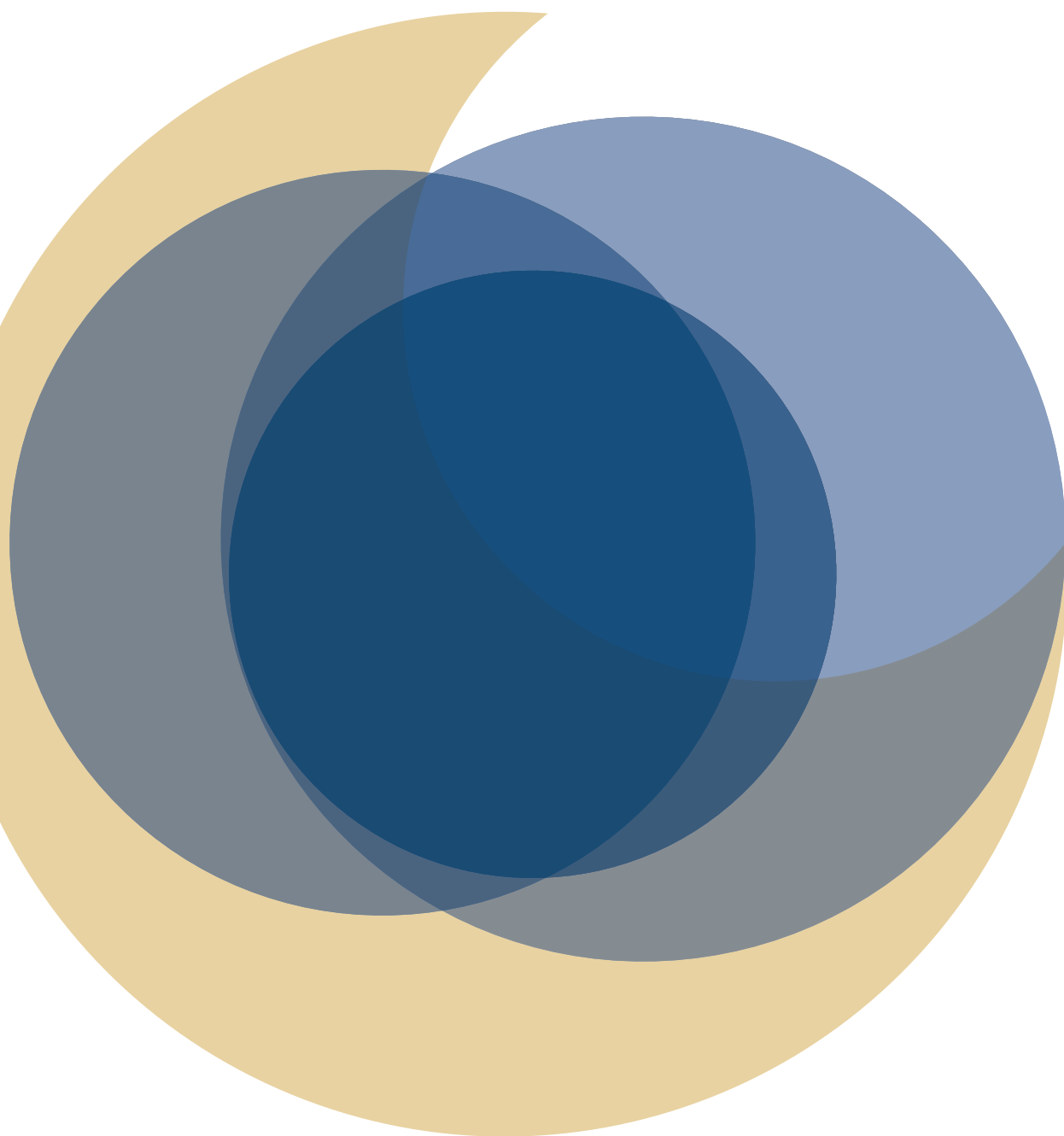


O Sistema de Reabilitação e as Trajectórias de Vida das Pessoas com Deficiências e Incapacidades em Portugal



O Sistema de Reabilitação e as Trajectórias de Vida das Pessoas com Deficiências e Incapacidades em Portugal



ESTUDOS 12



CRPG
Centro de Reabilitação
Profissional de Gaia



Instituto Superior de Ciências
do Trabalho e da Empresa

Ficha Técnica

Título **O Sistema de Reabilitação e as Trajectórias de Vida das Pessoas com Deficiências e Incapacidades em Portugal**
Realizado no âmbito do Estudo “Modelização das Políticas e das Práticas de Inclusão Social das Pessoas com Deficiências em Portugal”, decorrido entre Outubro de 2005 e Dezembro de 2007, com o apoio do Programa Operacional de Assistência Técnica ao QCA III – eixo FSE.

Entidade Promotora:

CRPG – Centro de Reabilitação Profissional de Gaia

Parceria:

ISCTE – Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa

Autoria CRPG – Centro de Reabilitação Profissional de Gaia
ISCTE – Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa

Equipa Técnica Jerónimo Sousa (*coordenador geral*)
José Luís Casanova (*coordenador*)
Paulo Pedroso (*coordenador*)
Andreia Mota
António Teixeira Gomes
Filipa Seiceira
Sérgio Fabela
Tatiana Alves

Consultoria Donal McAnaney
Jan Spooren
Luís Capucha
Patrícia Ávila

Outras Colaborações Madalena Moura
Maria Araújo
Pedro Estêvão
Sérgio Estevinha

Edição CRPG – Centro de Reabilitação Profissional de Gaia

Local e Data Vila Nova de Gaia – 2007

Design Godesign, Lda

ISBN 978-972-98266-8-9

© CRPG – Centro de Reabilitação Profissional de Gaia, 2007

Av. João Paulo II 4410-406 Arcozelo VNG

www.crbg.pt info@crbg.pt

T. 227 537 700 F. 227 629 065



UNIÃO EUROPEIA
Fundo Social Europeu



Reservados todos os direitos. Reprodução autorizada.

Apoio: Programa Operacional de Assistência Técnica ao QCA III – Eixo FSE

Índice

Introdução	13
1. Apoios e serviços do sistema de reabilitação	19
> Apoios e serviços na educação	28
> Apoios e serviços no acesso ao mercado de trabalho	28
> Reabilitação médico-funcional	30
> Ajudas técnicas	34
> Outros tipos de apoios e serviços do sistema de reabilitação	36
> Prestações sociais	37
> Satisfação com os apoios e serviços do sistema de reabilitação	40
2. Qualidade de vida	45
> Autodeterminação e desenvolvimento pessoal	47
• Educação e formação ao longo da vida	47
• Acessibilidades comunicacional e programática	54
• Desenvolvimento psicológico e de capacidades sociais	63
• Autonomia e resiliência	65
> Bem-estar físico e material	67
• Trabalho e emprego	67
• Rendimento e prestações sociais	76
• Cuidados de saúde	82
• Habitação	88
• Mobilidade	90
> Direitos e inclusão social	93
• Desempenho de papéis e funções na vida pública	93
• Integração em redes sociais	101
• Turismo e lazer	103
• Discriminação	108
> Avaliação global	112
Síntese final	123
Bibliografia	135

Anexos	141
> Metodologia	143
> Produtos desenvolvidos no âmbito do Estudo “Modelização das Políticas e das Práticas de Inclusão Social das Pessoas com Deficiências e Incapacidades em Portugal”	153
> Modelização: um percurso partilhado	155

Índice de quadros

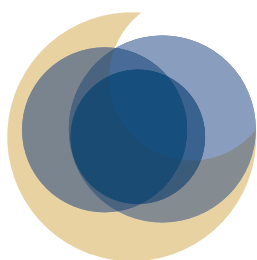
Quadro 1.1.	Apoios e serviços do sistema de reabilitação e sexo	21
Quadro 1.2.	Apoios e serviços do sistema de reabilitação e grupos etários	22
Quadro 1.3.	Apoios e serviços do sistema de reabilitação por nível de ensino	23
Quadro 1.4.	Apoios e serviços do sistema de reabilitação e grupo profissional	25
Quadro 1.5.	Apoios e serviços do sistema de reabilitação e tipos de limitações da actividade	26
Quadro 1.6.	Apoios e serviços do sistema de reabilitação e tipos de alterações nas funções	27
Quadro 1.7.	Apoios e serviços do sistema de reabilitação e idade de desenvolvimento/aquisição da primeira alteração nas funções	29
Quadro 1.2.1.	Tipos de apoios e serviços no acesso ao mercado de trabalho	29
Quadro 1.3.1.	Acções de reabilitação médico-funcional e sexo	30
Quadro 1.3.2.	Acções de reabilitação médico-funcional e grupos etários	31
Quadro 1.3.3.	Acções de reabilitação médico-funcional e tipos de alterações nas funções	32
Quadro 1.3.4.	Número de acções de reabilitação médico-funcional frequentadas	32
Quadro 1.3.5.	Tipos de acções de reabilitação médico-funcional frequentadas	33
Quadro 1.3.6.	Necessidade de receber algum ou mais algum apoio	33
Quadro 1.3.7.	Tipos de apoios identificados como necessários	34
Quadro 1.4.1.	Tipos de ajudas técnicas utilizadas	35
Quadro 1.5.1.	Tipos de serviços/benefícios usufruídos	36
Quadro 1.5.2.	Principal motivo para não usufruir de nenhum tipo de serviço/benefício ao nível dos transportes	37
Quadro 1.6.1.	Prestações sociais	38
Quadro 1.7.1.	Satisfação com as acções de reabilitação médico-funcional	40
Quadro 1.7.2.	Satisfação com as ajudas técnicas	41
Quadro 1.7.3.	Satisfação com os Centros de Actividades Ocupacionais	42

Quadro 1.7.4.	Satisfação com as prestações sociais	43
Quadro 2.1.1.	Saber ler e escrever e idade	48
Quadro 2.1.2.	Saber ler e escrever e limitações da actividade	48
Quadro 2.1.3.	Saber ler e escrever e alterações nas funções	49
Quadro 2.1.4.	Frequência de um estabelecimento de ensino	50
Quadro 2.1.5.	Motivo para o abandono escolar	50
Quadro 2.1.6.	Motivo para o abandono escolar e idade	51
Quadro 2.1.7.	Motivo para não continuar os estudos após o 3º ciclo do ensino básico	52
Quadro 2.1.8.	Motivo para não continuar os estudos após o ensino secundário	53
Quadro 2.1.9.	Percepção da necessidade de aumentar o grau de certificação escolar e idade	53
Quadro 2.1.10.	Percepção da necessidade de certificação escolar – nível de ensino desejado	54
Quadro 2.1.11.	Utilização de computadores por idade (%)	55
Quadro 2.1.12.	Utilização de computadores e alterações nas funções	57
Quadro 2.1.13.	Principal motivo para não utilizar computadores	57
Quadro 2.1.14.	Objectivos de utilização da Internet	58
Quadro 2.1.15.	Frequência de leitura	59
Quadro 2.1.16.	Principal forma de acesso a informação relacionada com as deficiências e incapacidades	59
Quadro 2.1.17.	Forma de acesso aos serviços e apoios do sistema de reabilitação	60
Quadro 2.1.18.	Forma de acesso ou de conhecimento dos apoios da protecção social	61
Quadro 2.1.19.	Medidas legislativas para pessoas com deficiências e incapacidades (%)	62
Quadro 2.1.20.	Bem-estar físico e emocional	64
Quadro 2.1.21.	Satisfação com a vida material e financeira	65
Quadro 2.1.22.	Tipos de apoio domiciliário recebido	66
Quadro 2.1.23.	Principal motivo para não ter recebido apoios no alojamento	66
Quadro 2.1.24.	Tipos de apoios no alojamento	67
Quadro 2.2.1.	Taxas de actividade e desemprego (18 aos 64 anos) e tipo de alterações nas funções	69

Quadro 2.2.2.	População activa e níveis de limitações da actividade	69
Quadro 2.2.3.	Tipos de contrato de trabalho	70
Quadro 2.2.4.	Tipos de horário de trabalho	70
Quadro 2.2.5.	Motivo para não trabalhar a tempo inteiro	71
Quadro 2.2.6.	Local de trabalho	71
Quadro 2.2.7.	Tempo de permanência na actividade profissional	72
Quadro 2.2.8.	Promoção nos últimos 5 anos de trabalho	72
Quadro 2.2.9.	Saída do emprego	73
Quadro 2.2.10.	Motivo de saída involuntária do emprego	73
Quadro 2.2.11.	Tempo que se encontra no desemprego	74
Quadro 2.2.12.	Principal causa para a permanência no desemprego	74
Quadro 2.2.13.	Diligências, nos últimos 30 dias, para encontrar emprego	76
Quadro 2.2.14.	Número de situações de desemprego	77
Quadro 2.2.15.	Rendimentos não monetários obtidos no último mês	77
Quadro 2.2.16.	Principal fonte de rendimento	78
Quadro 2.2.17.	Prestações sociais e tipos de alterações nas funções	78
Quadro 2.2.18.	Rendimento médio mensal líquido do agregado doméstico	78
Quadro 2.2.19.	Número de pessoas que contribuem para o rendimento do agregado doméstico	79
Quadro 2.2.20.	Rendimento médio mensal líquido do agregado doméstico e número de pessoas que residem no agregado doméstico	79
Quadro 2.2.21.	Categorias de despesa em que o agregado gastou mais dinheiro	80
Quadro 2.2.22.	Avaliação da capacidade do agregado para fazer face às despesas	80
Quadro 2.2.23.	Transferências sociais recebidas no agregado doméstico	81
Quadro 2.2.24.	Previsão da situação material e financeira daqui a 2 anos	82
Quadro 2.2.25.	Tipos de serviço de saúde	83
Quadro 2.2.26.	Consultas com um médico especialista	84
Quadro 2.2.27.	Frequência de consulta do médico especialista	84
Quadro 2.2.28.	Principal motivo pelo qual não consulta médico especialista	84
Quadro 2.2.29.	Gastos mensais com medicamentos	85

Quadro 2.2.30.	Abdicação de bens e serviços por não poder comportar os custos	86
Quadro 2.2.31.	Abdicação de bens e serviços por não poder comportar os custos e gasto mensal em medicamentos	87
Quadro 2.2.32.	Abdicação de bens e serviços por não poder comportar os custos – comparação com a população total (%)	87 88
Quadro 2.2.33.	Propriedade da habitação	
Quadro 2.2.34.	Propriedade do alojamento e tipos de alterações nas funções (%)	89 89
Quadro 2.2.35.	Acessibilidade à habitação	90
Quadro 2.2.36.	Acessibilidade no interior da habitação	91
Quadro 2.2.37.	Utilização de transportes públicos	
Quadro 2.2.38.	Utilização de transportes públicos e relação com o sistema de reabilitação	91 91
Quadro 2.2.39.	Tipos de transportes públicos utilizados	92
Quadro 2.2.40.	Frequências de utilização dos transportes públicos	93
Quadro 2.2.41.	Principal motivo para não utilizar os transportes públicos	94
Quadro 2.3.1.	Voto nas eleições legislativas de 2005	
Quadro 2.3.2.	Voto nas eleições legislativas de 2005 e relação com o sistema de reabilitação	94 96
Quadro 2.3.3.	Participação em associações ou colectividades (%)	
Quadro 2.3.4.	Participação em associações ou colectividades e relação com o sistema de reabilitação (%)	97 98
Quadro 2.3.5.	Tipos de participação (% em coluna)	99
Quadro 2.3.6.	Abertura das instituições (% em coluna)	
Quadro 2.3.7.	Abertura das instituições e relação com o sistema de reabilitação (% em coluna)	100 102
Quadro 2.3.8.	Redes sociais	102
Quadro 2.3.9.	Redes sociais e relação com o sistema de reabilitação	103
Quadro 2.3.10.	Frequência das práticas de lazer (% em linha)	
Quadro 2.3.11.	Prática de actividade desportiva (mais do que uma vez por mês)	105
Quadro 2.3.12.	Principal motivo para não praticar nenhum desporto	106
Quadro 2.3.13.	Férias fora da residência habitual (excluindo fins-de-semana e “pontes”)	106

Quadro 2.3.14.	Tipo de alojamento utilizado quando passa férias fora da sua residência habitual	107
Quadro 2.3.15.	Número de noites no alojamento de férias	107
Quadro 2.3.16.	Percepção de situações de discriminação (%)	109
Quadro 2.3.17.	Percepção de discriminação no local de trabalho (%)	110
Quadro 2.3.18.	Percepção sobre oportunidades e apoios no dia-a-dia (%)	111
Quadro 2.4.1.	Avaliação do último estabelecimento de ensino frequentado	113
Quadro 2.4.2.	Avaliação do último estabelecimento de ensino frequentado (cont.)	113
Quadro 2.4.3.	Avaliação da actividade que desempenha/desempenhava	114
Quadro 2.4.4.	Avaliação da actividade que desempenha/desempenhava (cont.)	115
Quadro 2.4.5.	Opinião sobre a última consulta com o médico de clínica geral	116
Quadro 2.4.6.	Opinião sobre a última consulta com o médico especialista	117
Quadro 2.4.7.	Avaliação das condições físicas da habitação e do acesso ao arrendamento	118
Quadro 2.4.8.	Opinião sobre questões relativas à aquisição de habitação	118
Quadro 2.4.9.	Avaliação dos apoios recebidos no alojamento	119
Quadro 2.4.10.	Avaliação dos apoios recebidos no alojamento (cont.)	120
Quadro 2.4.11.	Avaliação dos locais onde se realizam as actividades de tempos livres	120
Quadro 2.4.12.	Avaliação sobre transportes públicos	121
Quadro 2.4.13.	Avaliação sobre transportes públicos (cont.)	121



Introdução

Nas últimas décadas, Portugal registou progressos extraordinários ao nível das políticas e das práticas no âmbito das pessoas com deficiências e incapacidades (PCDI). Em particular, a adesão à União Europeia trouxe novos recursos e um novo impulso que constituíram uma oportunidade que o país aproveitou, quer ao nível das políticas públicas, quer ao dos dinamismos da sociedade civil.

Apesar dos progressos e da experiência desenvolvida, há ainda necessidade de investir em áreas de fragilidade e de desenvolver o potencial das restantes, numa perspectiva de adequação às necessidades dos cidadãos, à resolução dos seus problemas e num esforço de optimização dos recursos envolvidos. Estão agora reunidas as condições para que um novo impulso e uma visão sistémica renovada possam conduzir o país a um novo ciclo neste campo de acção.

Esse novo ciclo pode beneficiar, por outro lado, de renovados modelos de abordagem e análise da questão das deficiências e incapacidades, de novos referenciais conceptuais e de política, com impactos significativos ao nível dos conceitos e das semânticas, bem como das perspectivas e atitudes sociais face ao fenómeno.

Em contrapartida, o conhecimento produzido no país acerca das deficiências e incapacidades permanece manifestamente lacunar, de origem fundamentalmente experiencial, não sistemático, nem estruturado e integrado, e de difícil acesso. Importa, pois, desenvolvê-lo e torná-lo mais acessível, dado que o conhecimento e a caracterização dos fenómenos constituem uma das pedras basilares do desenho de políticas e programas de intervenção, sendo uma condição fundamental para o seu sucesso.

