, E. (1968). Effectiveness of adult and peer reinforcement on the performance of institutionalized and noninstitutionalized retardates. *Journal of Abnormal Psychology*, 73 (73), 144-149.

Harter, S. (1983). *Developmental perspectives on the self-system*. In P. H. Mussen (Ed.), *Handbook of Child Psychology*, IV, p.275-385. N.York: Wiley

Harter, S., & Pike, R. (1984). The pictorial scale of perceived competence and social acceptance for young children. *Child Development*, 55, 1969-1982.

Harter, S. (1985). Competence as a Dimension of Self-Evaluation: Toward a Comprehensive Model of Self-Worth in Leahy, R.L. (ed), *The Development of Self*, Orlando: Academic Press Inc.

Harter, S. (1985). *Manual for the Self-perception profile for Children*. Denver: University of Denver.

Harter, S. (1990). Causes, Correlates and the Functional Role of Global Self-Worth: A Life-Span Perspective in Sternberg, R.J. & Kolligan, J. (eds), *Competence Considered*, New Haven: Yale University Press

Harter, S. (1993). Causes and consequences of low self-esteem in children and adolescents. In R. F. Baumeister (Ed.), *Self-esteem: The puzzle of low self-regard* (pp.13-20). New York: Plenum Press.

Harter, S. (1988). *Manual for the Self-perception profile for adolescents*. Denver: University of Denver.

Harter, S. (1998). The development of self-representations. In N. Eisenberg (Ed.), *Social, emotional and personality development*. New York: Wiley.

Harter, S. (1998a). The development of self-representations. In W. Damon (Series Ed.) & N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology*:

vol. 3. *Social, emotional and personality development* (5^a ed., pp. 553-617).

New York: John Wiley & Sons.

Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. New York: The Guilford Press.

Hattie, J (1992). *Self-concept*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates

Huici, C. (1985). Relations intergrupales I e II: Enfoques teóricos e el paradigma del grupo mínimo, in *Estructura y Procesos de Grupo*, 2, 87-133.

James, W. (1890). *The principles of psychology*. Disponível em <http://www.emory.edu/education/mfp/james.html>

Khl, S. (1994). *The Nazi Connection. Eugenics. American Racism and German Nacional Socialism*. Oxford: Oxford University Press.

King, G.A., Shultz, I.Z., Steel, K., Gilpin, M. & Cathers, T. (1993). Self-evaluation and self-concept of adolescents with physical disabilities, *American Journal of Occupational Therapy*, 47 (2). 132-140.

Kistner, J., Haskett, M., White, K. & Robbins, F. (1987). Perceived competence and self-worth of LD and normally achieving students, *Learning Disability Quarterly*, 10 (1), 37-44.

Janeen, M., Balkrishnan, R., Camacho, F., Smith, B., & Koman, L. (2003). Factors associated with Self-esteem in pré-adolescentes and adolescents with cerebral palsy. *Journal of Adolescents Health*, 32 (6), 456-458.

L'Ecuyer, R. (1975). *La g nese du concept de soi: Theorie e recherches*. Les Canada : Ed. Naaman.

L'Ecuyer, R. (1978). *Le concept de soi*. Paris: PUF

Lalkhen, Y., & Norwich, B. (1990). The self-concept and self-esteem of adolescents with physical impairments in integrated in a special school settings. *European Journal of Special Needs Education*, 5 (1).

Lawrance, B. (1991). Self-concept formation and physical handicap: some educational implications for integration. *Disability, Handicap & Society*, 6 (2), 139-146.

Leitão, A. (1983). *A Paralisia Cerebral. Diagnóstico, Terapia, Reabilita o*. Rio de Janeiro: Livraria Ateneu.

Lemaine, G., & Kastersztejn, J. (1972). Recherches sur l'originalité sociale: la differenciation et l'incomparabilit . *Bulletin de Psychologie*, 25, 673-993.

Mannoni, M. (1967). *A criança «doente» e os outros*. Lisboa: Moraes Editores

Mayberry, W. (1989). Self-esteem in children: Considerations for measurement and intervention, *American Journal of Occupational Therapy*, 44 (8), 729-734

Mayor, F. (1994). *Declaração de Salamanca. Conferência Mundial Sobre Necessidades Educativas Especiais: Acesso e Qualidade*. Paris: UNESCO.