No quadro destas preocupações estratégicas, e procurando contribuir para o desenvolvimento das políticas em favor das pessoas com deficiências e incapacidades em Portugal, o Estudo “Modelização das Políticas e das Práticas de Inclusão Social das Pessoas com Deficiências em Portugal”, no quadro do qual foi produzido o presente relatório, prosseguiu cinco objectivos fundamentais:

- Usar o conhecimento produzido em estudos de natureza avaliativa realizados em Portugal nos últimos anos, através da sua sistematização, produzindo linhas de orientação para a tomada de decisão no curto prazo.
- Recolher, organizar e analisar dados relativos à caracterização da população com deficiências e incapacidades, através de um inquérito, identificando incidências, correlações e impactos, de modo a promover o conhecimento e apoiar a tomada de decisão.

- Analisar as trajectórias biográficas de pessoas com deficiências e incapacidades, identificando possíveis correlações com as políticas e programas existentes.
- Modelizar as políticas, as práticas e a respectiva gestão, apoiando a optimização dos resultados e dos recursos, através da inventariação comparada de modelos conceptuais, de intervenção, de financiamento e de gestão.
- Promover um aprofundamento e sistematização da reflexão estratégica sobre a problemática da inclusão social das pessoas com deficiências e incapacidades, mobilizando e dinamizando investigadores, dirigentes e quadros.

No âmbito deste Estudo, realizou-se o “Inquérito aos Impactos do Sistema de Reabilitação nas Trajectórias Biográficas das Pessoas com Deficiências e Incapacidades”, com os objectivos de apurar elementos de caracterização desta população e analisar as respectivas trajectórias biográficas, sendo que à prossecução de cada um dos objectivos correspondeu uma determinada fase de inquirição. Enquanto produto do Estudo, o presente relatório “**O Sistema de Reabilitação e as Trajectórias de Vida das Pessoas com Deficiências e Incapacidades em Portugal**” apresenta os resultados referentes ao segundo objectivo enunciado⁽⁰¹⁾.

O inquérito que lhe está subjacente foi construído com base num enquadramento teórico e metodológico específico. No plano teórico, tomaram-se como referência as preocupações e tendências internacionais actuais em torno do conceito de deficiência, que a advogam não como um atributo inerente à pessoa, mas como um resultado da interacção entre o contexto social da pessoa e o ambiente, incluindo as estruturas físicas (o *design* dos edifícios, sistemas de transporte, etc.) e as construções sociais e crenças, que estão na base dos processos de discriminação. Deste modo, o presente relatório baseia-se na identificação de alterações nas funções e de limitações da actividade num conjunto vasto de domínios (trabalho, educação, cuidados de saúde, direitos de cidadania, etc.). A categorização das deficiências e incapacidades é assim formulada ao nível de cada um destes domínios e não como uma categoria geral de atributo pessoal.

A opção por esta perspectiva das deficiências e incapacidades está em consonância com a abordagem universal proposta pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), permitindo

(01) Os resultados relativos ao primeiro objectivo enunciado encontram-se apresentados no relatório “Elementos de Caracterização das Pessoas com Deficiências e Incapacidades em Portugal”.

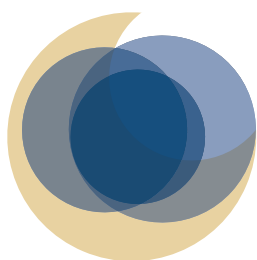
caracterizar a experiência das deficiências e incapacidades de cada pessoa a partir das suas consequências efectivamente verificadas e não de uma definição apriorística, necessariamente desadequada aos contextos reais da sua vivência. Mais relevante ainda, permite que as decisões sobre a criação de categorias de deficiências e incapacidades possam ser feitas considerando diferentes níveis de análise e de acordo com o problema particular que se pretende estudar (e.g., acesso ao mercado de trabalho, participação política, etc.)⁽⁰²⁾.

O inquérito, cujos dados são aqui apresentados, foi realizado, em 2007, a uma amostra da população residente em Portugal Continental, com idades compreendidas entre os 18 e os 70 anos⁽⁰³⁾.

Constituído por três capítulos, no primeiro – **apoios e serviços do sistema de reabilitação** – é realizada uma caracterização das pessoas com deficiências e incapacidades que passaram pelo sistema de reabilitação (independentemente do tipo de apoios e serviços recebidos) e a análise de alguns dos apoios e serviços considerados, como por exemplo, no âmbito da educação, do acesso ao mercado de trabalho, da reabilitação médico-funcional, das ajudas técnicas e das prestações sociais. O segundo Capítulo – **qualidade de vida** – apresenta as relações apuradas entre a passagem pelo sistema e as trajectórias de vida dos inquiridos, de acordo com os domínios fundamentais do modelo de Qualidade de Vida. É por fim apresentada uma **síntese final** de todos os resultados.

(02) O enquadramento teórico e conceptual das deficiências e incapacidades em formato desenvolvido encontra-se publicado no relatório geral do Estudo “Mais Qualidade de Vida para as Pessoas com Deficiências e Incapacidades – Uma Estratégia para Portugal”. Uma versão sintética da conceptualização das deficiências e incapacidades utilizada no inquérito está patente no Anexo A do presente relatório.

(03) Os aspectos metodológicos e técnicos relativos ao inquérito implementado podem ser consultados no Anexo A.



Capítulo 1.

**Apoios e serviços
do sistema de reabilitação**

O sistema de reabilitação possui como objectivo proporcionar às pessoas com deficiências e incapacidades a maior participação na vida social e económica, e a maior autonomia possível, independentemente do tipo de deficiências e incapacidades ou da sua origem. Para tal, é composto por um conjunto de apoios e serviços gerais e específicos para esta população, nas diversas áreas: educação, saúde, emprego, transportes, desporto, etc. Integra ainda um conjunto de medidas compensatórias, que se traduzem em prestações pecuniárias de protecção social.

Neste capítulo proceder-se-á à caracterização das pessoas com deficiências e incapacidades que passaram por este sistema (independentemente do tipo de apoios e serviços recebidos) e a posterior análise de alguns dos apoios e serviços considerados.

Do total das pessoas com deficiências e incapacidades residentes em Portugal Continental, cerca de 32% experienciam (ou já experienciaram) apoios e serviços disponibilizados pelo sistema de reabilitação⁽⁰⁴⁾. Na sua grande maioria são mulheres, reflectindo o facto de o sexo feminino ser maioritário no total das pessoas com deficiências e incapacidades. No entanto, considerando o peso percentual do sexo feminino, verifica-se que dentro da categoria “sexo” a percentagem de homens que já acedeu a este tipo de serviços e apoios é superior à percentagem de mulheres em 10%, o que permite dizer que os homens são os que mais utilizam ou beneficiam dos serviços e apoios do sistema de reabilitação (percentagens em linha no Quadro 1.1).

QUADRO 1.1. APOIOS E SERVIÇOS DO SISTEMA DE REABILITAÇÃO E SEXO

	PCDI com apoios e serviços			PCDI sem apoios e serviços		
	N	% linha	% coluna	N	% linha	% coluna
Masculino	138	40,1	39,7	206	59,9	30,5
Feminino	210	30,9	60,3	469	69,1	69,5

É nos sujeitos com idades compreendidas entre os 18 e os 49 anos que se observam maiores percentagens relativas de beneficiários do sistema de reabilitação, sendo o escalão dos 60 aos 70 anos o que apresenta uma

(04) Incluem-se aqui todos os inquiridos que referiram ter recebido, pelo menos, um tipo de apoio ou serviço deste sistema, independentemente da natureza do apoio ou serviço.

menor expressão neste âmbito (percentagens em linha no Quadro 1.2). A juventude do próprio sistema de reabilitação explica este contraste, uma vez que, se o sistema nasceu a partir de 1974, são as gerações dos 20 aos 40 anos aquelas que desse poderiam beneficiar durante toda a sua vida. Para as gerações mais velhas, os apoios e serviços eram inexistentes. Acresce ainda que aquando da sua criação, algumas destas medidas estavam mais direccionadas para as primeiras etapas da vida, que os indivíduos já haviam ultrapassado, como acontece com a educação especial e a formação profissional. Não obstante, regista-se que 28,5% dos indivíduos com idades compreendidas entre os 60 e os 70 anos obtiveram algum apoio ou serviço dirigido a pessoas com deficiências e incapacidades.

QUADRO 1.2.

APOIOS E SERVIÇOS DO SISTEMA DE REABILITAÇÃO E GRUPOS ETÁRIOS

	PCDI com apoios e serviços			PCDI sem apoios e serviços		
	N	% linha	% coluna	N	% linha	% coluna
18 – 29 anos	23	44,2	6,6	29	55,8	4,3
30 – 39 anos	31	36,5	8,9	54	63,5	8,0
40 – 49 anos	58	45,3	16,7	70	54,7	10,4
50 – 59 anos	81	37,9	23,3	133	62,1	19,7
60 – 70 anos	155	28,5	44,5	389	71,5	57,6

As pessoas com deficiências e incapacidades que receberam apoios e serviços prestados pelo sistema de reabilitação, por comparação com aqueles que não receberam, apresentam percentagens mais elevadas nos níveis de escolaridade mais avançados. Na população que acedeu a apoios e serviços, a percentagem de pessoas que não sabem ler nem escrever e que não frequentou a escola é de 18,1%. Nas pessoas que não experienciaram este tipo de contacto com o sistema de reabilitação, 25,5% não sabe ler nem escrever ou, sabendo, não frequentou a escola (percentagens em coluna no Quadro 1.3). Por outro lado, aqueles que prosseguiram estudos além do ensino básico correspondem a 6,3% das pessoas que receberam apoios. No caso das pessoas que não passaram pelo sistema de reabilitação a percentagem é de 4,4%.

As taxas de analfabetismo reflectem igualmente estas diferenças: na população que passou pelo sistema de reabilitação, a taxa de analfabetismo é de 14,1%, enquanto que no universo das pessoas que não passaram é de 17,6%.

QUADRO 1.3.

APOIOS E SERVIÇOS DO SISTEMA DE REABILITAÇÃO POR NÍVEL DE ENSINO

	PCDI com apoios e serviços			PCDI sem apoios e serviços		
	N	% linha	% coluna	N	% linha	% coluna
Não sei ler, nem escrever	49	29,2	14,1	119	70,8	17,6
Sei ler e escrever, mas não frequentei a escola	14	20,9	4,0	53	79,1	7,9
Ensino básico – 1.º ciclo	194	34,5	55,7	368	65,5	54,5
Ensino básico – 2.º ciclo	41	38,3	11,8	66	61,7	9,8
Ensino básico – 3.º ciclo	28	41,8	8,0	39	58,2	5,8
Ensino secundário	15	46,9	4,3	17	53,1	2,5
Ensino médio/superior	7	35,0	2,0	13	65,0	1,9

No que diz respeito à relação com a esfera do trabalho, constata-se diferenças relevantes entre estes dois grupos. Os sujeitos que já receberam apoios e serviços do sistema de reabilitação apresentam uma menor taxa de actividade (cerca de 26%) comparativamente aos indivíduos que não beneficiaram do sistema (cerca de 36%).

Outro dado que importa reter é o da taxa de desemprego. Os inquiridos que, de alguma forma, já passaram pelo sistema de reabilitação apresentam uma taxa de desemprego de 31%. Por sua vez, os inquiridos que nunca receberam nenhum tipo de apoio ou serviço do sistema de reabilitação apresentam uma taxa de 26%.

Para a análise destes dados é necessário ter em atenção dois factores. Por um lado, os indivíduos que acedem ao sistema de reabilitação são essencialmente indivíduos das faixas etárias mais jovens, com a coexistência de alterações em multifunções sensoriais e da fala, físicas e mentais, que apresentam limitações elevadas na realização de actividades, o que influencia as diferenças apresentadas entre estes dois grupos. Os indivíduos que não usufruíram de apoios e serviços do sistema de reabilitação não possuem um nível de limitações da actividade tão elevado, do que resulta uma maior facilidade de integração no mercado de trabalho. Simultaneamente, por serem de faixas etárias mais elevadas e por terem adquirido as alterações nas funções em idades mais avançadas, não só já se encontravam inseridos no mercado de trabalho quando adquiriram estas alterações, como o próprio mercado encontrava-se numa situação de maior estabilidade.

Por outro lado, salienta-se o facto desta primeira análise do sistema de reabilitação contemplar os vários tipos de apoios e serviços deste sistema, o que influencia igualmente os dados apresentados. Considera-se como passagem pelo sistema de reabilitação todos os inquiridos que referiram ter recebido pelo menos um tipo de apoio ou serviço deste sistema, independentemente da sua natureza, pelo que estão incluídos indivíduos que receberam apoios na educação, frequentaram acções de reabilitação médico-funcional, etc., e não apenas os que receberam apoios para o acesso ao mercado de trabalho (que serão analisados posteriormente neste capítulo). Assim, e a título exemplificativo, um indivíduo pode ter passado pelo sistema apenas porque frequentou sessões de fisioterapia, e esse facto não ser determinante para o seu acesso ao mercado de trabalho.

Para a análise das profissões das pessoas com deficiências e incapacidades, é necessário ter estes factores explicativos novamente em atenção. Consta-se que os grupos profissionais mais representativos dentro desta população são os operários, seguidos dos trabalhadores não qualificados e do pessoal administrativo e dos serviços. Apesar desta ordem ser comum aos sujeitos que passaram e aos que não passaram pelo sistema de reabilitação, constata-se algumas diferenças entre os dois grupos, existindo uma maior proporção de trabalhadores não qualificados e operários nos sujeitos que acederam aos apoios e serviços do sistema de reabilitação e, em contrapartida, um menor peso no grupo profissional dos dirigentes e quadros, ainda que envolvendo valores muito baixos. A grande diferença a registar remete para os agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura – apenas 9,7% das pessoas com deficiências e incapacidades que passaram pelo sistema de reabilitação são agricultores, enquanto que nas pessoas que não beneficiaram do sistema este valor atinge os 17,5%.

QUADRO 1.4.

APOIOS E SERVIÇOS DO SISTEMA DE REABILITAÇÃO E GRUPO PROFISSIONAL

	PCDI com apoios e serviços		PCDI sem apoios e serviços	
	N	%	N	%
Dirigentes e quadros	11	4,1	26	5,1
Administrativos e pessoal dos serviços	60	22,3	105	20,2
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca	26	9,7	91	17,5
Operários	7	36,8	15	34,5
Trabalhadores não qualificados	73	27,1	118	22,7

No sentido de efectuar um compromisso entre as limitações da actividade identificadas na CIF e potenciar a interpretação dos dados obtidos, optou-se pela discriminação das limitações da actividade relativas à visão, à audição e à fala, conforme explicitado no relatório global do Estudo.

Relativamente à situação na profissão, verifica-se que a quase totalidade dos indivíduos exercem ou exerciam a sua actividade profissional por conta de outrem, independentemente de terem ou não passado pelo sistema de reabilitação. Não obstante, existem algumas pequenas diferenças percentuais, verificando-se que os inquiridos que passaram pelo sistema de reabilitação, comparativamente com aqueles que não passaram, apresentam percentagens inferiores nas categorias “patrão” (2% e 3%, respectivamente) e “trabalhador por conta própria” (9% e 14%, respectivamente).

É nos inquiridos com situações económicas mais frágeis que se verifica uma maior taxa de cobertura do sistema de reabilitação, constatando-se que é no intervalo dos 404 aos 1200 euros que a taxa de cobertura é maior, diminuindo consideravelmente a partir deste escalão.

No que diz respeito às limitações da actividade, e tal como já foi referido, verifica-se que são os sujeitos com limitações elevadas os que mais beneficiam dos apoios e serviços do sistema de reabilitação (41% contra 32% nas limitações moderadas). Estes têm igualmente um maior peso em indivíduos com limitações da actividade referentes à fala, aos autocuidados, às interacções e relacionamentos interpessoais e à vida doméstica. Em contrapartida, são os sujeitos com limitações da actividade relativas à audição, à comunicação e à visão que menos têm acedido aos serviços e apoios do sistema.

QUADRO 1.5. APOIOS E SERVIÇOS DO SISTEMA DE REABILITAÇÃO E TIPOS DE LIMITAÇÕES DA ACTIVIDADE

	PCDI com apoios e serviços		PCDI sem apoios e serviços	
	N	% linha	N	% linha
Autocuidados	75	56,4	58	43,6
Interacções e relacionamentos interpessoais	35	46,1	41	53,9
Vida doméstica	132	44,0	168	56,0
Mobilidade	218	42,9	290	57,1
Tarefas e exigências gerais	153	31,9	326	68,1
Aprendizagem e aplicação de conhecimentos	181	29,7	429	70,3
Comunicação	105	28,6	262	71,4
Fala	16	61,5	10	38,5
Visão	20	28,6	50	71,4
Audição	6	24,0	19	76,0

Nas funções do corpo, verifica-se que, mesmo no tipo de alteração com maior acesso aos apoios e serviços do sistema de reabilitação, a percentagem de indivíduos não chega a atingir os 50%. Nas várias categorias de alterações nas funções estudadas, as percentagens são baixas e de alguma forma desajustadas pois, nalguns dos grupos de alterações nas funções de maior incidência encontram-se os valores percentuais mais baixos, como é o caso das alterações nas funções físicas.

Tal como referido, é no caso das alterações nas multifunções sensoriais e da fala, físicas e mentais, e das multifunções físicas e sensoriais e da fala que se registam as percentagens mais elevadas de experiência dos apoios e serviços do sistema de reabilitação. Em contrapartida, as alterações nas funções sensoriais e da fala são as que registam menor utilização do sistema.

QUADRO 1.6. APOIOS E SERVIÇOS DO SISTEMA DE REABILITAÇÃO E TIPOS DE ALTERAÇÕES NAS FUNÇÕES

	PCDI com apoios e serviços		PCDI sem apoios e serviços	
	N	% linha	N	% linha
Funções sensoriais e da fala	17	24,6%	52	75,4%
Funções físicas	194	33,9%	379	66,1%
Funções mentais	14	33,3%	28	66,7%
Multifunções sensoriais e da fala, físicas e mentais	48	48,5%	51	51,5%
Multifunções físicas e sensoriais e da fala	63	37,5%	105	62,5%
Sem tipologia de função identificada	12	16,7%	60	83,3%

Ao analisar-se a idade de desenvolvimento/aquisição das alterações nas funções, constata-se que as pessoas que as desenvolveram/adquiriram à nascença ou nos primeiros anos de vida são as que mais recorrem aos apoios e serviços do sistema de reabilitação (Quadro 1.7). A partir do momento em que as alterações nas funções são adquiridas em períodos etários mais avançados, os indivíduos tendem a recorrer a esses serviços e apoios em menor escala, registando-se um decréscimo contínuo à medida que as alterações nas funções são adquiridas em idades mais avançadas.

QUADRO 1.7. APOIOS E SERVIÇOS DO SISTEMA DE REABILITAÇÃO E IDADE DE DESENVOLVIMENTO/AQUISIÇÃO DA PRIMEIRA ALTERAÇÃO NAS FUNÇÕES

	PCDI com apoios e serviços			PCDI sem apoios e serviços		
	N	% linha	% coluna	N	% linha	% coluna
Até 2 anos	48	45,3	16,5	58	54,7	11,4
3 – 24 anos	71	37,8	24,4	117	62,2	22,9
25 – 49 anos	91	35,8	31,3	163	64,2	31,9
50 – 70 anos	81	31,9	27,8	173	68,1	33,9

Após a análise do perfil social dos indivíduos abrangidos pelas medidas e apoios específicos dirigidos para as pessoas com deficiências e incapacidades, cabe agora proceder à análise de tipos específicos de medidas e apoios que são utilizados, nomeadamente nas áreas da educação, trabalho e emprego, cuidados de saúde, ajudas técnicas e prestações sociais.