Marc, E., & Picard, D. (1989). *L'interaction sociale*. Paris: PUF.

Marsh, H., Cairns, L., Relich, J., Barnes, J., & Debus, R. (1984). The relationships between dimensions of self-attribution and dimensions of self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76 (1), 3-32.

Marsh, H. W., Parker, J. W., & Barnes, J. (1985). Multidimensional adolescent self-concepts: Their relationship to age, sex, and academic measures. *American Educational Research Journal*, 22, 422-444.

Marsh, H. (1986). Global self-esteem: Its relation to specific facets of self-concept and their importance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1224-1236.

Marsh, H. W. (1987). The big-fish-little-pond effect on academic self-concept. *Journal of Educational Psychology*, 79, 280-295.

Marsh, H. (1990). The structure of academic self-concept: The Marsh/Shavelson model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82 (4), 623-636.

Marsh, H. W. (1990). *Causal ordering of academic self-concept achievement: a multiwave, longitudinal panel analysis*. *Journal of Educational Psychology*, 82, 646-656.

Marsh, H. W. (1990). Influences of internal and external frames of reference on the formation of math and english self-concepts. *Journal of Educational Psychology*, 82, 107-116.

Marsh, H. W., Kong, C.-K., & Hau, K.-T. (2000). Longitudinal multilevel models of the big-fish-little-pond effect on academic self-concept: Counterbalancing contrast and reflected-glory effects in Hong Kong Schools. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 337-349.

Marsh, H. W., Kong, C.-K., & Hau, K.-T. (2001). Extension of the internal/external frame of reference model of self-concept formation: Importance of native and nonnative languages for Chinese students. *Journal of Educational Psychology*, 93, 543-553

Marsh, H. W., & Craven, R. (1991). Self-other agreement on multiple dimensions of preadolescent selfconcept: Inferences by teachers, mothers and fathers. *Journal of Educational Psychology*, 83 (3), 393-404.

Marsh, H. W., & Yeung, A. S. (1997). *Causal effects of academic self-concept on academic achievement: Structural equation models of longitudinal data*. *Journal of Educational Psychology*, 84, 41-54.

Matos, A. C. (2007). *Vária. Existo porque fui amado*. Lisboa: Climepsi Editores

Matoso, José (1993). *História de Portugal*. Lisboa: Círculo de Leitores.

Messer, B., & Harter, S. (1986). *Manual for the adult self-perception profile*. Denver: University of Denver.

Miyahara, M., & Piek, J. (2006). Self-Esteem of Children and Adolescents with Physical Disabilities: Quantitative Evidence from Meta-Analysis. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 18 (3), 219-234.

Misés, R. (1975). *L'enfant déficient mental*. Paris : PUF

Monteiro, M., Matos, A. P., & Coelho, R. (2002). A adaptação psicológica de mães cujos filhos apresentam Paralisia Cerebral: Revisão da literatura. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 4, 2.

Montgomery, M. S. (1994). *Self-concept and children with learning disabilities: observed child concordance across six context-dependent domains*. *Journal of Learning Disabilities*, 27, 254-262.

Moreno, Humberto (1985). *Marginalidade e Conflitos sociais em Portugal nos Séculos XIV e XV*. Lisboa: Presença.

Mrug, S., Wallander, J. L. (2002). Self-Concept of Young People with Physical Disabilities: does integration a role? *International Journal of Disability, Developmental and Education*, 49 (3), 267-280.

Nietzsche, F. (1988). *O Anticristo*. Lisboa: Europa – América.

Organização Das Nações Unidas (1983). *Programa Mundial de Acção Relativo às Pessoas Deficientes*. Lisboa: Secretariado Nacional Reabilitação.

Organização Das Nações Unidas. (1995). *Normas sobre Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiência*. Cadernos SNR, 3, Lisboa: Secretariado Nacional Reabilitação.

Organização Mundial De Saúde (1995). *Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (Handicaps)*. Um Manual de Classificação das Consequências das Doenças. Livros SNR, 7, Lisboa: Secretariado Nacional Reabilitação.

Organização Mundial De Saúde (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (C.I.F.)*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Peixoto, F. (1998). Auto-conceito(s), auto-estima e resultados escolares: A influência da repetência no(s) auto-conceito(s) e na auto-estima de adolescentes. In M. Alves-Martins (Ed.), *Actas do IX Colóquio de Psicologia e Educação* (pp. 51-69). Lisboa: ISPA.