APOIOS E SERVIÇOS NA EDUCAÇÃO

Os apoios e serviços direccionados para as pessoas com deficiências e incapacidades ao nível da educação têm como finalidade a promoção de um ensino ajustado às necessidades específicas desta população.

Tal como foi referido anteriormente, este tipo de apoios e serviços, que conheceu o seu grande desenvolvimento após o 25 de Abril de 1974, direcciona-se para uma etapa particular da vida dos indivíduos. Desta forma, considerou-se para esta análise as pessoas nascidas após 1968, isto é, em idade escolar na altura do desenvolvimento dos apoios e serviços na educação, e que desenvolveram/adquiriram as suas deficiências e incapacidades antes dos 25 anos, enquanto possíveis beneficiários deste tipo de apoios e serviços.

Dentro deste universo constata-se que 5 indivíduos em 43, isto é, cerca de 12% de sujeitos, acederam a algum tipo de apoio ou serviços na educação. Destes, 3 indivíduos frequentaram escolas de ensino especial e 2 obtiveram apoios especializados até ao 12.º ano aquando da frequência de uma escola de ensino regular.

Ainda assim, apesar dos valores absolutos serem muito baixos, não se podendo efectuar uma inferência de resultados para o universo, pode ser referido em traços gerais que os indivíduos que beneficiaram destes apoios são mais do sexo masculino, com idades entre os 18 e os 29 anos, apresentando limitações elevadas na realização das actividades, com a coexistência de alterações nas multifunções sensoriais e da fala, físicas e mentais.

APOIOS E SERVIÇOS NO ACESSO AO MERCADO DE TRABALHO

Tendo em atenção as limitações para a realização de uma actividade profissional que, as deficiências e incapacidades podem acarretar, torna-se fundamental que, no âmbito das respostas específicas para esta população, existam apoios e serviços destinados a promover o acesso ao mercado de trabalho.

No sentido de analisar estes apoios e serviços, e uma vez que estes tiveram o seu desenvolvimento a partir do início da década de 80, optou-se por seleccionar para análise apenas inquiridos que se encontrassem a iniciar a sua inserção no mercado de trabalho nesta época. Assim, teve-se em atenção os indivíduos que desenvolveram/adquiriram deficiências e incapacidades antes dos 64 anos, ou seja, em idade activa, que exercem ou exerceram uma actividade profissional e que no ano de 1983 tinham 16 anos (ano de início dos apoios de acesso ao emprego com a criação dos Centros de Emprego Protegido). Desta forma, constata-se que dentro deste grupo, 6 inquiridos em 58 usufruem ou usufruíram de algum tipo de apoio ou serviço no acesso ao mercado de trabalho, o que corresponde a 10%. Destes, 2 tiveram formação profissional numa instituição de apoio à deficiência e 2 obtiveram o emprego através de Centros de Emprego. Houve ainda 1 inquirido que recebeu apoios específicos para pessoas com deficiências e incapacidades e 1 outro que teve formação profissional no Instituto do Emprego e Formação Profissional.

QUADRO 1.2.1.

TIPOS DE APOIOS E SERVIÇOS NO ACESSO AO MERCADO DE TRABALHO

	N	%
Apoios específicos para pessoas com deficiências e incapacidades	1	16,7
Obtenção de trabalho através do Centro de Emprego	2	33,3
Formação profissional em instituição de apoio à deficiência	2	33,3
Formação profissional nos centros de formação do IEFP	1	16,7
Total	6	100,0

Apesar de não se poderem efectuar extrapolações para o universo devido à natureza dos dados, a nível geral denota-se que são os indivíduos do sexo masculino com idade entre os 30 e os 40 anos os que mais acederam a apoios e serviços no acesso ao mercado de trabalho. Estes apoios têm igualmente uma maior expressividade no grupo profissional do pessoal dos serviços e vendedores, seguido pelo dos trabalhadores não qualificados. Comparando os dois grupos, denota-se uma maior taxa de actividade nos sujeitos que usufruem/usufruíram de apoios (72%), relativamente aos que não tiveram acesso a estes (67%).

Ao nível das limitações da actividade e alterações nas funções do corpo, existe a predominância de indivíduos com limitações moderadas, centrando-se nos autocuidados, na realização de actividades da vida do-

méstica e na comunicação. Por outro lado, são os sujeitos com alterações nas funções mentais e com coexistência de alterações nas multifunções sensoriais e da fala, físicas e mentais os que apresentam maiores valores na mobilização destes apoios e serviços, com as menores percentagens a centrarem-se nos indivíduos com a coexistência de alterações nas multifunções físicas e sensoriais e da fala e nos indivíduos sem tipologia de funções identificada⁽⁰⁵⁾.

REABILITAÇÃO MÉDICO-FUNCIONAL

No âmbito dos serviços de saúde, proceder-se-á à análise das questões relacionadas com a reabilitação médico-funcional, dimensão de intervenção que assume um papel fundamental para a promoção do bem-estar físico e emocional das pessoas com deficiências e incapacidades.

A percentagem de pessoas que tiveram algum tipo de reabilitação médico-funcional, as diferenças nas características entre estas e as que não passaram por processos dessa natureza, os tipos de reabilitação médico-funcional recebidos e os motivos pelos quais os inquiridos não tiveram este tipo de reabilitação são os principais elementos de análise.

Dos inquiridos que referiram sentir necessidade de frequentarem acções de reabilitação médico-funcional, 36% frequentou este tipo de acções, ao passo que 64% afirma nunca o ter feito. Os principais motivos apresentados foram a falta de condições financeiras e a falta de informação.

Tendo em atenção o sexo, denota-se que, ainda que com uma diferença pouco significativa, foram os homens que mais frequentaram acções de reabilitação médico-funcional.

QUADRO 1.3.1. ACÇÕES DE REABILITAÇÃO MÉDICO-FUNCIONAL E SEXO

	Sim		Não	
	N	% linha	N	% linha
Masculino	72	20,9	272	79,1
Feminino	122	18,0	557	82,0

(05) Nos indivíduos sem tipologia de funções identificada encontram-se os que têm múltiplas limitações da actividade e alterações nas funções, mas que não estabelecem uma relação explícita entre as limitações e as alterações referidas.

No que se refere à idade, são os indivíduos mais novos (sobretudo entre os 18 e os 29 anos) os que apresentam uma maior frequência destas acções. Com a menor percentagem encontram-se os sujeitos com idades entre os 30 e os 39 anos.

QUADRO 1.3.2.

ACÇÕES DE REABILITAÇÃO MÉDICO-FUNCIONAL E GRUPOS ETÁRIOS

	Sim		Não	
	N	% linha	N	% linha
18 – 29 anos	12	23,1	40	76,9
30 – 39 anos	12	14,1	73	85,9
40 – 49 anos	28	21,9	100	78,1
50 – 59 anos	45	21,0	169	79,0
60 – 70 anos	97	17,8	447	82,2

Ao ter-se em atenção o nível de intensidade das limitações da actividade, verifica-se que são os indivíduos com limitações elevadas os que registam uma maior frequência de acções de reabilitação médico-funcional.

Em consequência de ser a fisioterapia o tipo de reabilitação médico-funcional mais frequentado, os inquiridos que apresentam limitações da actividade ao nível dos autocuidados, da mobilidade e da vida doméstica evidenciam percentagens significativas de acesso a este tipo de serviços.

No entanto, são as limitações da actividade relativas à fala as que apresentam maiores percentagens de frequência de acções de reabilitação médico-funcional. A elevada percentagem de pessoas que frequentam estas acções deve-se em parte à coexistência frequente desta tipologia de limitações com outras.

Tal facto é igualmente patente se se considerar as alterações nas funções do corpo, pois é entre os indivíduos que manifestam a coexistência de alterações nas funções sensoriais e da fala, físicas e mentais que se observam as maiores percentagens de frequência de acções de reabilitação médico-funcional. Este tipo de reabilitação registou igualmente uma expressão elevada entre os indivíduos com alterações nas funções físicas, seguidos pelos que registam a coexistência de alterações nas funções físicas e nas funções sensoriais e da fala.

QUADRO 1.3.3. ACÇÕES DE REABILITAÇÃO MÉDICO-FUNCIONAL E TIPOS DE ALTERAÇÕES NAS FUNÇÕES

	Sim		Não	
	N	% linha	N	% linha
Sensoriais	6	8,7	63	91,3
Físicas	120	20,9	453	79,1
Mentais	8	19,0	34	81,0
Multideficiências mentais, sensoriais e físicas	23	23,2	76	76,8
Multideficiências físicas e sensoriais	34	20,2	134	79,8
Sem tipologia de funções identificada	3	4,2	69	95,8

No conjunto dos indivíduos que receberam reabilitação médico-funcional, a maioria frequentou uma ou duas acções de reabilitação (61,9% e 15,6% respectivamente), sendo de referir que 11,9% dos indivíduos com deficiências e incapacidades afirmam ter frequentado quatro ou mais acções deste tipo.

QUADRO 1.3.4. NÚMERO DE ACÇÕES DE REABILITAÇÃO MÉDICO-FUNCIONAL FREQUENTADAS

	N	%
1 acção	99	61,9
2 acções	25	15,6
3 acções	17	10,6
4 ou mais acções	19	11,9
Total	160	100,0

Os inquiridos que frequentaram mais de duas acções de reabilitação médico-funcional têm, essencialmente, alterações nas funções físicas ou alterações em multifunções físicas e sensoriais e da fala. Concentram-se nos escalões etários mais elevados, verificando-se que 18% dos indivíduos com idades compreendidas entre os 60 e os 70 anos já usufruíram de 4 ou mais acções de reabilitação médico-funcional.

Dentro dos vários serviços de reabilitação médico-funcional existentes, a fisioterapia ocupa uma posição de grande destaque: 95,6% das pessoas com deficiências e incapacidades que frequentaram acções de reabilitação médico-funcional recorreu a este tipo de serviço.

QUADRO 1.3.5.

TIPOS DE ACÇÕES DE REABILITAÇÃO MÉDICO-FUNCIONAL FREQUENTADAS

	N	%
Fisioterapia	153	95,6
Terapia da fala	2	1,3
Terapia ocupacional	3	1,9
Ns/Nr	2	1,3
Total	160	100,0

Com percentagens que variam entre 1% e 2%, o número de inquiridos que frequentaram acções de terapia da fala ou de terapia ocupacional é, portanto, residual.

QUADRO 1.3.6. **NECESSIDADE DE RECEBER ALGUM OU MAIS ALGUM APOIO**

	N	%
Sim	194	21,8
Não	695	78,2
Total	889	100,0

Através da leitura do Quadro 1.3.6, pode constatar-se que 21,8% desta população sente necessidade de receber algum ou mais algum serviço de apoio, o que corresponde a mais de um quinto do total de inquiridos. Os inquiridos que responderam afirmativamente à questão anterior, quando confrontados com os vários tipos de apoio que possam sentir necessidade de utilizar, deram as respostas sistematizadas no Quadro 1.3.7.

A fisioterapia é a acção de reabilitação cuja necessidade é expressa por um número mais alargado de pessoas. De facto, 74,2% dos inquiridos revelaram sentir necessidade de receber serviços de fisioterapia. A assistência médica e de enfermagem especializada surge como o segundo serviço de apoio cuja necessidade é mais referida (19,6%), mas por um valor muito aquém do que se refere às necessidades de fisioterapia.

O apoio psicológico de adaptação às deficiências (13,4%) e o desenvolvimento das capacidades necessárias para uma vida autónoma (12,9%) são outros serviços identificados pelos inquiridos.

Com valores mais baixos mas, ainda assim, a ter em conta, foram referidos o apoio psicológico à família (8,2%), a terapia ocupacional (7,2%) e a terapia da fala (4,6%).

QUADRO 1.3.7. TIPOS DE APOIOS IDENTIFICADOS COMO NECESSÁRIOS

	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Fisioterapia	144	74,2	50	25,8	194	100,0
Terapia da fala	9	4,6	185	95,4	194	100,0
Terapia ocupacional	14	7,2	180	92,8	194	100,0
Assistência médica e de enfermagem especializada	38	19,6	156	80,4	194	100,0
Apoio psicológico de adaptação às deficiências	26	13,4	168	86,6	194	100,0
Apoio psicológico à família	16	8,2	178	91,8	194	100,0
Desenvolvimento das capacidades necessárias para uma vida autónoma	25	12,9	169	87,1	194	100,0
Aprendizagem de Braille ou de Língua Gestual Portuguesa	2	1,0	192	99,0	194	100,0

AJUDAS TÉCNICAS

Entre os apoios do sistema de reabilitação surgem como um dos principais elementos as ajudas técnicas, que têm como objectivo prevenir, compensar, atenuar ou neutralizar as deficiências e incapacidades, no sentido de permitir a participação plena dos indivíduos em todas as actividades quotidianas.

Cerca de 19% dos inquiridos necessitou ou necessita, em função das limitações da actividade que apresenta, de uma ajuda técnica.

Destes, cerca de 77% referiram estar a utilizá-la ou tê-la utilizado nos últimos anos. Ou seja, 23% da população com deficiências e incapacidades, apesar de necessitar de uma ajuda técnica, não a utilizou. Os principais motivos apresentados pelos inquiridos para que esta necessidade não se encontre satisfeita são as condições financeiras (21% assinalou a opção “a ajuda técnica que necessitava era demasiado cara” e 15% a opção “solicitei apoio financeiro para a aquisição, mas não o obtive”) e a inexistência de ajudas técnicas adequadas (18% dos inquiridos assinalaram a opção “não existem ajudas técnicas para a minha deficiência”).

Do conjunto dos inquiridos que referiram ter necessitado de ajudas técnicas e delas terem usufruído, verifica-se que são as ajudas técnicas/tecnologias de apoio para mobilidade pessoal (onde se incluem as cadeiras de rodas, bengalas de marcha, andarilhos, etc.) as mais utilizadas (70,8%), às quais se seguem as ortóteses e próteses (33,1%) e as ajudas técnicas/tecnologias de apoio para cuidados pessoais e de protecção (15,4%).

QUADRO 1.4.1. TIPOS DE AJUDAS TÉCNICAS UTILIZADAS

	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ajudas técnicas/tecnologias de apoio para tratamento médico individual	13	10,0	117	90,0	130	100,0
Ajudas técnicas/tecnologias de apoio para treino	6	4,6	124	95,4	130	100,0
Ortóteses e próteses	43	33,1	87	66,9	130	100,0
Ajudas técnicas/tecnologias de apoio para cuidados pessoais e de protecção	20	15,4	110	84,6	130	100,0
Ajudas técnicas/tecnologias de apoio para mobilidade pessoal	92	70,8	38	29,2	130	100,0
Ajudas técnicas/tecnologias de apoio para cuidados domésticos	5	3,8	125	96,2	130	100,0
Mobiliário e adaptações para habitação e outros edifícios	9	6,9	121	93,1	130	100,0
Ajudas técnicas/tecnologias de apoio para comunicação, informação e sinalização	–	–	130	100,0	130	100,0
Ajudas técnicas/tecnologias de apoio para manuseamento de produtos e equipamentos	4	3,1	126	96,9	130	100,0
Ajudas técnicas/tecnologias de apoio para melhorar o ambiente, ferramentas e máquinas industriais	1	0,8	129	99,2	130	100,0
Ajudas técnicas/tecnologias de apoio para recreação	1	0,8	129	99,2	130	100,0

As ajudas técnicas/tecnologias de apoio para comunicação, informação e sinalização não registaram nenhum utilizador, verificando-se percentagens residuais nas ajudas técnicas/tecnologias de apoio para melhorar o ambiente, ferramentas e máquinas industriais (0,8%) e nas ajudas técnicas/tecnologias de apoio para recreação (0,8%).

São os homens que em maior percentagem utilizam as ajudas técnicas comparativamente com as mulheres. No que respeita à idade, são os inquiridos com idades entre os 40 e os 59 anos que apresentam maiores percentagens de utilização destes equipamentos. No extremo oposto, encontram-se os inquiridos entre os 30 e os 39 anos, ainda que com uma percentagem de utilização elevada.

O grau de dificuldade na realização de actividades manifestado pelos inquiridos não aparenta ser um factor relevante quanto à utilização de

uma ajuda técnica. De facto, quer os inquiridos com dificuldades moderadas, quer os que registam dificuldades elevadas apresentam percentagens de utilização altas e próximas entre si.

Neste sentido, quando se analisam as várias limitações da actividade denota-se igualmente que em todas elas existem percentagens elevadas de utilização de ajudas técnicas.

Ao nível das alterações nas funções do corpo, são os indivíduos com a coexistência de alterações em multifunções físicas e sensoriais e da fala e com alterações nas funções físicas os que em maior percentagem utilizam este tipo de equipamentos.

OUTROS TIPOS DE APOIOS E SERVIÇOS DO SISTEMA DE REABILITAÇÃO

Para além dos apoios e serviços do sistema de reabilitação já analisados, existem ainda serviços que visam apoiar a autonomia pessoal e social das pessoas com deficiências e incapacidades, entre os quais se destacam os serviços e benefícios ao nível dos transportes e a frequência de Centros de Actividade Ocupacional (CAO's) e instituições colectivas. O usufruto deste tipo de serviços é, no entanto, muito reduzido no seio desta população. Apenas 2% usufrui de serviços ao nível dos transportes, 1% frequenta os CAO's e somente 0,3% reside numa instituição colectiva.

No que diz respeito aos serviços/benefícios na área dos transportes, verifica-se que entre os 18 indivíduos que usufruíram desses, 11 referiram ter tido reduções no preço dos bilhetes/passes de comboio, e 5 beneficiaram da utilização de transportes públicos adaptados.

QUADRO 1.5.1. TIPOS DE SERVIÇOS/BENEFÍCIOS USUFRUÍDOS

	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Carro adaptado	1	5,6	17	94,4	18	100,0
Cartão de estacionamento para pessoas com deficiências	2	11,1	16	88,9	18	100,0
Utilização de transportes públicos adaptados	5	27,8	13	72,2	18	100,0
Isenção/abatimento do imposto automóvel na aquisição do carro	3	16,7	15	83,3	18	100,0
Reduções no preço dos bilhetes/passes de comboio	11	61,1	7	38,9	18	100,0

O principal motivo identificado pelos indivíduos para não utilizarem estes benefícios foi a ausência de necessidade (60,2%), seguido pelo desconhecimento da existência desses serviços e benefícios específicos para pessoas com deficiências (26,5%). Constata-se, assim, que o acesso de todos os indivíduos à informação não se encontra assegurado, sendo, portanto, necessário um maior investimento neste domínio.

QUADRO 1.5.2. PRINCIPAL MOTIVO PARA NÃO USUFRUIR DE NENHUM TIPO DE SERVIÇO/BENEFÍCIO AO NÍVEL DOS TRANSPORTES

	N	%
Não sabia que existiam serviços ou benefícios específicos para pessoas com deficiências	231	26,5
Não tenho necessidade de recorrer a serviços ou benefícios específicos	524	60,2
Esses serviços não estão disponíveis no meu local de residência	28	3,2
Não consegui aceder a esses serviços ou benefícios porque não estão previstos para a minha deficiência	18	2,1
Ns/Nr	70	8,0
Total	871	100,0

No que se refere à frequência dos CAO's e das instituições colectivas, é necessário relativizar os dados, uma vez que o processo de identificação e selecção dos sujeitos a inquirir não contemplava *a priori* os indivíduos que se encontravam, no momento de inquirição, a residir em instituições colectivas, incidindo apenas naqueles que residiam em agregados domésticos. Não obstante, considerou-se pertinente averiguar se os inquiridos já haviam passado por este tipo de experiências.