Peixoto, F. (1999). Escala de Percepção da Relação com a Família. In A. P. Soares, S. Araújo, & S. Caires (Eds.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (Vol. VI, pp. 468-474). Braga: APPORT.

Peixoto, F., & Almeida, L. S. (1999). Escala de Auto-Conceito e Auto Estima. In A. P. Soares, S. Araújo, & S. Caires (Eds.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (Vol. VI, pp. 632-640). Braga: APPORT.

Peixoto, F. (2000). Qualidade das relações familiares, auto-estima, auto-conceito e rendimento académico. *Análise Psicológica*, 1, (XXII), 235-244.

Peixoto, F. (2003). *Auto-estima, Autoconceito e dinâmicas relacionais em contexto escolar*. Tese de Doutoramento. Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.

Pereira, M. G. (1995). *A percepção do papel do grupo de pares nas tarefas de desenvolvimento em adolescentes e pais*. Dissertação de Mestrado não publicada, Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Piolat, M., Hurtig, M. C., & Pichevin, M. F. (1992). *Le soi. Recherches dans le champ de la cognition sociale*. Paris : Delachaux et Niestlé.

Ravaud, J. F., & Ville, I. (1986). De la représentation sociale à l'identité des personnes handicapées physiques. *International Journal of Rehabilitation Research*, 9 (4), 343-354.

Renich, M., & Harter, S. (1988). *Manual for the self-perception profile for learning disabled students*. Denver: University of Denver.

Renich, M., & Harter, S. (1989). Impact of social comparisons on developing self-perceptions of learning disabled students. *Journal of Educational Psychology*, 81 (4), 631-638.

Robinson, W. P., & Tayler, C. A. (1986). Auto-estima, desinteresse e insucesso escolar em alunos da escola secundária. *Análise Psicológica* 5, 105-113.

Robinson, W. P., Tayler, C. A., & Piolat, M. (1990). School attainment, self-esteem and identity. *European Journal of Social Psychology*, 20, 1-17.

Robinson, W. P., & Tayler, C. A. (1991). Correlates of low academic attainment in three countries: England, France and Japan. *Análise Psicológica*, 9, 277-290.

Robinson, W. P., & Breslav, G. (1996). Academic achievement and self-concept of Latvian adolescents in a changed social context. *European Journal of Psychology of Education*, 11, 399-410.

Rosenberg, B. S., & Ganier, E. L. (1977). *The self-concept of the adolescents with learning disabilities*. *Adolescence*, 12, 490-497.

Senos, J. (1992). *Auto-estima e resultados escolares. O papel da atribuição causal e da identidade social na manutenção da auto-estima após a obtenção de baixos resultados escolares, numa amostra de alunos do 6º ano de escolaridade*. Dissertação - Diploma de Estudos Avançados em Psicologia Educacional, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

Senos, J. (1997). Identidade Social, Auto-estima e Resultados Escolares. *Análise Psicológica*, 15, 123-137.

Senos, J., & Diniz, T. (1998). Auto-estima, resultados escolares e indisciplina. Estudo exploratório numa amostra de adolescentes. *Análise Psicológica*, 16, 267-276.

Serra, A. (1988). O auto-conceito. *Análise Psicológica*, 2 (VI), 101-110.

Shavelson, R. J., Hubner, J. J., & Stanton, G. C. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46, 407-441.

Shavelson, R., & Bolus, B. (1982). Self-concept: The interplay of theory and methods. *Journal of Educational Psychology*, 74 (1), 3-17.

Shields, N., Murdoch, A, Loy, Y., Dodd, K., & Taylor, N. (2006). A systematic review of the self-concept of children with cerebral palsy compared with children without disability. *Developmental Medicine Child Neurology*, 48, 151-157.

Shields, N., Loy, Y., Murdoch, A., Taylor, N., & Dodd, K. (2007). Self-concept of children with cerebral palsy compared with that of children without impairment. *Developmental Medicine Child Neurology*, 49 (5), 350-354.

Silon, E. & Harter, S. (1985). Assessment of perceived competence, motivational orientation and anxiety in mainstreamed and self-contained educable mentally retarded children, *Journal of Educational Psychology*, 77 (2), 217-230.

Simões, M., & Serra, A. V, (1987). *A Importância do Auto-conceito na Aprendizagem Escolar*. Revista portuguesa de pedagogia, XXI, 233-252.