Como referido, a percentagem de indivíduos que afirma ter frequentado uma destas instituições é muito reduzida, não sendo portanto possível executar uma análise exaustiva desta realidade. Salientam-se, no entanto, alguns traços comuns identificados neste grupo de indivíduos: são principalmente sujeitos com alterações em várias funções sensoriais e da fala, físicas e mentais, e que desenvolveram/adquiriram estas alterações à nascença ou nos primeiros anos de vida.

PRESTAÇÕES SOCIAIS

Dentro do sistema de reabilitação, para além dos apoios e serviços já referidos, existe um conjunto de prestações pecuniárias de protecção

social que são consideradas como partes integrantes desse sistema, enquadrando-se nas políticas passivas de natureza compensatória. Consistem em prestações atribuídas pela Segurança Social, tendo como objectivo geral a protecção dos cidadãos em situações de diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho, tendo por objectivo a promoção da sua autonomia pessoal. A lista deste tipo de prestações pecuniárias engloba um conjunto diversificado de situações, nalguns casos acumuláveis.

Ao analisar os dados obtidos, constata-se que cerca de 19% da população com deficiências e incapacidades recebe pelo menos uma prestação social integrada no sistema de reabilitação. Do conjunto de prestações sociais, a que possui uma maior expressividade entre as pessoas com deficiências e incapacidades é a Pensão por Invalidez, seguida da Pensão Social de Invalidez.

QUADRO 1.6.1. PRESTAÇÕES SOCIAIS

	Sim		Não	
	N	% linha	N	% linha
Pensão por Invalidez	123	21,9	439	78,1
Pensão Social de Invalidez	38	6,8	524	93,2
Subsídio por Assistência de 3.ª Pessoa	5	0,9	557	99,1
Subsídio Especial para Arrendatários Deficientes	2	0,4	560	99,6
Subsídio para Assistência a Deficientes Profundos e a Doentes Crónicos	1	0,2	561	99,8
Subsídio Mensal Vitalício	1	0,2	561	99,8
Complemento por Dependência	1	0,2	561	99,8
Complemento de Pensão por Cônjuge a Cargo	-	-	562	100,0
Complemento Extraordinário de Solidariedade	-	-	562	100,0
Bonificação por Deficiência no Abono Familiar a Crianças e Jovens	-	-	562	100,0
Subsídio de Doença Profissional	-	-	562	100,0

Como se pode constatar no quadro anterior, existe um conjunto de prestações sociais com um âmbito mais específico e dirigido a situações mais concretas que possuem frequências residuais. Por outro lado, prestações como o Complemento de Pensão por Cônjuge a Cargo, o Complemento Extraordinário de Solidariedade, a Bonificação por Deficiência no Abono Familiar de Crianças e Jovens e o Subsídio por Doença Profissional não registaram nenhum caso.

São as pessoas com deficiências e incapacidades do sexo masculino as que mais beneficiam das prestações sociais. Simultaneamente, é nos escalões etários mais jovens (com idades entre os 18 e os 29 anos) que se denota uma maior incidência das prestações sociais. Por sua vez, apresentando o valor percentual mais baixo, encontram-se as pessoas com deficiências e incapacidades com idades compreendidas entre os 60 e os 70 anos, que beneficiam de outros tipos de prestações.

Ao nível da caracterização das limitações da actividade e da sua intensidade, em termos genéricos, as prestações sociais incidem em indivíduos com limitações da actividade elevadas na realização das actividades do dia-a-dia e nas interacções sociais. Por outro lado, são as pessoas com deficiências e incapacidades com limitações da actividade da fala as que apresentam uma maior percentagem de benefício de prestações sociais, seguidas pelas que apresentam limitações da actividade nos autocuidados. Simultaneamente, as interacções e relacionamentos pessoais e a realização de actividades referentes à vida doméstica possuem valores percentuais significativos. No extremo oposto, encontram-se as pessoas com deficiências e incapacidades que experienciam limitações das actividades da audição e da comunicação, que apresentam as menores percentagens de benefício de prestações sociais.

Por sua vez, nas alterações nas funções do corpo, é notório o peso das prestações sociais nos indivíduos que experienciam a coexistência de alterações nas funções sensoriais e da fala, funções físicas e funções mentais. Com um valor idêntico encontram-se as pessoas com deficiências e incapacidades decorrentes de alterações ao nível das funções mentais. Estes dados encontram-se em consonância com a caracterização efectuada nas limitações da actividade, pois são os inquiridos com alterações nas funções mentais ou conjuntamente nas funções sensoriais e da fala, físicas e mentais os que apresentam mais limitações nas actividades do dia-a-dia e nas interacções e relacionamentos interpessoais, sendo sobre estes que recaem predominantemente as prestações sociais.

Relativamente à idade de desenvolvimento/aquisição da primeira alte-

ração nas funções do corpo, denota-se que são as pessoas que identificaram estas alterações como tendo ocorrido até aos dois anos de idade as que possuem maiores percentagens de benefício de prestações sociais, percentagens essas que vão diminuindo à medida que a idade de desenvolvimento/aquisição das alterações vai aumentando. Ou seja, as prestações sociais parecem incidir predominantemente sobre os indivíduos com alterações nas funções do corpo desenvolvidas/adquiridas precocemente, constituindo-se, muitas vezes, essas prestações como a sua principal fonte de rendimento.

SATISFAÇÃO COM OS APOIOS E SERVIÇOS DO SISTEMA DE REABILITAÇÃO

Com o objectivo de poder identificar algumas práticas bem sucedidas e áreas de melhoria, foi analisada a satisfação dos inquiridos com as acções de reabilitação médico-funcional, as ajudas técnicas, os CAO's e as prestações sociais.

No que diz respeito à satisfação com a acção de reabilitação médico-funcional usufruída, um dos aspectos avaliados foi a regularidade das sessões de reabilitação. Face a esta questão, a esmagadora maioria dos inquiridos considerou que essa regularidade é satisfatória (65,8%), havendo mesmo uma elevada percentagem que a considerou boa (29,7%). Quanto aos tempos de espera, a tendência é semelhante, com 68,4% dos inquiridos a atribuir uma avaliação satisfatória e 25,3% a considerá-la boa. Resultados idênticos obtêm-se relativamente à adequação do tratamento às deficiências e incapacidades, à acessibilidade no interior dos edifícios, à qualidade dos equipamentos utilizados e às condições físicas dos espaços.

QUADRO 1.7.1. SATISFAÇÃO COM AS ACÇÕES DE REABILITAÇÃO MÉDICO-FUNCIONAL

	Má		Não muito boa		Satisfatória		Boa		Ns/Nr		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A regularidade das sessões de reabilitação	2	1,3	4	2,5	104	65,8	47	29,7	1	0,6	158	100
A adequação do tratamento às deficiências	1	0,6	11	7,0	89	56,3	56	35,4	1	0,6	158	100
Os tempos de espera de acesso à reabilitação	3	1,9	6	3,8	108	68,4	40	25,3	1	0,6	158	100
O desempenho dos técnicos/médicos e enfermeiros	-	-	3	1,9	76	48,1	78	49,4	1	0,6	158	100

Um item que é avaliado de forma extremamente positiva é o desempenho dos técnicos/médicos e enfermeiros. De acordo com 49,4% dos inquiridos, este desempenho é bom, sendo satisfatório para 48,1%. De salientar que nenhum inquirido atribuiu uma avaliação má neste item.

Com uma avaliação também positiva mas com resultados menos elevados, encontram-se os custos da acção de reabilitação (considerados satisfatórios por 59,5% da população e bons por 22,2%), a distância do local de residência relativamente à instituição onde recebe ou recebeu a acção de reabilitação, e os resultados da acção de reabilitação. Nestes, 13,9%, 19% e 11,4% dos inquiridos classificam, respectivamente, a avaliação da sua satisfação na categoria “não muito boa”.

Finalmente, foi pedido aos inquiridos que fizessem uma avaliação acerca do funcionamento geral da instituição. Essa avaliação global é, inequivocamente, muito positiva: 57% do total de auscultados considera que o funcionamento geral da instituição é satisfatório e 41,8% considera-o bom. De referir ainda que nenhum inquirido considerou haver um mau funcionamento. Apenas um o considerou como sendo não muito bom.

Relativamente às ajudas técnicas, constatou-se que os indivíduos avaliam de forma tendencialmente positiva qualquer um dos itens em análise, apesar da avaliação não ser tão positiva quanto a efectuada relativamente às acções de reabilitação médico-funcional.

QUADRO 1.7.2. SATISFAÇÃO COM AS AJUDAS TÉCNICAS

	Má		Não muito boa		Satisfatória		Boa		Ns/Nr		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A adequação do equipamento às suas necessidades	5	3,8	13	10,0	77	59,2	23	17,7	12	9,2	130	100
O processo de manutenção do equipamento	4	3,1	13	10,0	81	62,3	20	15,4	12	9,2	130	100
A forma de obtenção equipamento de ajuda ou do financiamento para o efeito	13	10,0	20	15,4	62	47,7	20	15,4	15	11,5	130	100
O tempo de espera entre a solicitação e a entrega	5	3,8	25	19,2	67	51,5	18	13,8	15	11,5	130	100
A qualidade do equipamento	1	0,8	15	11,5	77	59,2	23	17,7	14	10,8	130	100
A actualidade do equipamento /processo de renovação	3	2,3	18	13,8	74	56,9	19	14,6	16	12,3	130	100
Os custos de aquisição do equipamento	14	10,8	27	20,8	60	46,2	14	10,8	15	11,5	130	100

Dos aspectos analisados, aqueles que têm uma avaliação menos positiva são os custos de aquisição do equipamento (o que indicia, uma vez mais, que o domínio financeiro é uma área crítica junto de uma boa parte desta população), a forma de obtenção do equipamento de ajuda ou de financiamento para o efeito e o tempo de espera entre a solicitação e a entrega.

QUADRO 1.7.3. SATISFAÇÃO COM OS CENTROS DE ACTIVIDADES OCUPACIONAIS

	Muito insuficientes		Insuficientes		Suficientes		Bons		Ns/Nr		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
As capacidades que desenvolveu no CAO	-	-	-	-	7	87,5	1	12,5	-	-	8	100
Os transportes de e para a instituição	-	-	1	12,5	5	62,5	2	25,0	-	-	8	100

Do pequeno grupo de inquiridos que frequentam ou frequentaram Centros de Actividades Ocupacionais, a maioria considera que as capacidades que aí desenvolveram foram suficientes (7 casos em 8). Quanto aos transportes de e para a instituição, a tendência é também para os considerar suficientes, havendo 2 sujeitos que os classificam como bons.

Através da análise de outros aspectos relativos a estes centros, pode concluir-se acerca da percepção positiva dos inquiridos. Quatro dos 8 inquiridos consideram como bons o desempenho dos técnicos e outros profissionais e a acessibilidade no interior dos edifícios, sendo que os restantes 4 os avaliaram como suficientes. Os horários de funcionamento da instituição são avaliados como suficientes por metade dos inquiridos, ao passo que 3 os classificam como bons. Já no que respeita à qualidade dos equipamentos utilizados e ao funcionamento geral da instituição, 6 dos 8 inquiridos consideraram-nos como suficientes.

Constata-se uma ausência quase plena de respostas que confirmam um carácter negativo aos aspectos em questão. Apenas um indivíduo considerou os horários de funcionamento da instituição como sendo não muito bons.

QUADRO 1.7.4. SATISFAÇÃO COM AS PRESTAÇÕES SOCIAIS

	Mau		Não muito bom		Satisfatório		Bom		Ns/Nr		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
O circuito/forma de obtenção das transferências sociais	36	6,4	130	23,0	312	55,2	18	3,2	69	12,2	565	100
O tempo de espera entre a solicitação e a atribuição	56	9,9	187	33,1	238	42,1	21	3,7	63	11,2	565	100
A adequação das remunerações às necessidades	152	26,9	221	39,1	120	21,2	12	2,1	60	10,6	565	100
A informação disponível sobre as prestações	48	8,5	188	33,3	225	39,8	18	3,2	86	15,2	565	100
A articulação entre a atribuição das transferências sociais e a inserção no mercado de trabalho	50	8,8	187	33,1	188	33,3	9	1,6	131	23,2	565	100

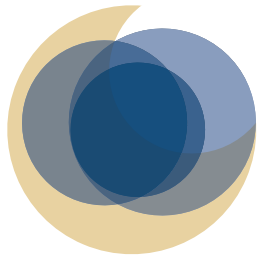
As prestações sociais são, no conjunto dos apoios e serviços prestados pelo sistema de reabilitação, as que reúnem um maior grau de insatisfação, encontrando-se os valores mais elevados nas avaliações de “mau” e “não muito bom”.

Através da análise do quadro, constata-se que os inquiridos avaliam mais favoravelmente o circuito e a forma de obtenção das transferências sociais (58%). A grande maioria desta população considera que este processo decorre de forma satisfatória (55,2%). Não obstante, 23% de indivíduos consideraram-nos como não muito bons e cerca de 6% cotaram-nos como maus. O grau de satisfação decresce no que respeita ao tempo de espera entre a solicitação e a atribuição das prestações sociais, pois 43% fazem uma avaliação negativa deste processo, considerando-o como mau ou não muito bom.

A adequação das remunerações às necessidades é avaliada de modo negativo, com 26,9% da população a atribuir-lhe a avaliação de “mau” e 39,1% a responder “não muito bom”. Apenas 2% atribuem a classificação de “bom” a este aspecto. Isto parece indicar que mais de 65% da população com deficiências e incapacidades está descontente com os recursos financeiros que lhes são atribuídos pelo Estado, considerando, portanto, que são estes insuficientes para fazer face às suas necessidades. Respostas de carácter mais positivo são atribuídas à informação disponível sobre as prestações, considerada como satisfatória em quase 40% dos casos, ainda que cerca de 33% a percecionem como não sendo muito boa.

No que respeita à articulação entre a atribuição das transferências sociais e a inserção no mercado, regista-se um número bastante superior de não-respostas (23,2%) relativamente aos itens anteriores (cerca do do-

bro). Isto parece significar que esta articulação é desconhecida por grande parte da população. Os respondentes cotaram a articulação referida predominantemente como satisfatória (33,3%) e não muito boa (33,1%). De referir ainda que apenas 2% atribuiu a classificação de “bom”.



Capítulo 2.
Qualidade de vida

Depois da caracterização da população com deficiências e incapacidades que beneficiam ou beneficiaram do sistema de reabilitação, serão apresentados alguns resultados que permitam relacionar as trajectórias de vida das pessoas com deficiências com a passagem pelo sistema de reabilitação. Considerando o racional teórico deste Estudo, esta análise será executada em torno do conceito de Qualidade de Vida e respectivo modelo subjacente, utilizando, deste modo, os domínios e subdomínios que o compõem⁽⁰⁶⁾.

AUTODETERMINAÇÃO E DESENVOLVIMENTO PESSOAL

Este domínio inclui a educação e formação ao longo da vida, as acessibilidades comunicacional e programática, o desenvolvimento psicológico e de capacidades sociais e a autonomia e resiliência.

Educação e formação ao longo da vida

Para além da já efectuada caracterização dos apoios e serviços do sistema de reabilitação direccionados para a área da educação, os percursos educativos das pessoas com deficiências e incapacidades assumem um papel determinante para a análise da sua qualidade de vida. Assim, foram colocadas, aos inquiridos, várias questões relativas ao analfabetismo e à frequência de estabelecimentos de ensino, aos motivos da não prossecução dos estudos, e às necessidades de certificação escolar sentidas.

Da análise destes dados conclui-se que a grande maioria dos inquiridos que responderam ao questionário sabe ler e escrever (85%), apresentando uma percentagem de analfabetismo de 15%.

As proporções de analfabetismo são mais expressivas entre as mulheres (19% não sabe ler nem escrever, ao passo que entre os inquiridos do sexo masculino esse valor é de 16%). São também os inquiridos com idades entre os 18 e os 29 anos que apresentam um maior peso de sujeitos analfabetos, seguidos pelos inquiridos com idades entre os 60 e os 70 anos. Esta percentagem elevada entre os inquiridos mais velhos pode ser explicada pela conhecida concentração do analfabetismo e dos baixos níveis de escolaridade na população portuguesa mais idosa.

(06) Informação detalhada sobre o Modelo de Qualidade de Vida encontra-se disponível no relatório geral do Estudo “Mais Qualidade de Vida para as Pessoas com Deficiências e Incapacidades – Uma Estratégia para Portugal”.

QUADRO 2.1.1. **SABER LER E ESCREVER E IDADE**

	Sim		Não	
	N	% linha	N	% linha
18 – 29 anos	36	69,2	16	30,8
30 – 39 anos	69	81,2	16	18,8
40 – 49 anos	118	92,2	10	7,8
50 – 59 anos	193	90,2	21	9,8
60 – 70 anos	425	78,1	119	21,9

Por outro lado, os valores elevados entre os 18 e os 29 anos encontram-se relacionados com o grau de limitações da actividade e o tipo de alterações nas funções do corpo dos indivíduos que constituem a amostra, pois verificou-se que os inquiridos mais jovens apresentam elevados graus de limitações e a coexistência de alterações em mais do que uma das funções do corpo, com predominância para as alterações nas funções mentais. Entre os indivíduos que apresentam limitações elevadas na realização de actividades, cerca de 37% não sabe ler nem escrever, enquanto que esse valor é de 12% entre os inquiridos com limitações mais moderadas. Simultaneamente, são as limitações da actividade relacionadas com a fala, seguidas pelas limitações da actividade nas interacções e relacionamentos interpessoais, as que possuem os valores mais elevados de indivíduos que não sabem ler nem escrever (73% e 30% respectivamente).

QUADRO 2.1.2. **SABER LER E ESCREVER E LIMITAÇÕES DA ACTIVIDADE**

	Sim		Não	
	N	% linha	N	% linha
Autocuidados	104	78,2	29	21,8
Vida doméstica	244	81,3	56	18,7
Interacções e relacionamentos interpessoais	53	69,7	23	30,3
Aprendizagem e aplicação de conhecimentos	438	71,8	172	28,2
Tarefas e exigências gerais	385	80,4	94	19,6
Comunicação	281	76,6	86	23,4
Mobilidade	420	82,7	88	17,3
Visão	60	85,7	10	14,3
Audição	21	84,0	4	16,0
Fala	7	26,9	19	73,1

As limitações da actividade relacionadas com a visão são as que apresentam uma menor percentagem de inquiridos analfabetos, seguidas das limitações da actividade referentes à audição.

Relativamente às alterações nas funções do corpo, e de acordo com o que foi salientado, são os inquiridos com alterações em mais do que uma função que apresentam uma maior proporção de analfabetismo. Esse valor é mais elevado entre os inquiridos que têm alterações nas multifunções sensoriais e da fala, físicas e mentais, seguidos quer dos que evidenciam alterações nas funções mentais, quer dos que identificaram alterações nas multifunções físicas e sensoriais e da fala.

QUADRO 2.1.3. SABER LER E ESCREVER E ALTERAÇÕES NAS FUNÇÕES

	Sim		Não	
	N	% linha	N	% linha
Funções sensoriais e da fala	60	87,0	9	13,0
Funções físicas	483	84,3	90	15,7
Funções mentais	33	78,6	9	21,4
Multifunções sensoriais e da fala, físicas e mentais	64	64,6	35	35,4
Multifunções físicas e sensoriais e da fala	139	82,7	29	17,3
Sem tipologia de funções identificada	62	86,1	10	13,9

Estes dados encontram correspondência na análise para as limitações das actividades, uma vez que são estas alterações nas funções as que se encontram associadas às limitações que apresentam as maiores percentagens de analfabetismo.

Relativamente aos inquiridos que referem saber ler e escrever, deve salientar-se o facto dessa aprendizagem poder não ter sido efectuada num estabelecimento de ensino. Das pessoas com deficiências e incapacidades que responderam ao questionário, 20% afirmou nunca ter frequentado a escola, o que apresenta um acréscimo de 5% à percentagem de inquiridos que refere não saber ler nem escrever, indicando a existência de indivíduos que obtiveram a sua alfabetização fora dos estabelecimentos de ensino.

QUADRO 2.1.4. FREQUÊNCIA DE UM ESTABELECIMENTO DE ENSINO

	N	%
Sim	709	79,8
Não	180	20,2
Total	889	100,0

Por sua vez, entre os inquiridos que frequentaram ou frequentam um estabelecimento de ensino, é notório o baixo nível de qualificações⁽⁰⁷⁾: a grande maioria dos indivíduos concentra-se no 1.º ciclo do ensino básico (71,4%), ao passo que apenas 14% frequentou o 2.º ciclo. Nos níveis de ensino mais elevados, as percentagens são residuais, registando-se que apenas 4% desta população frequentou o ensino secundário e que a frequência de uma licenciatura envolve somente 1% de respostas. Ainda no quadro das baixas qualificações, verifica-se que 23% dos inquiridos, apesar de ter frequentado o nível de ensino referido, não o completou. Destes, apenas 3% referem que ainda se encontram a estudar, pelo que os restantes constituem-se como exemplos de abandono escolar.

Neste âmbito, foram explorados os motivos que, de acordo com os sujeitos, conduziram ao abandono da escola antes de completarem o nível de ensino frequentado.

QUADRO 2.1.5. MOTIVO PARA O ABANDONO ESCOLAR

	N	%
Dificuldades financeiras	73	45,6
Desinteresse pela escola	46	28,8
Falta de incentivo por parte dos pais	18	11,3
Maus resultados escolares	5	3,1
Problemas de saúde relacionados com a minha deficiência	3	1,9
Dificuldades de integração	2	1,3
Falta de professores especializados para dar apoio	1	0,6
Falta de transporte para a escola	-	-
Má acessibilidade no interior da escola	-	-
Falta de métodos pedagógicos adaptados	-	-
Falta de estruturas físicas/serviços de apoio	-	-
Outro motivo	1	0,6
Ns/Nr	11	6,9
Total	160	100,0

(07) Análise mais detalhada no relatório “Elementos de Caracterização das Pessoas com Deficiências e Incapacidades em Portugal”.

O principal motivo referido relaciona-se com dificuldades financeiras (45,6%), ao qual se segue o desinteresse pela escola (28,8%) e a falta de incentivo para os estudos por parte dos pais (11,3%). É de salientar que as respostas que integram problemas associados às deficiências e incapacidades obtiveram valores residuais. Apenas 1,9% dos inquiridos afirmaram ter abandonado os estudos por problemas de saúde relacionados com as suas deficiências e incapacidades. Problemas como as acessibilidades, a falta de métodos pedagógicos adequados, ou a falta de estruturas físicas/ serviços de apoio não obtiveram nenhuma resposta.

QUADRO 2.1.6. MOTIVO PARA O ABANDONO ESCOLAR E IDADE

	18 – 29 anos		30 – 39 anos		40 – 49 anos		50 – 59 anos		60 – 70 anos	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Maus resultados escolares	0	0,0	0	0,0	3	15,0	1	4,8	2	1,7
Desinteresse pela escola	1	16,7	6	46,2	8	40,0	8	38,1	26	22,2
Dificuldades de integração	0	0,0	1	7,7	0	0,0	1	4,8	0	0,0
Problemas de saúde relacionados com a minha deficiência	4	66,7	1	7,7	1	5,0	0	0,0	2	1,7
Dificuldades financeiras	0	0,0	2	15,4	4	20,0	8	38,1	64	54,7
Falta de professores especializados para dar apoio	0	0,0	0	0,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0
Falta de incentivo por parte dos pais	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	15,4
Outro motivo	1	16,7	0	0,0	1	5,0	1	4,8	0	0,0
Ns/Nr	0	0,0	3	23,1	2	10,0	2	9,5	5	4,3

Numa análise por grupo etário, cerca de 55% dos indivíduos com idades entre os 60 e os 70 anos referem as dificuldades financeiras como o principal motivo para o abandono escolar, seguidos pelos inquiridos entre os 50 e os 59 anos, que apresentam uma percentagem de 38,1%, assistindo-se a uma diminuição gradual do peso das condicionantes financeiras à medida que a idade dos inquiridos diminui.

Por sua vez, o desinteresse pela escola – segundo motivo de abandono mais referido pelos inquiridos – possui maior expressividade entre os inquiridos com idades entre os 30 e os 49 anos, constituindo-se como o motivo de maior peso dentro destas idades. Este motivo regista uma diminuição da sua relevância à medida que a idade dos inquiridos aumenta.

Os problemas de saúde relacionados com as deficiências e incapacidades parecem ser menos relevantes entre os inquiridos mais jovens, ainda que o pequeno número de casos aqui envolvidos inviabilize uma extrapolação segura para a população.

Para além de ser um dos principais motivos para o abandono escolar, a limitação financeira constitui-se igualmente como condicionante à continuação dos estudos por parte dos inquiridos, sendo o principal motivo apresentado quer pelos inquiridos que não frequentaram o ensino secundário, quer pelos inquiridos que não ingressaram no ensino superior.

QUADRO 2.1.7. MOTIVO PARA NÃO CONTINUAR OS ESTUDOS APÓS O 3.º CICLO DO ENSINO BÁSICO

	N	%
Não tinha condições financeiras	20	42,6
Não quis continuar a estudar	6	12,8
Os pais/amigos desencorajaram	4	8,5
Preferi ir trabalhar	3	6,4
Considero que não tinha capacidades intelectuais para continuar a estudar	1	2,1
Não tinha escola em condições adequadas à minha deficiência na área de residência	1	2,1
Não tinha transportes de acesso à escola	1	2,1
Outro motivo	2	4,3
Nr	9	19,1
Total	47	100,0

De facto, aludindo a todos os inquiridos que revelaram não terem prosseguido os seus estudos após a conclusão do 3.º ciclo do ensino básico, o principal motivo apresentado foi a falta de condições financeiras, seguido pela desmotivação para os estudos e pelo desencorajamento por parte de pais ou de amigos. Mais uma vez as questões relacionadas com as deficiências ou incapacidades não surgem como determinantes para a não continuação dos estudos, na medida em que as percentagens de respostas correspondentes são residuais. As mesmas tendências são igualmente válidas para os inquiridos que não prosseguiram os seus estudos após a conclusão do ensino secundário.

QUADRO 2.1.8.

MOTIVO PARA NÃO CONTINUAR OS ESTUDOS APÓS O ENSINO SECUNDÁRIO

	N	%
Não tinha condições financeiras	10	41,7
Preferi/necessitei ir trabalhar	6	25,0
Não tinha motivação/interesse em ingressar no ensino superior	3	12,5
Não tinha universidade na minha área de residência	1	4,2
Não tinha transportes suficientes para me deslocar para a universidade	1	4,2
Acho que não tinha capacidades intelectuais para frequentar o ensino superior	-	-
A universidade que pretendia frequentar não tinha condições de acessibilidade física	-	-
Os meus pais/amigos desencorajaram-me	-	-
Concorri à universidade mas não consegui entrar	-	-
Nr	3	12,5
Total	24	100,0

Depois das condições financeiras, a necessidade ou a preferência por ingressar no mercado de trabalho surge como o segundo factor mais determinante para os indivíduos não ingressarem no ensino superior, seguido pela falta de motivação para continuar os estudos.

Apesar do quadro de baixas qualificações já referido, a maioria dos inquiridos diz que não sente necessidade de aumentar o grau de certificação escolar (94%), denotando-se algum conformismo neste âmbito. No entanto, importa considerar que as próprias características da amostra influenciam este resultado, na medida em que se trata de um conjunto de inquiridos constituído por uma elevada percentagem de indivíduos com mais de 50 anos.

QUADRO 2.1.9. PERCEÇÃO DA NECESSIDADE DE AUMENTAR O GRAU DE CERTIFICAÇÃO ESCOLAR E IDADE

	Sim		Não	
	N	% linha	N	% linha
18 – 29 anos	12	23,1	40	76,9
30 – 39 anos	8	9,4	77	90,6
40 – 49 anos	10	7,8	118	92,2
50 – 59 anos	11	5,1	203	94,9
60 – 70 anos	20	3,7	524	96,3

De facto, quando se analisa a percepção da necessidade de aumentar a certificação escolar por relação com a idade, regista-se que à medida que a idade aumenta a referida percepção vai diminuindo, constatando-se que são os inquiridos com idades entre os 18 e os 29 anos os que mais manifestam necessidade de aprofundar os seus conhecimentos.

Aos indivíduos que identificaram a necessidade de aumentar as certificações escolares foi pedido que indicassem com que níveis de ensino gostariam de ser certificados.

QUADRO 2.1.10. PERCEÇÃO DA NECESSIDADE DE CERTIFICAÇÃO ESCOLAR – NÍVEL DE ENSINO DESEJADO

	N	%
Ensino básico - 1.º ciclo	25	49,0
Ensino básico - 2.º ciclo	4	7,8
Ensino básico - 3.º ciclo	9	17,6
Ensino secundário	5	9,8
Curso médio	1	2,0
Licenciatura	5	9,8
Doutoramento	2	3,9
Total	51	10

As respostas com maior peso percentual foram as que correspondem ao 1.º e ao 3.º ciclos do ensino básico, o que parece indicar que as aspirações escolares são modestas e que a predominância destas respostas se deve, essencialmente, ao quadro de partida de frágil escolarização desta população. Não obstante, é de salientar que 13,7% dos inquiridos gostariam de completar o ensino superior.

Acessibilidades comunicacional e programática

As questões relativas às acessibilidades comunicacional e programática englobam não só o acesso aos meios de comunicação social e às novas tecnologias de informação e comunicação, como também o acesso a informações relacionadas com as deficiências e incapacidades. A identificação das principais fontes de informação que esta população privilegia quando pretende obter conhecimentos ou esclarecimentos específicos é também considerada.

A utilização das novas tecnologias de informação e comunicação tem um papel determinante nas sociedades contemporâneas devido à função que estas têm vindo a assumir no dia-a-dia dos indivíduos, tornando-se num elemento central para o desenvolvimento social, económico e cultural. A distribuição desigual destas tecnologias reproduz ou tende mesmo a acentuar outros tipos de desigualdades, pois os grupos mais desfavorecidos económica e socialmente e, conseqüentemente, mais vulneráveis à exclusão social, encontram-se numa situação de desvantagem no acesso à informação e aos meios de comunicação, o que limita as suas possibilidades de intervenção e de exercício de direitos e deveres enquanto cidadãos numa sociedade democrática.

Os dados obtidos permitem afirmar que apenas 7% dos inquiridos utiliza habitualmente computadores, uma percentagem bastante reduzida comparativamente ao que se observa na população nacional: de acordo com o “Inquérito à Utilização de Tecnologias da Informação e da Comunicação pelas Famílias”, realizado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) e pelo Observatório da Sociedade da Informação e do Conhecimento/UMIC – Agência para a Sociedade do Conhecimento, I. P., em 2005, 40% dos indivíduos residentes no território nacional com idades entre os 16 e os 74 anos utilizam computadores.

Como o inquérito às pessoas com deficiências e incapacidades incide na população com idades entre os 18 e os 70 anos, e no sentido de se ter uma comparação rigorosa com os dados para a população portuguesa, efectuou-se uma análise por escalões etários.

QUADRO 2.1.11. UTILIZAÇÃO DE COMPUTADORES POR IDADE (%)

	PCDI	População Portuguesa
25 – 34 anos	26	57
35 – 44 anos	5	42
45 – 54 anos	9	30
55 – 64 anos	3	15

Fonte: Os dados para a população portuguesa encontram-se no “Inquérito à Utilização de Tecnologias da Informação e da Comunicação pelas Famílias”, INE e Observatório da Sociedade da Informação e do Conhecimento/UMIC – Agência para a Sociedade do Conhecimento, IP., 2005.

As diferenças percentuais entre as duas populações são notórias, havendo apenas uma tendência comum para a diminuição da utilização de computadores à medida que a idade aumenta, verificando-se que a

quebra entre o escalão dos 25 ao 34 anos e o escalão dos 35 aos 44 anos é mais acentuada nas pessoas com deficiências e incapacidades.

Além do predomínio da utilização de computadores junto dos inquiridos mais jovens, observa-se igualmente que esta utilização é mais expressiva entre os inquiridos do sexo masculino, na medida em que 9% dos homens os utilizam, ao passo que entre as mulheres essa percentagem é de 5%. Apesar dos dados não possuírem relevância estatística, devido ao reduzido número de casos, é importante mencionar que esta utilização possui uma relação directa com a escolaridade dos inquiridos, pois aumenta com o nível de ensino. Dos inquiridos que frequentaram o 1.º ciclo do ensino básico, 3% referiu utilizar os computadores, ao passo que esse valor sobe para os 73% nos indivíduos que frequentaram uma licenciatura.

Estes dados relativamente ao sexo e à escolaridade encontram-se de acordo com as tendências observadas para a população nacional, como se pode verificar nos resultados do “Inquérito à Utilização de Tecnologias da Informação e da Comunicação pelas Famílias”, onde se verifica que são os indivíduos do sexo masculino e os indivíduos mais escolarizados que apresentam percentagens mais elevadas de utilização de computadores.

Os inquiridos com limitações da actividade moderadas têm uma percentagem de utilização de computadores que é igual ao dobro da percentagem nos inquiridos com limitações elevadas, o que significa que o grau das limitações se constitui como um factor que condiciona a utilização deste tipo de tecnologias. Analisando os dados por tipo de limitações da actividade, apesar de se observarem percentagens e valores absolutos muito reduzidos, é de referir que são os inquiridos com limitações da actividade ao nível das interacções e relacionamentos interpessoais os que demonstram maiores percentagens de utilização de computadores. As limitações na fala surgem como a segunda limitação com maior proporção na utilização de computadores, ainda que corresponda a um número residual de casos.

Por sua vez, no que diz respeito às alterações nas funções do corpo constata-se que são os inquiridos sem tipologia de funções identificada os que mais utilizam computadores (18,1%), seguidos pelos indivíduos com alterações nas funções sensoriais e da fala (11,6%). No extremo oposto encontram-se as alterações nas funções mentais, nas funções físicas e nas multifunções físicas e sensoriais e da fala.

QUADRO 2.1.12. UTILIZAÇÃO DE COMPUTADORES E ALTERAÇÕES NAS FUNÇÕES

	Sim		Não	
	N	%	N	%
Funções sensoriais e da fala	8	11,6	61	88,4
Funções físicas	29	5,1	544	94,9
Funções mentais	2	4,8	40	95,2
Multifunções sensoriais e da fala, físicas e mentais	8	8,1	91	91,9
Multifunções físicas e sensoriais e da fala	9	5,4	159	94,6
Sem tipologia de funções identificada	13	118,1	59	81,9

Se considerada a passagem dos inquiridos pelo sistema de reabilitação, verifica-se uma maior utilização de computadores entre os indivíduos que acederam a apoios e/ou serviços do sistema de reabilitação (9% vs. 6%). No entanto, esta relação poderá estar relacionada com o factor “idade” pois, tal como já foi referido, são os inquiridos mais jovens os que mais auferem de apoios e serviços deste sistema.

Entre os inquiridos que referiram não utilizar os computadores (93% do total), o principal motivo apresentado para a não utilização foi a falta de conhecimentos sobre a forma como estes funcionam (75,7%), seguido pelo facto de os inquiridos não possuírem computadores (20,4%).

QUADRO 2.1.13. PRINCIPAL MOTIVO PARA NÃO UTILIZAR COMPUTADORES

	N	%
Não sei trabalhar com computadores	627	75,7
Não tenho computador	169	20,4
Não tenho acesso a computadores	22	2,7
Não tenho acesso a computadores adaptados para a minha deficiência	4	0,5
Outro	2	0,2
Ns/Nr	4	0,5
Total	828	100,0

No que diz respeito à utilização da Internet, verificou-se que no conjunto das pessoas que utilizam computadores, a grande maioria (70%) utiliza a Internet. Esta é uma utilização bastante regular, pois 50% dos indivíduos que usam a Internet fazem-no todos os dias, e 30% refere que acede à rede pelo menos uma vez por semana.

Os objectivos que levam estes indivíduos a utilizarem a Internet são diversos, sendo os mais significativos a aquisição de novos conhecimen-

tos/pesquisa de informação (75%), a procura de diversão/ocupação dos tempos livres (68,3%), a comunicação com outras pessoas (67,5%) e o trabalho (59%).

QUADRO 2.1.14. OBJECTIVOS DE UTILIZAÇÃO DA INTERNET

	Sim		Não	
	N	%	N	%
Diversão/ocupar tempos livres	28	68,3	13	31,7
Adquirir novos conhecimentos/pesquisar informação	30	75,0	10	25,0
Pesquisar assuntos relacionados com a minha deficiência	18	45,0	22	55,0
Trabalhar	23	59,0	16	41,0
Comunicar com outras pessoas	27	67,5	13	32,5
Fazer compras/aceder a serviços	6	15,0	34	85,0

A pesquisa de assuntos relacionados com as deficiências e incapacidades engloba 45% de respostas, o que demonstra que a Internet é uma fonte de informação relevante, nesta população, para a aquisição de conhecimentos sobre este assunto. A realização de compras/o acesso a serviços é a actividade menos praticada pelos inquiridos quando navegam na Internet, correspondendo apenas a 15% de respostas.

As pessoas com deficiências e incapacidades que, apesar de utilizarem computadores, não costumam navegar na Internet apresentam como principais motivos pela não utilização da Rede o facto de não saberem utilizar a Internet e de não terem interesse em fazê-lo (cada uma destas respostas é referida por 44,4% de inquiridos).

Ainda no âmbito das questões do acesso à informação, e mais concretamente no que respeita à leitura de jornais e livros, constata-se que os inquiridos não possuem hábitos regulares de leitura. A percentagem de inquiridos que não lê jornais é de 40,5%, e a dos que não lêem livros é de 76,3%.

QUADRO 2.1.15. FREQUÊNCIA DE LEITURA

	jornais		Livros	
	N	%	N	%
Nunca	358	40,5	675	76,3
Pelo menos uma vez por mês	110	12,4	100	11,3
Pelo menos uma vez por semana	181	20,5	44	5,0
Algumas vezes por semana	145	16,4	49	5,5
Todos os dias	91	10,3	17	1,9
Total	885	100,0	885	100,0

Ainda assim, existem cerca de 27% de inquiridos que referem ler jornais todos os dias ou várias vezes por semana, demonstrando interesse em se manterem informados. No que se refere aos livros, este tipo de leitura regular é referida por 7% dos inquiridos.

Numa outra perspectiva sobre a exposição à informação, foram exploradas as formas de acesso a informações relacionadas com as deficiências e incapacidades que são privilegiadas pelos inquiridos.