Silverman, R. & Zigmond, N. (1983). Self-concept in learning disabled adolescents, *Journal of Learning Disabilities*, 16 (8), 478-482.

Song, I. S., & Hattie, J. (1985). Relationships between self-concept and achievement. *Journal of Research in Personality*, 19, 365-372.

Tam, A. & Watkins, D. (1995). Towards a Hierarchical model of Self-Concept for Hong Kong Chinese adults with Physical Disabilities. *International Journal of Psychology*, 30, 1-17.

Tavares, M. (1989). *Pobreza e Morte em Portugal na Idade Média*. Lisboa: Presença.

Ville, I. (1995). *Identité e Déficiences Motrices – Une approche socio-construtiviste*. Tese de Doutoramento. École des Hautes Études en Sciences Sociales, Psychologie Sociale.

Vispoel, W. P. (1995). Self-concept in artistic domains: An extension of the Shavelson, Hubner, and Stanton (1976) model. *Journal of Educational Psychology*, 87, 134-153.

VII. ANEXOS

1. Ficha de recolha de dados
2. Anotação de classe social (Índice de Graffard)
3. Perfil de Auto-Percepção – «COMO É QUE EU SOU»
4. Escala de importância

1. FICHA DE RECOLHA DE DADOS

1- Nome próprio: _____

2- Data de nascimento: ____/____/____

3- Idade: _____

4- Estado civil:

- A- Solteiro
- B- Casado / Vivendo maritalmente
- C- Separado
- D- Viúvo

5- Nível de instrução:

- A- Curso Universitário
- B- Curso Médio
- C- 7º Ano Liceu
- D- 5º Ano Liceu
- E- 2º Ano Liceu
- F- Ensino Primário
- G- Ensino Primário Incompleto
- H- Sem Instrução

6- Classe social:

- A- Baixa
- B- Média Baixa
- C- Média
- D- Média Alta
- E- Alta

Nota: Preencher Anexo A

7- Modo de comunicação:

- A- Verbal A1- Dificuldades de articulação Sim
Não
- B- Alternativo B1- Qual ? _____

8- Tipo de locomoção:

- A- Autónimo
- B- Cadeira de rodas B1- Dependente
B2- Independente

9- Tipo de integração:

- A- Centro Residencial +
Centro de Actividades Ocupacionais
- B- Centro de Formação Profissional
- C- Integração em meio Normal de Trabalho
C1- Tipo de Trabalho _____

2. Anotação da classe social (Anexo A)

INDICE DE GRAFFARD

CRITÉRIOS GRAUS	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	Fonte Principal RENDIMENTO	Tipo de HABITAÇÃO	Local de RESIDÊNCIA
1	Grandes industriais e comerciantes. Gestores de topo de grandes empresas e administração pública. Profissionais liberais clássicos.	Doutoramento Mestrado Licenciatura	Propriedade	Luxuoso	Bairro elegante
2	Médios industriais, comerciantes e agricultores. Dirigentes intermédios e quadros técnicos das empresas e administração pública.	Bacharelato Curso superior	Altos vencimentos ou honorários	Espaçoso e confortável.	Bom local
3	Pequenos industriais e comerciantes. Encarregados e operários qualificados.	Curso Complementar E. S. Curso Geral E. S	Vencimentos certos.	Bem conservado e com cozinha e c. b. Electrodomésticos essenciais	Zona antiga
4	Pequenos agricultores. Operários semi-qualificados, escriturários...	Escolaridade obrigatória, segundo a idade.	Remunerações incertas.	Com cozinha e c. b. mas degradado e/ou sem electrodomésticos essenciais.	Bairro operário/social
5	Mão de obra indiferenciada.	Não escolaridade obrigatória completa, segundo a idade.	Assistência	Impróprio	Bairro de lata

3. COMO É QUE EU SOU

Vou ler algumas afirmações que permitem às pessoas descreverem-se a si mesmas. Não existem respostas certas nem erradas, já que as pessoas se diferenciam umas das outras. Por favor, escute com atenção toda a frase. Seguidamente, decida qual das duas partes da afirmação melhor o/a descrevem. Depois dirija a sua atenção para a parte escolhida e decida se está mais ou menos de acordo - «MAIS OU MENOS COMO EU» - ou totalmente de acordo - «EXACTAMENTE COMO EU». Finalmente, marquei apenas uma cruz, numa das quatro caixas, para cada afirmação.