QUADRO 2.1.16. PRINCIPAL FORMA DE ACESSO A INFORMAÇÃO RELACIONADA COM AS DEFICIÊNCIAS E INCAPACIDADES

	N	%
Não senti necessidade de procurar informação relacionada com a minha deficiência	20	42,6
Associação relacionada com a minha doença ou deficiência	42	4,9
Centro de Emprego e Formação Profissional	18	2,1
Centro de Segurança Social	229	26,9
Linha do Cidadão do SNRIPD	1	0,1
Médico	143	16,8
Centro de Saúde/Hospital	14	1,6
Outro	14	1,6
Ns/Nr	1	0,1
Total	851	100,0

Constata-se, após a leitura do Quadro 2.1.16, que 45,7% dos inquiridos revelam nunca ter sentido necessidade de procurar informação relacionada com as suas deficiências e incapacidades. No entanto, quando pretendem obter alguma informação relacionada com esta temática, recorrem preferencialmente ao Centro de Segurança Social (26,9%) e ao médico (16,8%). As associações relacionadas com as doenças ou deficiências e

incapacidades não parecem ser veículos privilegiados para a procura de informação, ocorrendo o mesmo com os Centros de Emprego ou a linha de apoio disponibilizada pelo Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração de Pessoas com Deficiências (actual Instituto Nacional de Reabilitação, I. P.).

Relativamente à forma como os inquiridos obtiveram informações relacionadas com os apoios e serviços do sistema de reabilitação que usufruíram, esta varia consideravelmente de acordo com as áreas desses apoios e serviços.

QUADRO 2.1.17.

FORMA DE ACESSO AOS SERVIÇOS E APOIOS DO SISTEMA DE REABILITAÇÃO

	Formação profissional		Reabilitação médica	
	N	%	N	%
Através da comunicação social	1	5,0	-	-
Recomendação por parte de familiares	1	5,0	1	0,6
Recomendação por parte de amigos	4	20,0	1	0,6
Recomendação de instituições que trabalham na área da deficiência/reabilitação	2	10,0	2	1,3
Através de organismos da Administração Pública	4	20,0	-	-
Recomendação médica/hospitalar	2	10,0	83	52,5
Recomendação dos Centros de Emprego	6	30,0	-	-
Informação obtida numa unidade de cuidados de saúde	-	-	65	41,1
Através de pesquisa pessoal sobre a minha deficiência	-	-	1	0,6
Por sugestão de profissionais de serviços públicos que utilizei	-	-	-	-
Ns/Nr	-	-	5	3,2
Total	20	100,0	158	100,0

De facto, verifica-se que a recomendação por parte dos Centros de Emprego se constituiu como a principal via pela qual os indivíduos tomaram conhecimento da existência da actual ou última acção de formação e reabilitação profissional que frequentaram (30% dos casos). Também importantes nesta área se revelaram os organismos da Administração Pública e a recomendação por parte de amigos (ambos com 20%). No que concerne ao último serviço de reabilitação médico-funcional utilizado, conclui-se que as principais formas pelas quais os inquiridos tomaram conhecimento da sua existência foram a recomendação médica (52,5%) e a informação obtida numa unidade de cuidados de saúde (41,1%).

QUADRO 2.1.18.

FORMA DE ACESSO OU DE CONHECIMENTO DOS APOIOS DA PROTECÇÃO SOCIAL

	Sim		Não	
	N	% linha	N	% linha
Através de uma associação relacionada com a sua doença ou deficiência	7	1,3	550	98,7
Através do Centro de Emprego e Formação Profissional	24	4,3	532	95,7
Através do Centro de Segurança Social	453	81,0	106	19
Através da Linha do Cidadão do SNRIPD	1	0,2	556	99,8
Através de um assistente social	109	19,6	448	80,4
Através da instituição que se encontra a frequentar	3	0,5	552	99,5
Outro	7	77,8	2	22,2
Ns/Nr	-	-	-	-

Quanto aos apoios da protecção social, os inquiridos afirmam que tomaram conhecimento dos apoios da segurança social que estão a receber, principalmente, através de Centro de Segurança Social (81%), que foi, inequivocamente, a resposta mais citada. Uma parte significativa também referiu o assistente social (19,6%) e o Centro de Emprego e Formação Profissional (4,3%).

Por fim, considerou-se relevante analisar até que ponto as pessoas com deficiências e incapacidades conhecem algumas das medidas legislativas desenvolvidas no âmbito das deficiências e incapacidades. Mais de metade da população com deficiências e incapacidades desconhece as medidas apresentadas, verificando-se que a eliminação de barreiras arquitectónicas, o subsídio por assistência a 3.ª pessoa e a isenção no IRS para determinadas pessoas com deficiências e incapacidades são as mais conhecidas por esta população.

QUADRO 2.1.19.

MEDIDAS LEGISLATIVAS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS E INCAPACIDADES (%)

		PCDI	PCDI com apoios e serviços	PCDI sem apoios e serviços
Eliminação de barreiras arquitectónicas nos edifícios públicos, equipamentos colectivos e via pública	Conhece	48,4	60,6	42,8
	Não conhece	51,6	39,4	57,2
Programa “Praias Acessíveis”	Conhece	33,9	45,4	29,2
	Não conhece	66,1	54,6	70,8
Subsídio para adaptação do posto de trabalho	Conhece	26,1	30,2	23,9
	Não conhece	73,8	69,8	76,1
“Desenho para Todos” para produtos TIC	Conhece	16,6	17,8	16,9
	Não conhece	83,4	82,2	83,1
Subsídio por assistência de 3.ª pessoa	Conhece	40,8	50,9	36,0
	Não conhece	59,1	49,1	64,0
Conceito de “Necessidades Educativas Especiais”	Conhece	33,1	44,8	27,8
	Não conhece	66,9	55,2	72,2
Acolhimento familiar para adultos com deficiências	Conhece	26,7	31,0	24,9
	Não conhece	73,2	69,0	75,1
Intervenção precoce	Conhece	18,5	23,3	16,8
	Não conhece	81,5	76,7	83,2
Isenção no IRS para determinadas pessoas com deficiências	Conhece	42,4	53,4	38,0
	Não conhece	57,6	46,6	62,0
Sistema de apoio financeiro para ajudas técnicas	Conhece	29,0	39,4	24,6
	Não conhece	71,0	60,6	75,4

Contudo, convém referir que dentro do grupo dos inquiridos que já receberam ou recebem apoios e serviços do sistema de reabilitação, os valores percentuais de conhecimento das medidas apresentadas são superiores, concluindo-se que os indivíduos que não acederam aos apoios

e serviços do sistema de reabilitação demonstram uma maior falta de informação neste âmbito.

Desenvolvimento psicológico e de capacidades sociais

As questões relativas ao desenvolvimento psicológico visam determinar a percepção das pessoas com deficiências e incapacidades, por um lado, no que respeita ao seu bem-estar (quer a nível emocional, quer a nível físico e material), e por outro, sobre o sentimento de autonomia pessoal e social.

De forma a obter um cenário geral acerca do bem-estar físico e emocional da população com deficiências e incapacidades, confrontaram-se os inquiridos com um conjunto de afirmações com o intuito destes manifestarem o seu grau de concordância/discordância com estas. Da análise destas respostas, conclui-se que em qualquer das afirmações, a concordância reuniu sempre a maioria dos inquiridos.

As afirmações com maior número de respostas concordantes foram as seguintes: “as pessoas com quem contacto no dia-a-dia têm facilitado ou contribuído para a minha participação na sociedade” (86%), “tenho capacidades para traçar e concretizar os planos e objectivos da minha vida” (80%) e “de uma forma geral sinto-me satisfeito comigo próprio” (80%).

As afirmações que apresentam menor número de respostas de concordância foram: “o número de pessoas com quem tenho contacto tem vindo a aumentar” (60%) e “cada vez me sinto menos só” (66%).

De um modo geral, regista-se uma tendência predominantemente positiva e optimista na forma como a maioria da população com deficiências e incapacidades avalia as suas capacidades sociais e o seu bem-estar emocional.

Se analisadas as diferenças entre pessoas que passaram e que não passaram pelo sistema de reabilitação, verifica-se que são os sujeitos que acederam aos apoios que fazem uma avaliação mais positiva do seu bem-estar físico e emocional.

A capacidade para, no presente, aceitar melhor a deficiência e as melhorias ao nível do relacionamento com as pessoas que são mais próximas constituem os domínios em que mais se evidenciam as diferenças entre os dois grupos, e, portanto, em que a auto-avaliação das pessoas que usufruíram dos serviços e apoios do sistema é relativamente mais positiva.

QUADRO 2.1.20. BEM-ESTAR FÍSICO E EMOCIONAL ^(o8)

	RESPOSTAS MÉDIAS	
	PCDI com apoios e serviços	PCDI sem apoios serviços
De uma forma geral sinto-me satisfeito comigo mesmo	2,89	2,80
A minha autonomia para a realização das tarefas diárias tem melhorado	2,72	2,70
Tenho capacidades para contornar obstáculos e superar dificuldades inerentes às minhas limitações	2,80	2,76
Tenho capacidades para traçar e concretizar os planos e objectivos da minha vida	2,87	2,77
O número de pessoas com quem tenho contactado tem vindo a aumentar	2,67	2,58
A minha relação com as pessoas que me são mais próximas tem melhorado	2,89	2,70
Hoje em dia aceito melhor a minha deficiência do que no passado	2,87	2,62
Com o passar do tempo estou a tornar-me numa pessoa mais segura de mim mesma	2,80	2,67
Cada vez me sinto menos só	2,76	2,62
As pessoas com quem contacto no dia-a-dia têm facilitado ou contribuído para a minha participação na sociedade	2,99	2,85

Quanto à satisfação com a vida material e financeira, constata-se que a insatisfação envolve uma percentagem superior à satisfação, ou seja, a avaliação neste âmbito não acompanha o carácter positivo encontrado nas respostas às questões do bem-estar físico e emocional. Esta tendência

(o8) As modalidades de resposta são: 1 – “Discordo em absoluto”, 2 – “Discordo em parte”, 3 – “Concordo em parte”, e 4 – “Concordo em absoluto”. As médias foram calculadas com base nos números associados a cada modalidade.

seria expectável se se considerar que a maioria dos agregados dos inquiridos dispõe de um rendimento médio mensal líquido muito baixo: quase metade dos agregados (49,3%) recebe até 600 euros mensais para todas as suas despesas⁽⁰⁹⁾. No caso dos sujeitos que receberam apoios e serviços do sistema observa-se uma ligeira diminuição desses níveis de insatisfação, o que é consistente com a auto-avaliação mais positiva deste grupo no que respeita ao bem-estar físico e emocional.

QUADRO 2.1.21. SATISFAÇÃO COM A VIDA MATERIAL E FINANCEIRA

	PCDI com apoios e serviços		PCDI sem apoios e serviços	
	N	%	N	%
Nada satisfeito	34	9,8	82	12,1
Pouco satisfeito	144	41,4	302	44,7
Satisfeito	162	46,6	284	42,1
Muito satisfeito	4	1,1	5	0,7
Ns/Nr	4	1,1	2	0,3

No âmbito deste Inquérito foi também explorada a percepção dos inquiridos relativamente à eficácia da sua iniciativa pessoal. De uma forma geral, as pessoas com deficiências e incapacidades consideram que as mudanças nas suas vidas ocorreram principalmente como resultado das suas próprias decisões (89%) e não por orientação ou indicação de terceiros, não se registando diferenças relevantes entre os indivíduos que obtiveram apoios do sistema de reabilitação e os que não beneficiaram do sistema.

Autonomia e resiliência

Uma das formas de promoção da autonomia e da resiliência das pessoas com deficiências e incapacidades implica assegurar um conjunto de serviços que possibilitem a manutenção de uma vida autónoma e independente. Deste modo, no questionário aplicado esta dimensão é constituída pelos apoios domiciliários, isto é, a prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando, por mo-

(09) Informação mais detalhada no relatório “Elementos de Caracterização das Pessoas com Deficiências e Incapacidades em Portugal”.

tivo de doenças, deficiências e incapacidades ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente a satisfação das suas necessidades básicas e/ou actividades da vida diária. Este tipo de apoios têm como objectivo retardar ou evitar a institucionalização e promover a autonomia.

Apenas 1,8% da população com deficiências e incapacidades recebem ou receberam algum tipo de apoios no seu alojamento. Entre os poucos inquiridos que revelaram já ter recebido apoios domiciliários, constata-se que o tipo de apoio mais citado é o serviço de enfermagem domiciliário, seguido pelo apoio em regime ambulatorio.

QUADRO 2.1.22. TIPOS DE APOIO DOMICILIÁRIO RECEBIDO

	N	%
Apoio nas tarefas domésticas	1	6,3
Refeições ao domicílio	2	12,5
Apoio em regime ambulatorio	4	25,0
Serviços de enfermagem domiciliários	8	50,0
Outro	1	6,3
Total	16	100,0

O principal motivo para a grande maioria da população não ter recebido apoios no alojamento foi a ausência de necessidade ou interesse em os obter (71,8%). Não obstante, verifica-se que os mecanismos de disponibilização de informação surgem como um impedimento significativo à utilização deste tipo de serviço, visto que o facto de não ter obtido informações é o segundo motivo mais referido para não usufruir de apoios domiciliários (13,4%).

QUADRO 2.1.23.

PRINCIPAL MOTIVO PARA NÃO TER RECEBIDO APOIOS NO ALOJAMENTO

	N	%
Não tive necessidade/interesse	627	71,8
Não obtive informações sobre os apoios	117	13,4
Não possuo condições financeiras	21	2,4
A família desencorajou-me	2	0,2
Não existe nenhum tipo de apoio no alojamento para a minha deficiência	28	3,2
Não existe nenhuma instituição que disponibilize apoios no alojamento para minha deficiência na minha área de residência	17	1,9
Ns/Nr	61	7,0
Total	873	100,0

A inexistência de apoios adequados ou de instituições que os prestem, a falta de condições financeiras e o desencorajamento da família, ainda que identificados por alguns dos inquiridos, não foram considerados como factores relevantes para a não utilização deste tipo de serviços. Independentemente do usufruto ou não de apoios domiciliários, verifica-se que cerca de 13% dos inquiridos revela sentir necessidade de receber este tipo de apoio, com especial destaque para o apoio nas tarefas domésticas (74,4%).

QUADRO 2.1.24. TIPOS DE APOIOS NO ALOJAMENTO

	Sim		Não	
	N	% linha	N	% linha
Apoio nas tarefas domésticas	87	74,4	30	25,6
Refeições ao domicílio	33	28,2	84	71,8
Apoio nos cuidados a crianças	5	4,3	111	95,7
Apoio nas actividades no exterior	15	12,8	102	87,2
Apoio telefónico e tele-alarme para chamar um serviço de urgência	22	19,0	94	81,0
Apoio nas actividades da vida diária (higiene)	33	28,2	84	71,8
Apoio em regime ambulatorio	31	26,5	86	73,5
Serviços de enfermagem domiciliários	37	31,6	80	68,4
Outro	2	14,3	12	85,7

Existe igualmente um número elevado de inquiridos que afirma necessitar de serviços de enfermagem domiciliários (31,6%), refeições ao domicílio (28,2%), apoio nas actividades da vida diária (28,2%) e apoio em regime ambulatorio (26,5%).

BEM-ESTAR FÍSICO E MATERIAL

Este domínio de Qualidade de Vida comporta cinco subdomínios distintos: trabalho e emprego, rendimentos e prestações sociais, cuidados de saúde, habitação, e mobilidade.

Trabalho e emprego

Algumas das questões relacionadas com o trabalho e emprego já foram aprofundadas no relatório “Elementos de Caracterização das Pessoas com Deficiências e Incapacidades em Portugal”, bem como no primeiro capítulo do presente relatório, pelo que esses dados não serão aqui analisados de novo.

Importa, entretanto, lembrar que a taxa de actividade da população com deficiências e incapacidades assume um valor que corresponde a menos de metade da taxa homónima na população portuguesa, enquanto que a taxa de desemprego representa mais do dobro da média nacional.

Alguns resultados relevantes que não foram explorados anteriormente são os que permitem verificar variações nestas taxas segundo os tipos de limitações da actividade e de alterações nas funções.

Como se encontra patente no quadro que a seguir se apresenta, são os indivíduos com alterações nas funções sensoriais e da fala, e os que se inserem na categoria “sem tipologia de funções identificada” que têm maior taxa de actividade, seguidos pelos inquiridos com alterações nas funções físicas e com alterações em multifunções físicas e sensoriais e da fala. Em contrapartida, os indivíduos com alterações nas funções mentais e alterações nas multifunções sensoriais e da fala, físicas e mentais são os que têm taxas de actividade mais baixas, na ordem dos 10%.

Quanto à taxa de desemprego, salientam-se as elevadas taxas associadas às alterações nas multifunções físicas e sensoriais e da fala e às alterações nas funções físicas. As taxas variam, respectivamente, entre os 38% e os 33%, sendo mais elevadas do que a taxa média da população total com deficiências e incapacidades. Recorda-se que os desempregados estão essencialmente concentrados nos escalões dos 40 aos 59 anos e que os indivíduos com alterações nas funções físicas e com alterações em multifunções físicas e sensoriais e da fala são aqueles que apresentam uma maior concentração nos escalões das pessoas mais idosas, sendo portanto expectável que lhes estivesse associada uma maior taxa de desemprego.

No que diz respeito às alterações nas funções mentais e às alterações nas multifunções sensoriais e da fala, físicas e mentais não é possível apresentar dados relativamente à taxa de desemprego devido à insignificância estatística dos valores envolvidos, podendo apenas referir-se que os quatro inquiridos activos com alterações nas funções mentais estão desempregados.

QUADRO 2.2.1. TAXAS DE ACTIVIDADE E DESEMPREGO (18 AOS 64 ANOS) E TIPO DE ALTERAÇÕES NAS FUNÇÕES

	Taxa de actividade	Taxa de desemprego
Funções sensoriais e da fala	46,6	11,1
Funções físicas	34,8	32,5
Funções mentais	10,0	(a)
Multifunções sensoriais e da fala, físicas e mentais	9,0	(a)
Multifunções físicas e sensoriais e da fala	27,3	37,5
Sem tipologia de funções identificada	58,5	9,7

(a) Sem relevância estatística

Na análise da taxa de actividade em função do grau de limitações da actividade dos inquiridos, os que manifestam limitações da actividade elevadas são quase na sua totalidade inactivos (91%), enquanto os inquiridos que têm limitações moderadas apresentam uma taxa de actividade na ordem dos 38%. Nos inquiridos com limitações da actividade severas, a taxa de actividade ronda os 9%.

QUADRO 2.2.2. POPULAÇÃO ACTIVA E NÍVEIS DE LIMITAÇÕES DA ACTIVIDADE

	Limitações moderadas			Limitações elevadas			Total		
	N	% linha	% coluna	N	% linha	% coluna	N	% linha	% coluna
Activos	201	94,4	38,1	12	5,6	9,0	213	100,0	32,2
Não activos	327	72,8	61,9	122	27,2	91,0	449	100,0	67,8

Aquando da caracterização da população com deficiências e incapacidades ficou patente que esta se concentra nos grupos profissionais dos operários, artífices e trabalhadores similares e nos trabalhadores não qualificados, assumindo, em geral, um perfil profissional menos qualificado do que a população portuguesa global. Já no que diz respeito à situação na profissão, não existem diferenças significativas entre o conjunto das pessoas com deficiências e incapacidades e a população nacional: os padrões são cerca de 2%, a percentagem de trabalhadores por conta própria aproxima-se dos 12% e os trabalhadores por conta de outrem correspondem a uma maioria de cerca de 85%.

Entre todos os inquiridos que se encontram ou encontravam a trabalhar por conta de outrem, a maior parte (69,2%) possui ou possuía um contrato de trabalho sem termo. No entanto, as pessoas a trabalhar sem qualquer tipo contrato correspondem a uma percentagem relevante (18,2%). São, ainda, de relevar os que possuem ou possuíam apenas um contrato de trabalho temporário/sazonal ou à tarefa (5,7%) e um contrato a termo certo (5,3%). Os indivíduos com contrato de prestação de serviços apresentam uma expressão muito reduzida (0,6%).

QUADRO 2.2.3. TIPOS DE CONTRATO DE TRABALHO

	N	%
Contrato sem termo (efectivo)	377	69,2
Contrato a termo certo	29	5,3
Temporário/sazonal/à tarefa	31	5,7
Prestação de serviços (recibos verdes)	3	0,6
Sem contrato	99	18,2
Outra situação	1	0,2
Ns/Nr	5	0,9
Total	545	100,0

A maioria desta população trabalha a tempo inteiro (86,8%) e apenas uma pequena parte o faz a tempo parcial (11,5%). São principalmente os inquiridos com mais de 40 anos, do sexo feminino (17,2%) e com alterações nas funções mentais os que têm um horário a tempo parcial. No entanto, as diferenças não são significativas, salvo no caso das diferenças de género.

QUADRO 2.2.4. TIPOS DE HORÁRIO DE TRABALHO

	N	%	Masculino	Feminino
Tempo inteiro	474	86,8	98,2%	80,9%
Tempo Parcial	63	11,5	0,9%	17,2%
Ns/Nr	9	1,6	0,9%	1,8%
Total	546	100,0	100,0	100,0

Entre os indivíduos que apenas trabalham a tempo parcial, pretendeu-se conhecer o principal motivo para não o fazerem a tempo inteiro. A maioria respondeu que não conseguiu encontrar trabalho a tempo

inteiro (57,1%) e 20,6% dos inquiridos revelaram que não quiseram trabalhar nessa modalidade de horário. A existência de obrigações familiares foi o motivo apresentado em 12,7% dos casos.

QUADRO 2.2.5. MOTIVO PARA NÃO TRABALHAR A TEMPO INTEIRO

	N	%
Deficiências e incapacidades não permitem	1	1,6
Tenho obrigações familiares	8	12,7
Não consegui encontrar trabalho a tempo inteiro	36	57,1
Não quis trabalhar a tempo inteiro	13	20,6
Outra razão	2	3,2
Ns/Nr	3	4,8
Total	63	100,0

Quanto ao local de trabalho, a maioria (76,1%) afirmou que trabalha ou trabalhou numa empresa privada. Com o registo de valores muito inferiores surgem os indivíduos que trabalham em casas particulares (6%). Se reunidas as pessoas que trabalham em empresas públicas (4,8%), na Administração Pública Central (3,5%) e na Administração Pública Local (3,8%), o número de pessoas que trabalham para o Estado assume a segunda posição de predominância.

QUADRO 2.2.6. LOCAL DE TRABALHO

	N	%
Empresa privada	416	76,1
Administração Pública Central	19	3,5
Administração Pública Local	21	3,8
Empresa pública	26	4,8
Instituição sem fins lucrativos	3	0,5
Casas particulares	33	6,0
Outra	16	2,0
Ns/Nr	13	2,4
Total	547	100,0

O tempo de permanência na actividade profissional é um indicador igualmente relevante para a caracterização da actividade profissional. Verifica-se que apesar da população com deficiências e incapacidades apre-

sentar uma taxa de actividade reduzida e um acesso ao emprego mais restrito do que a média nacional, quando acede a ele, a tendência dominante é para manter esse mesmo emprego, permanecendo longos períodos na mesma actividade profissional. Cerca de metade desta população trabalha ou trabalhou mais de 20 anos na mesma actividade e outro quarto desta população tem ou teve a mesma actividade entre 10 e 20 anos.

QUADRO 2.2.7. TEMPO DE PERMANÊNCIA NA ACTIVIDADE PROFISSIONAL

	N	%
Até 1 ano (inclusive)	19	3,6
Mais de 1 ano e menos de 5 anos (inclusive)	41	7,8
Mais de 5 anos e menos de 10 anos (inclusive)	66	12,5
Mais de 10 anos e menos de 20 anos (inclusive)	137	25,9
Mais de 20 anos e menos de 30 anos (inclusive)	113	21,4
Mais de 30 anos	152	28,8
Total	528	100,0

Este longo tempo de permanência na actividade profissional é influenciado pela estrutura etária da população e pelas actividades profissionais desempenhadas: os pesos da população mais idosa e da agricultura serão aqui significativos. Apesar da estabilidade manifestada pelo tempo de permanência na profissão, constata-se que, a partir da análise do Quadro 2.2.8, apenas 7,1% dos inquiridos foram promovidos nos últimos 5 anos de trabalho.

QUADRO 2.2.8. PROMOÇÃO NOS ÚLTIMOS 5 ANOS DE TRABALHO

	N	%
Sim	39	7,1
Não	507	92,9
Total	546	100,0

Analisando os dados destes indicadores em função do acesso aos apoios e/ou serviços do sistema de reabilitação, verifica-se que os indivíduos que, de alguma forma, passaram pelo sistema têm maior estabilidade profissional e melhores condições: cerca de 77% estão com trabalho sem termo e cerca de 12% foram promovidos nos últimos cinco anos de trabalho.

Em contrapartida, entre os indivíduos que não tiveram apoios e/ou serviços do sistema, cerca de 70% têm contrato sem termo e apenas 7% foram promovidos nos últimos cinco anos. Também ao nível da população que está desempregada se registam diferenças, verificando-se que 43% dos sujeitos que tiveram apoios do sistema de reabilitação rescindiriam contrato porque quiseram, sendo que apenas 29% dos que não tiveram apoios o fizeram por sua iniciativa.

Com o objectivo de caracterizar, de forma mais aprofundada, o fenómeno do desemprego, procurou-se saber de que modo os indivíduos saíram do seu último emprego, tendo-se verificado que a maioria dos inquiridos (68%) que se encontra actualmente em situação de desemprego saiu da empresa ou entidade para quem trabalhava contra a sua vontade, sendo que apenas 32% se despediu.

QUADRO 2.2.9. SAÍDA DO EMPREGO

	N	%
Despedi-me	16	32,0
Fui despedido	34	68,0
Total	50	100,0

O principal motivo mais frequentemente apontado para a saída involuntária do emprego é o despedimento individual (28,6%). Em segundo lugar, surgem, exactamente com o mesmo número de respostas, o despedimento colectivo, o fim de um contrato com termo e a falência da entidade empregadora (todas estas hipóteses com 17,9% de respostas).

QUADRO 2.2.10. MOTIVO DE SAÍDA INVOLUNTÁRIA DO EMPREGO

	N	%
Despedimento individual	8	28,6
Despedimento colectivo	5	17,9
Fim de um contrato de duração limitada	5	17,9
Falência da entidade empregadora	5	17,9
Outra razão	5	17,9
Total	28	100,0

As condições precárias da situação profissional das pessoas com deficiências e incapacidades são reforçadas pela duração da situação de desemprego. Como se pode constatar no quadro apresentado, mais de 70% dos desempregados encontram-se numa situação de desemprego de longa duração (superior a 12 meses).

QUADRO 2.2.11. TEMPO QUE SE ENCONTRA NO DESEMPREGO

	N	%
Até 6 meses	5	11,1
Mais de 6 meses até 1 ano	8	17,8
Mais de 1 ano até 2 anos	10	22,2
Mais de 2 anos até 3 anos	6	13,3
Mais de 3 anos	16	35,6
Total	45	100,0

Esta longa duração de desemprego não apresenta relação com o tipo de alterações nas funções do corpo nem com o sexo dos inquiridos, embora se note, no caso dos homens, um menor tempo de espera entre dois empregos, sendo, no entanto, uma diferença muito ligeira. A única variável que apresenta alguma relação com o tempo de desemprego é a idade. Verifica-se um aumento progressivo do desemprego de longa duração à medida que se passa dos escalões mais jovens para os mais velhos, donde se conclui que os mais jovens têm uma maior facilidade em retornarem ao trabalho. No que diz respeito à principal causa para permanecerem no desemprego, a maioria dos inquiridos apontaram o facto de não conseguirem encontrar trabalho (64,3%). Os inquiridos mais jovens são aqueles que mais escolhem esta resposta (18 aos 29 anos – 100%; 30 aos 39 anos – 85,7%).

QUADRO 2.2.12. PRINCIPAL CAUSA PARA A PERMANÊNCIA NO DESEMPREGO

	N	%
Não encontro trabalho	27	64,3
Não quero trabalhar	2	4,8
Não aceitei as condições que me foram propostas	2	4,8
Não tinha condições para me deslocar para o local de trabalho	1	2,4
Outra razão	10	23,8
Total	42	100,0

Quanto aos escalões etários intermédios, esta modalidade representa igualmente a maioria, mas surgem outras opções de resposta significativas. No escalão dos 40 aos 49 anos assumem relevância as modalidades “não aceitei as condições que me foram propostas” e “outras razões”. No escalão etário seguinte, as respostas “não quero trabalhar”, “não aceitei as condições que me foram propostas” e “não tinha condições para me deslocar para o local de trabalho” apresentam o mesmo peso⁽¹⁰⁾.

QUADRO 2.2.13.

DILIGÊNCIAS, NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, PARA ENCONTRAR EMPREGO

	N	%
Contactei Centro de Emprego	16	42,1
Contactei agências privadas de colocação	1	2,6
Contactei directamente com empregadores	3	7,9
Contactei com amigos ou parentes	2	5,3
Coloquei ou respondi a anúncios	4	10,5
Não fiz nenhuma diligência	12	31,6
Total	38	100,0

As pessoas que permanecem numa situação de desemprego foram inquiridas acerca da principal diligência que têm empreendido ao longo dos últimos 30 dias no sentido de encontrar um emprego. A opção mais vezes identificada foi o contacto com o Centro de Emprego, escolhida por 42,1% dos inquiridos. Em segundo lugar, surgem 31,6% da população que admitem não ter realizado nenhuma diligência nesse sentido.

Igualmente relevante para a análise dos percursos na esfera do trabalho é o número de situações de desemprego pelas quais os indivíduos passaram. Da análise do quadro conclui-se que a grande maioria dos inquiridos passou apenas por uma situação de desemprego (67,2%) e que são bastante menos os casos em que as pessoas tiveram mais do que uma situação de desemprego (14,2%).

(10) Estes resultados da análise bivariada não são extrapoláveis para a população portuguesa, uma vez que se trata de valores residuais.

QUADRO 2.2.14. NÚMERO DE SITUAÇÕES DE DESEMPREGO

	N	%
Nenhuma	38	18,6
Uma vez	137	67,2
Duas vezes	19	9,3
Três ou mais vezes	10	4,9
Total	204	100,0

Rendimento e prestações sociais

Neste item sobre rendimentos e prestações sociais, procurou-se analisar um conjunto de variáveis que permitisse retratar, de forma exaustiva, as condições económicas e financeiras da população com deficiências e incapacidades. Para tal, consideraram-se questões relativas aos rendimentos não monetários e monetários, do indivíduo e do agregado familiar, e a fonte desses rendimentos, na qual se incluem as prestações sociais e o tipo de prestações sociais auferidas.

QUADRO 2.2.15. RENDIMENTOS NÃO MONETÁRIOS OBTIDOS NO ÚLTIMO MÊS

	Sim		Não		Ns/Nr		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bens de produção própria consumidos	148	16,6	727	81,8	14	1,6	889	100
Bens e serviços provenientes de abastecimentos próprios ou de familiares	45	5,1	828	93,1	16	1,8	889	100
Autolocação	4	0,4	862	97,0	23	2,6	889	100
Transferências em géneros	7	0,8	863	97,1	19	2,1	889	100
Salários em géneros	2	0,2	869	97,8	18	2,0	889	100

No que diz respeito aos rendimentos não monetários, constata-se que quase ninguém recebe este tipo de rendimentos, com excepção significativa dos inquiridos que indicam auferir bens de produção própria para consumo (16,6%). De referir ainda que cerca de 5,1% dos inquiridos dizem que obtêm bens e serviços de abastecimentos próprios ou de familiares.

Os que recebem bens de produção própria são principalmente agricultores, operários e trabalhadores não qualificados. Já os inquiridos que obtêm bens e serviços de abastecimentos próprios ou de familiares são principalmente trabalhadores não qualificados e agricultores.

Muito reduzida é a percentagem daqueles que obtiveram rendimentos provenientes da autolocação (0,4%), das transferências em géneros (0,8%) e dos salários em géneros (0,2%).

QUADRO 2.2.16. **PRINCIPAL FONTE DE RENDIMENTO**

	N	%
Rendimento do trabalho por conta própria (honorários)	69	7,8
Rendimento do trabalho por conta de outrem (salários)	90	10,1
Rendimento da propriedade (rendas)	7	0,8
Transferências privadas	12	1,3
Transferências sociais	568	63,9
Seguros privados	2	0,2
Não tem rendimento	15	1,7
Ns/Nr	126	14,1
Total	889	100,0

No que concerne aos recursos financeiros, constata-se que as transferências sociais constituem-se como a principal fonte de rendimento da população com deficiências e incapacidades (63,9%). O rendimento do trabalho surge apenas em segundo lugar, sendo importante referir que entre o rendimento do trabalho por conta de outrem e o rendimento do trabalho por conta própria, as diferenças de valor não são significativas (10,1% do total da amostra no primeiro caso e 7,8% no segundo caso). Pode acrescentar-se que são valores bastante baixos, o que se deve ao número de inactivos. As restantes fontes de rendimento são muito pouco significativas, constituindo-se como base material para uma estreita franja da população. É o caso das transferências privadas (1,3%), do rendimento da propriedade (0,8%) ou dos seguros privados (0,2%).

No que diz respeito às transferências sociais, procurou-se saber se existia alguma relação com o tipo de alterações nas funções, tendo-se verificado que são os inquiridos com alterações nas funções físicas aqueles que mais recebem prestações sociais, o que seria expectável uma vez que não só são o grupo mais representativo como, por serem os inquiridos mais velhos, são aqueles que recebem as pensões de reforma.

QUADRO 2.2.17. PRESTAÇÕES SOCIAIS E TIPOS DE ALTERAÇÕES NAS FUNÇÕES

	N	%
Funções sensoriais e da fala	35	5,2
Funções físicas	377	56,2
Funções mentais	33	4,9
Multifunções sensoriais e da fala, físicas e mentais	77	11,5
Multifunções físicas e sensoriais e da fala	122	18,2
Sem tipologia de funções identificada	27	4,0
Total	671	100,0

Relativamente ao rendimento médio mensal líquido do agregado doméstico, a maioria dos inquiridos (63,4%) afirma que este é inferior a 800 euros. É também de salientar que 27,6% dos inquiridos revelam que o seu agregado doméstico tem de sobreviver, no máximo, com 403 euros mensais, o que corresponde neste momento ao valor do salário mínimo nacional. Apenas 8,1% desta população afirma viver num agregado doméstico que dispõe de rendimentos acima dos 1000 euros mensais⁽¹¹⁾.

QUADRO 2.2.18.

RENDIMENTO MÉDIO MENSAL LÍQUIDO DO AGREGADO DOMÉSTICO

	N	%
Até 403 euros	245	27,6
De 404 a 600 euros	193	21,7
De 601 a 800 euros	126	14,2
De 801 a 1000 euros	70	7,9
De 1001 a 1200 euros	41	4,6
De 1201 a 1600 euros	21	2,4
De 1601 a 2000 euros	7	0,8
De 2001 a 2400 euros	2	0,2
Mais de 3201 euros	1	0,1
Ns/Nr	183	20,6
Total	889	100,0

⁽¹¹⁾ Informação mais detalhada no relatório “Elementos de Caracterização das Pessoas com Deficiências e Incapacidades em Portugal”.

Verifica-se, ainda, que são muito poucas as pessoas que contribuem para o rendimento do agregado doméstico a que pertence o inquirido com deficiências e incapacidades.

QUADRO 2.2.19. NÚMERO DE PESSOAS QUE CONTRIBUEM PARA O RENDIMENTO DO AGREGADO DOMÉSTICO

	N	%
1	362	42,8
2	402	47,5
3	68	8,0
4 ou +	14	1,6
Total	846	100,0

Em 90,3% desta população não são mais do que duas pessoas a fazê-lo, e, em 47,5% dos casos são, precisamente, duas pessoas a contribuir para esse rendimento (constituindo-se esta como a categoria modal), enquanto uma também significativa fatia dos inquiridos (42,8%) revela ser apenas uma pessoa a dar esse contributo. Considerando o número de pessoas que residem nesse mesmo agregado, dependentes desse montante, verifica-se que, mesmo nos escalões de rendimentos mais baixos, a maioria dos agregados é composta por duas pessoas, o que parece reforçar a imagem de precariedade financeira nesta população.

QUADRO 2.2.20. RENDIMENTO MÉDIO MENSAL LÍQUIDO DO AGREGADO DOMÉSTICO E NÚMERO DE PESSOAS QUE RESIDEM NO AGREGADO DOMÉSTICO

	1		2		3		4 ou mais		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Até 403 euros	85	34,7	100	40,8	27	11,0	33	13,5	245	100,0
De 404 a 600 euros	19	9,8	109	56,5	32	16,6	33	17,1	193	100,0
De 601 a 800 euros	10	7,9	61	48,4	28	22,2	27	21,4	126	100,0
De 801 a 1000 euros	4	5,7	24	34,3	27	38,6	15	21,4	70	100,0
De 1001 a 1200 euros	3	7,3	15	36,6	10	24,4	13	31,7	41	100,0
De 1201 a 1600 euros	0	0,0	3	14,3	10	47,6	8	38,1	21	100,0
De 1601 a 2000 euros	0	0,0	0	0,0	3	42,9	4	57,1	7	100,0
De 2001 a 2400 euros	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	2	100,0
Mais 3201 euros	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Ns/Nr	30	16,4	79	43,2	44	24,0	30	16,4	183	100,0
Total	151	17,0	392	44,1	183	20,6	163	18,3	889	100,0

As categorias de despesa em que o agregado investe mais dinheiro e a forma como o inquirido avalia a capacidade do agregado para fazer face às despesas foram, igualmente, dimensões de análise consideradas.

No que concerne ao tipo de despesas que estes agregados efectuam, foi pedido aos inquiridos para ordenarem as várias despesas sugeridas. O Quadro 2.2.21 aqui apresentado corresponde à despesa principal. Como se pode constatar, a esmagadora maioria despende a parte principal do seu rendimento em alimentação – 60,8% dos inquiridos afirmam ser a alimentação a despesa que tem maior peso face à despesa total do agregado ao longo do último ano. As despesas com o alojamento e a saúde surgem também como categorias de relevo, em segundo e terceiro lugares, sendo citadas como a maior despesa em 19,4% e 18,5% dos casos, respectivamente.

QUADRO 2.2.21.