EXACTA- MENTE COMO EU	MAIS OU MENOS COMO EU		MAS		MAIS OU MENOS COMO EU	EXACTA- MENTE COMO EU
1- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns gostam do modo como levam a sua vida.	MAS	Outros não gostam do modo como estão a levar a sua vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns sentem que é agradável estar com eles.	MAS	Outros questionam-se se, de facto, são pessoas agradáveis com quem se estar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns não estão satisfeitos com o seu trabalho.	MAS	Outros estão satisfeitos com o seu trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns acham que cuidar ou promover os outros é uma contribuição para o futuro.	MAS	Outros não têm o sentido de contribuir para o futuro através do promover os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Em jogos e desportos alguns costumam assistir em vez de jogar.	MAS	Outros jogam mais do que assistem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estão satisfeitos com a sua aparência (aspecto).	MAS	Outros não estão satisfeitos com a sua aparência.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns acham que não ganham o suficiente para se sustentarem a si próprios e aqueles que são importantes para eles.	MAS	Outros acham que ganham o suficiente para se sustentarem adequadamente e aos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns vivem em conformidade com os seus princípios morais.	MAS	Outros têm dificuldade em viver em conformidade com os seus princípios morais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXACTA- MENTE COMO EU	MAIS OU MENOS COMO EU		MAS		MAIS OU MENOS COMO EU	EXACTA- MENTE COMO EU
9- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estão satisfeitos sendo como são.	MAS	Outros gostariam de ser diferentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns não são muito organizados na realização das tarefas caseiras (domésticas).	MAS	Outros são organizados na realização das tarefas caseiras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns têm facilidade em desenvolver relações íntimas.	MAS	Outros têm dificuldade em desenvolver relações íntimas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns quando não compreendem qualquer coisa, sentem-se estúpidos.	MAS	Outros quando não compreendem não se sentem estúpidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns conseguem rir de si próprios.	MAS	Outros têm dificuldade em rir-se de si próprios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns quando têm de conhecer pessoas (novas) sentem-se incomodados.	MAS	Outros gostam de conhecer pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns sentem que são bons no seu trabalho.	MAS	Outros preocupam-se se são ou não são capazes de fazer o seu trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns não gostam de encorajar o progresso dos outros.	MAS	Outros gostam de encorajar o progresso dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns interrogam-se, algumas vezes, se são pessoas de mérito.	MAS	Outros sentem que são pessoas de mérito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns acham que poderão ser bons em qualquer actividade física que ainda não tenham experimentado.	MAS	Outros receiam que possam não ser bons em actividades físicas que nunca praticaram.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXACTA- MENTE COMO EU	MAIS OU MENOS COMO EU			MAIS OU MENOS COMO EU	EXACTA- MENTE COMO EU
19- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns pensam que não são muito atractivos ou bem parecidos.	MAS	Outros pensam que são atractivos ou bem parecidos.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estão satisfeitos com o modo como cuidam das necessidades materiais das pessoas mais importantes das suas vidas.	MAS	Outros não estão satisfeitos com o modo como cuidam das necessidades materiais dessas pessoas.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns gostariam de ser uma pessoa moralmente melhor.	MAS	Outros pensam que são pessoas com boa moral.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
22- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns são capazes de fazer as tarefas caseiras (domésticas) regularmente.	MAS	Outros têm dificuldades em fazer as tarefas caseiras regularmente.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns têm dificuldade em estabelecer relações íntimas.	MAS	Outros não têm dificuldades em estabelecer relações íntimas.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
24- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns acham que são inteligentes.	MAS	Outros questionam-se a cerca da sua inteligência.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
25- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estão desapontados consigo próprios.	MAS	Outros estão muito satisfeitos consigo próprios.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
26- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns acham difícil agir de maneira brincalhona ou enganadora para com amigos e colegas.	MAS	Outros acham que é fácil brincar ou enganar os amigos e colegas.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
27- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns sentem-se à vontade com outras pessoas.	MAS	Outros são muito tímidos.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
28- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns não são muito produtivos no seu trabalho.	MAS	Outros são muito produtivos no seu trabalho.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

	EXACTA- MENTE COMO EU	MAIS OU MENOS COMO EU			MAIS OU MENOS COMO EU	EXACTA- MENTE COMO EU	
29-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns acham que são bons a cuidar dos outros.	MAS	Outros não são bons a cuidar dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns acham que não são muito bons em desporto.	MAS	Outros acham que são bons em todas as modalidades desportivas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns gostam do seu aspecto físico (aparência)	MAS	Outros não gostam da sua aparência.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns sentem-se incapazes de providenciar necessidades materiais da vida.	MAS	Outros sentem que são capazes de providenciar as necessidades materiais da vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns estão insatisfeitos consigo próprios.	MAS	Outros estão satisfeitos consigo próprios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns fazem normalmente o que acham moralmente correcto.	MAS	Outros muitas vezes não fazem o que eles sabem que é moralmente correcto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns não são muito eficientes a orientar as actividades em casa.	MAS	Outros são eficientes a orientar as actividades em casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas pessoas procuram relações íntimas.	MAS	Outras evitam relações íntimas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns não se sentem intelectualmente capazes.	MAS	Outros sentem-se intelectualmente capazes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns acham que têm um bom sentido de humor.	MAS	Outros desejavam que o seu sentido de humor fosse melhor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns não são muito sociáveis.	MAS	Outros são sociáveis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns têm orgulho no seu trabalho.	MAS	Outros não têm muito orgulho no que fazem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns gostam do tipo de pessoa que são.	MAS	Outros gostariam de ser outra pessoa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXACTA- MENTE COMO EU	MAIS OU MENOS COMO EU			MAIS OU MENOS COMO EU	EXACTA- MENTE COMO EU
42- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns não gostam de cuidar dos outros.	MAS	Outros gostam de cuidar dos outros.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
43- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns sentem que são melhores do que outros da mesma idade a fazer desporto.	MAS	Outros acham que não são capazes de jogar tão bem.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
44- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns gostariam que alguma coisa na sua cara ou nos seus cabelos fosse diferente.	MAS	Outros gostam do seu cabelo e da sua cara tal como são.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
45- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns acham que cuidam adequadamente das necessidades daqueles que são importantes para eles.	MAS	Outros acham que não cuidam adequadamente das necessidades dessas pessoas.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
46- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns questionam-se normalmente sobre a moralidade do seu comportamento.	MAS	Outros acham que normalmente o seu comportamento é moral.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
47- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns usam eficientemente o seu tempo nas actividades de casa.	MAS	Outros não usam o seu tempo eficientemente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
48- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns, nas relações íntimas, têm dificuldade em comunicar abertamente.	MAS	Outros em relações íntimas acham que é fácil comunicar abertamente.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
49- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns acham que são tão espertos como os outros.	MAS	Outros admiram-se por serem tão espertos.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
50- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns acham que, muitas vezes, são demasiado sérios acerca da sua vida.	MAS	Outros são capazes de encontrar humor na sua vida.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Messer and Harter, Adult Self-Perception Profile, University of Denver,
1984 (R) - Versão Experimental

4. ESCALA DE IMPORTÂNCIA

GRAUS DE IMPORTÂNCIA

<u>QUANTO É IMPORTANTE PARA TI?</u>	MUITO MPORTANTE	BASTANTE IMPORTANTE	MAIS OU MENOS MPORTANTE	NÃO MUITO IMPORTANTE
1-Ser sociável / estar à vontade com os outros.	_____	_____	_____	_____
2-Ser bom no seu trabalho (Como define trabalho? ____ emprego ____ trabalho doméstico ____ actividades ocupacionais	_____	_____	_____	_____
3-Tratar / Cuidar dos outros.	_____	_____	_____	_____
4-Ser bom em actividades físicas.	_____	_____	_____	_____
5-Ter boa aparência.	_____	_____	_____	_____
6-Ser providente (Conseguir obter as necessidades materiais da vida).	_____	_____	_____	_____
7-Ser moralmente correcto.	_____	_____	_____	_____
8-Ser bom a dirigir os trabalhos domésticos (Administração doméstica).	_____	_____	_____	_____
9-Ter relações íntimas	_____	_____	_____	_____
10-Ser inteligente.	_____	_____	_____	_____
11-Ter senso de humor.	_____	_____	_____	_____

Das 11 áreas apresentadas anteriormente, escolha as 3 áreas mais importantes e as 3 menos importantes para si.

Mais importantes

Menos importantes