CATEGORIAS DE DESPESA EM QUE O AGREGADO GASTOU MAIS DINHEIRO

	N	%
Alimentação	528	60,8
Vestuário	2	0,2
Alojamento	169	19,4
Telecomunicações	3	0,3
Saúde	161	18,5
Educação e/ou formação	5	0,6
Transportes	1	0,1
Total	869	100,0

No que diz respeito à capacidade do agregado para fazer face às suas despesas, a esmagadora maioria dos inquiridos considera que essa capacidade é insuficiente (50,8%), e quando somada com a modalidade “muito insuficiente” esta resposta atinge os 65,4%.

QUADRO 2.2.22.

AValiação DA CAPACIDADE DO AGREGADO PARA FAZER FACE ÀS DESPESAS

	N	%
Boa	11	1,2
Suficiente	277	31,2
Insuficiente	452	50,8
Muito insuficiente	130	14,6
Ns/Nr	19	2,1
Total	889	100,0

Quanto às transferências sociais recebidas no agregado doméstico, e dado que nesta população 562 inquiridos afirmaram estar a receber transferências sociais, o que equivale a 63,9%, a análise do tipo de transferências sociais que os inquiridos afirmam estar a receber assume especial destaque.

QUADRO 2.2.23.

TRANSFERÊNCIAS SOCIAIS RECEBIDAS NO AGREGADO DOMÉSTICO

	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Subsídio de Desemprego	34	6,0	528	94,0	562	100
Subsídio de Doença (baixa)	15	2,7	547	97,3	562	100
Pensão Social	24	4,3	537	95,7	561	100
Pensão de Sobrevivência	28	5,0	534	95,0	562	100
Pensão Social de Invalidez	38	6,8	524	93,2	562	100
Pensão por Invalidez	123	21,9	439	78,1	562	100
Pensão de Velhice ou Reforma	279	49,6	284	50,4	563	100
Rendimento Mínimo Garantido/ Rendimento Social de Inserção	30	5,3	532	94,7	562	100
Bolsa de Formação/de Estudo	1	0,2	561	99,8	562	100
Subsídio para Assistência a Deficientes Profundos e a Doentes Crónicos	1	0,2	561	99,8	562	100
Abono Familiar a Crianças e Jovens	-	-	562	100	562	100
Bonificação por Deficiência no Abono Familiar a Crianças e Jovens	-	-	562	100	562	100
Subsídio por Frequência de Estabelecimentos de Educação Especial	-	-	562	100	562	100
Subsídio Mensal Vitalício	1	0,2	561	99,8	562	100
Subsídio por Assistência de 3.ª Pessoa	5	0,9	557	99,1	562	100
Complemento de Pensão por Cônjuge a Cargo	-	-	562	100	562	100
Complemento Extraordinário de Solidariedade	-	-	562	100	562	100
Subsídio Especial para Arrendatários Deficientes	2	0,4	560	99,6	562	100

De entre os 562 inquiridos que recebem transferências sociais, grande parte (49,6%) está a receber Pensão de Velhice ou Reforma (o que é explicado pelo facto de se tratar de uma população predominantemente idosa), sendo que uma parte também muito significativa recebe Pensão por Invalidez (21,9%). De referir que 6,8% dos inquiridos recebem Pensão Social de Invalidez, 6% recebem Subsídio de Desemprego, 5,3% recebem Rendimento Mínimo Garantido ou Rendimento Social de Inserção e 5% auferem Pensão de Sobrevivência. Quanto à Pensão Social, o valor regista-se nos 4,3%.

Com valores percentuais mais baixos encontram-se a atribuição do Subsídio de Doença (a chamada “baixa”), com 2,7% e o Subsídio por Assistência de 3.ª Pessoa (0,9%). Existem ainda outros tipos de transferências sociais que estão a ser atribuídas à população com deficiências e incapacidades, mas essas transferências apresentam-se como bastante residuais: são os casos do Subsídio Especial para Arrendatários Deficientes, do Complemento de Dependência, do Subsídio para Assistência a Deficientes Profundos e a Doentes Crónicos e do Subsídio Mensal Vitalício.

Por fim, perguntou-se aos inquiridos como prevêem a sua situação material e financeira daqui a dois anos. Como as condições económicas actuais dos inquiridos permitiam antever, a maioria prevê que a sua situação irá piorar (59,3%), sendo que cerca de 16% tem a expectativa de vir a ter de enfrentar uma situação muito pior que a actual. Já 43,6% da população acredita que a sua situação será apenas um pouco pior do que a actual e apenas 0,7% dos inquiridos crêem que daqui a dois anos a sua situação será muito melhor.

QUADRO 2.2.24.

PREVISÃO DA SITUAÇÃO MATERIAL E FINANCEIRA DAQUI A 2 ANOS

	N	%
Muito pior que a actual	140	15,7
Um pouco pior que a actual	388	43,6
Um pouco melhor que a actual	307	34,5
Muito melhor que a actual	6	0,7
Ns/Nr	48	5,4
Total	889	100,0

Cuidados de saúde

O acesso aos cuidados de saúde constitui um direito consagrado na Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia. No entanto, esse acesso nem sempre é garantido, especialmente aos grupos e pessoas mais carenciados. Neste sentido, e face aos traços gerais de exclusão social das pessoas com deficiências e incapacidades, considerou-se importante analisar indicadores como o serviço de saúde utilizado, o tipo de seguro de saúde privado, os gastos genéricos com a saúde e a questão das necessidades sentidas por esta população.

No que se refere ao serviço de saúde mais utilizado, a população com deficiências e incapacidades afirma recorrer na sua quase totalidade (95,5%) ao Serviço Nacional de Saúde (SNS), que existe em Portugal desde 1979, apresentando uma cobertura universal e tendencialmente gratuita. Apenas 3,4% recorrem mais frequentemente à Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado (ADSE), sendo que qualquer outro tipo de serviço de saúde tem apenas um peso residual.

Apesar do SNS apresentar, de acordo com o estudo “Saúde e Doença em Portugal” (CABRAL ET AL., 2002⁽¹²⁾), uma elevada abrangência na população portuguesa (84,8% da população portuguesa adulta utilizava, em 2001, o SNS), verifica-se que, no seio da população com deficiências e incapacidades, este tipo de serviço está sobrerrepresentado, o que fica a dever-se às características sociodemográficas desta população⁽¹³⁾.

QUADRO 2.2.25. TIPOS DE SERVIÇO DE SAÚDE

	N	%
Serviço Nacional de Saúde	849	95,5
ADSE	30	3,4
Assistência na doença das forças militares e militarizadas	3	0,3
SAMS (bancários)	3	0,3
Associação de Cuidados de Saúde: Portugal Telecom e CTT – Correios de Portugal	4	0,4
Total	889	100,0

A grande maioria das pessoas com deficiências e incapacidades costuma consultar um médico de clínica geral, principalmente o médico de família do Centro de Saúde, com alguma regularidade. No que diz respeito às consultas com o médico especialista, cerca de 55,8% desta população costuma consultar o mesmo, preferencialmente um médico do hospital (73%), sendo que apenas 27% recorrem a um médico particular.

(12) O inquérito produzido no âmbito deste estudo foi conduzido junto de uma amostra de 2537 indivíduos, representativa da população adulta portuguesa do Continente (maiores de 18 anos), com sobrerrepresentação da população mais velha (idade igual ou superior a 50 anos), tendo decorrido entre Maio e Junho de 2001.

(13) De acordo com Cabral et al. (2002), os utentes do Serviço Nacional de Saúde, comparativamente com os restantes serviços, apresentam níveis de escolaridade mais baixos, rendimentos familiares mais baixos e pertencem ao grupo dos trabalhadores manuais. Os restantes utentes possuem níveis de escolaridade mais elevados e autoposicionam-se nas classes média e média-alta.

São os sujeitos com alterações nas multifunções sensoriais e da fala, físicas e mentais e os sujeitos com alterações nas funções mentais que adquirem estas alterações à nascença e que têm limitações elevadas da actividade, aqueles que mais costumam consultar o médico especialista.

QUADRO 2.2.26. CONSULTAS COM UM MÉDICO ESPECIALISTA

	N	%
Sim	496	55,8
Não	393	44,2
Total	889	100,0

QUADRO 2.2.27. FREQUÊNCIA DE CONSULTA DO MÉDICO ESPECIALISTA

	N	%
Menos de uma vez por ano	66	13,4
Uma vez por ano	103	20,9
Mais que uma vez por ano	324	65,7
Total	493	100,0

A maioria dos inquiridos costuma consultar o seu médico especialista mais de uma vez por ano (65,7%) e apenas 13,4% o fazem menos de uma vez por ano.

QUADRO 2.2.28.

PRINCIPAL MOTIVO PELO QUAL NÃO CONSULTA MÉDICO ESPECIALISTA

	N	%
Não preciso	214	54,5
É demasiado caro	119	30,3
Não confio em médicos especialistas	2	,5
O médico está demasiado longe do sítio em que habito	38	9,7
O consultório/centro de saúde não tem condições de acessibilidade	1	,3
O tempo de espera pela consulta é muito grande	4	1,0
Outro motivo	9	2,3
Ns/Nr	6	1,5
Total	393	100,0

Quanto às razões que levam esta população a não consultar regularmente um médico especialista, a maioria dos inquiridos aponta como principal motivo o facto de não precisarem dessas consultas (54,5%), surgindo, em segundo lugar, a opinião de que estas consultas são demasiado caras (30,3%), o que parece sugerir que muitas pessoas não procuram certas especialidades médicas por não as poderem pagar. Em terceiro lugar, surge a opinião de que o médico está demasiado longe do local em que o inquirido habita (9,7%).

Ainda no que diz respeito à rede de cuidados de saúde, procurou-se saber se estes sujeitos têm algum tipo de seguro de saúde privado, tendo-se averiguado que a esmagadora maioria da população afirma não possuir qualquer seguro de saúde (7%). Refira-se que, na população portuguesa, a percentagem de pessoas que tem um seguro de saúde privado é pouco superior, correspondendo a 11% (CABRAL ET AL., 2002).

Na análise dos gastos mensais com medicamentos, verificou-se que cerca de 60% desta população gasta até 50 euros por mês, o que representa um valor superior ao do apurado na população portuguesa (CABRAL ET AL., 2002). Enquanto que cerca de 50% da população portuguesa gasta mensalmente em medicamentos até 25 euros, apenas 27,6% da população com deficiências e incapacidades tem o mesmo gasto mensal. Em contrapartida, apenas 7,9% da população portuguesa gasta mais de 100 euros enquanto na população com deficiências e incapacidades essa percentagem é de 11,5%.

Tendo em conta os gastos mensais com os medicamentos e o baixo rendimento da população em análise, perguntou-se aos inquiridos se, no último ano, tinham passado por situações em que precisaram de pagar algumas despesas de saúde, não o podendo fazer por escassez de recursos financeiros.

QUADRO 2.2.29. GASTOS MENSAIS COM MEDICAMENTOS

	N	%
Nenhum	5	0,6
Até 25 euros	220	27,0
Entre 26 e 50 euros	267	32,8
Entre 51 e 75 euros	98	12,0
Entre 76 e 100 euros	131	16,1
Entre 101 e 150 euros	61	7,5
Mais de 150 euros	33	4,0
Total	815	100,0

Os dados do Quadro 2.2.30 permitem constatar que uma parte significativa da população em estudo teve de prescindir de vários cuidados de saúde por razões financeiras. Do total de inquiridos, 37,3% revelaram que, no último ano, em algum momento, precisaram de comprar medicamentos e não o fizeram por não poderem suportar os custos. Da mesma forma, mais de ¼ desta população (27,6%) afirmou ter sentido necessidade de recorrer a médicos, não o tendo feito por falta de dinheiro. Idêntica situação foi vivida por pessoas que necessitariam de comprar óculos (21,9%) e não o fizeram devido a constrangimentos de ordem financeira. A mesma razão foi apresentada como motivo para não recorrer a dentistas (20,1%) ou utilizar meios complementares de diagnóstico (18,2%), tais como análises ou radiografias.

QUADRO 2.2.30.

ABDIÇÃO DE BENS E SERVIÇOS POR NÃO PODER COMPORTAR OS CUSTOS

	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Medicamentos	332	37,3	557	62,7	889	100,0
Médicos	245	27,6	644	72,4	889	100,0
Dentistas (incluindo revisões)	179	20,1	710	79,9	889	100,0
Óculos	195	21,9	694	78,1	889	100,0
Meios complementares de diagnóstico (análises, radiografias, etc.)	162	18,2	727	81,8	889	100,0

Mesmo os indivíduos que gastam menos dinheiro em medicamentos já passaram por situações em que não os puderam adquirir. Cerca de 31% das pessoas que não puderam pagar medicamentos no último ano gastam, em média, por mês, entre 26 e 50 euros; por outro lado, apenas 12,6% dos que não puderam pagar gastam entre 101 e 150 euros.

QUADRO 2.2.31. ABDICAÇÃO DE BENS E SERVIÇOS POR NÃO PODER COMPORTAR OS CUSTOS E GASTO MENSAL EM MEDICAMENTOS

	N	%
Nenhum	1	0,3
Até 25 euros	44	11,8
Entre 26 e 50 euros	114	30,6
Entre 51 e 75 euros	63	16,9
Entre 76 e 100 euros	80	21,4
Entre 101 e 150 euros	47	12,6
Mais de 150 euros	24	6,4
Total	373	100,0

Comparando a percentagem de indivíduos com deficiências e incapacidades que abdicaram de bens e serviços de saúde com a percentagem na população portuguesa, verifica-se que a primeira passou mais vezes por este tipo de situações, em alguns dos casos duas vezes mais, e noutros quase três vezes mais.

QUADRO 2.2.32. ABDICAÇÃO DE BENS E SERVIÇOS POR NÃO PODER COMPORTAR OS CUSTOS – COMPARAÇÃO COM A POPULAÇÃO TOTAL (%)

	PCDI	População Portuguesa
Medicamentos	37,3	11,8
Médicos	27,6	9,5
Dentistas (incluindo revisões)	20,1	10,4
Óculos	21,9	8,3
Meios complementares de diagnóstico (análises, radiografias, etc.)	18,2	7,2

Fonte: Os dados sobre a população portuguesa encontram-se em Cabral et al. (2002).

Habitação

As questões do acesso à habitação, da propriedade e da caracterização das condições da mesma podem ser consideradas centrais no seio da população com deficiências e incapacidades, principalmente quando se consideram os indivíduos com limitações na mobilidade.

No que diz respeito à questão da propriedade da habitação, constatou-se que a maioria desta população vive em casa própria sem hipoteca (54,8%), ao passo que 9,6% se encontra numa casa própria com hipoteca.

Apurou-se, igualmente, que uma percentagem muito significativa (24,6%) reside numa casa alugada e que para 6,1% dos inquiridos o alojamento consiste num quarto alugado⁽¹⁴⁾.

QUADRO 2.2.33. PROPRIEDADE DA HABITAÇÃO

	N	%
Casa própria sem hipoteca	487	54,8
Casa própria com hipoteca	85	9,6
Quarto alugado	54	6,1
Casa alugada	219	24,6
Casa de familiares ou outros não familiares	42	4,7
Outra situação	1	0,1
Ns/Nr	1	0,1
Total	889	100,0

Há, por fim, que destacar os 4,7% de inquiridos que vivem em casa de familiares ou outros não familiares.

Se considerado o tipo de alterações nas funções, verifica-se que são principalmente os indivíduos com alterações nas multifunções sensoriais e da fala, físicas e mentais, seguidos pelos indivíduos com alterações nas funções mentais, aqueles que mais habitam em casas de familiares ou de outras pessoas.

⁽¹⁴⁾ De acordo com os Censos 2001, o acesso a casa própria é mais generalizado do que nesta população, verificando-se que cerca de 75% dos alojamentos eram ocupados pelo proprietário. Em contrapartida, os alojamentos arrendados representavam 21%. É, no entanto, necessário referir que os dados dos Censos 2001 se referem à população portuguesa com 15 anos ou mais.

QUADRO 2.2.34. PROPRIEDADE DO ALOJAMENTO E TIPOS DE ALTERAÇÕES NAS FUNÇÕES (%)

	Casa própria sem hipoteca	Casa própria com hipoteca	Quarto alugado	Casa alugada	Casa de familiares ou outros não familiares	Outra situação	Ns/Nr	Total
Funções sensoriais e da fala	44,9	17,4	5,8	24,6	7,2	0,0	0,0	100,0
Funções físicas	52,9	9,4	6,5	27,1	3,8	0,2	0,2	100,0
Funções mentais	33,3	19,0	4,8	23,8	19,0	0,0	0,0	100,0
Multifunções sensoriais e da fala, físicas e mentais	47,5	6,1	8,1	13,1	25,3	0,0	0,0	100,0
Multifunções físicas e sensoriais e da fala	58,9	12,5	6,0	22,0	0,6	0,0	0,0	100,0
Sem tipologia de funções identificada	54,2	6,9	1,4	23,6	13,9	0,0	0,0	100,0
Total	52,1	10,4	6,1	24,3	6,9	0,1	0,1	100,0

No que concerne à acessibilidade física à habitação por parte da população com deficiências e incapacidades, constatou-se que para uma percentagem muito significativa (21,8%) desta população não existem rampas de acesso e a acessibilidade física não está assegurada, o que adquire especial relevância se considerada a acessibilidade para as pessoas que têm limitações da actividade na mobilidade⁽¹⁵⁾. Verificou-se que mais de ¼ das pessoas com limitações na mobilidade têm casas sem rampas ou com má acessibilidade, o que representa dificuldades acrescidas na mobilidade destes sujeitos.

QUADRO 2.2.35. ACESSIBILIDADE À HABITAÇÃO

	N	%
Tem rampas de acesso	63	7,1
Não tem rampas de acesso mas é acessível	632	71,1
Não tem rampas de acesso e não é acessível	194	21,8
Total	889	100,0

⁽¹⁵⁾ Não se efectua uma análise mais detalhada das alterações nas funções, apesar da aparente pertinência das alterações físicas no âmbito da acessibilidade, uma vez que esta categoria inclui alterações em funções que não limitam ou podem não limitar a mobilidade.

QUADRO 2.2.36. ACESSIBILIDADE NO INTERIOR DA HABITAÇÃO

	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Elevador de cabine ou de escada	62	7,0	827	93,0	889	100
Casas de banho adaptadas	56	6,3	833	93,7	889	100
Portas com largura suficiente	525	59,1	364	40,9	889	100
Camas articuladas	24	2,7	865	97,3	889	100
Espaços de arrumação acessíveis	609	68,5	280	31,5	889	100
Electrodomésticos acessíveis	624	70,2	264	29,8	889	100

Quanto à acessibilidade no interior da habitação, os dados apurados revelam que as residências dos inquiridos estão muito fracamente dotadas no que concerne a elevadores de cabine ou de escada (apenas 7% possuem este equipamento), casas de banho adaptadas (6,3%) ou camas articuladas (2,7%). Uma tendência mais positiva regista-se em termos da existência de portas com largura suficiente (existe em 59,1% dos casos), espaços de arrumação acessíveis (68,5%) e electrodomésticos acessíveis (70,2%).

A questão da acessibilidade interior é igualmente determinante no caso das pessoas com limitações na mobilidade. Em termos comparativos, este grupo está um pouco melhor apetrechado no que respeita à acessibilidade no interior da habitação. Por exemplo, enquanto na população com deficiências e incapacidades apenas 6,3% dos indivíduos referem ter casas de banho adaptadas, na população com limitações na mobilidade, esta percentagem sobe para 9,4, o que parece corresponder a uma resposta do sistema de reabilitação às necessidades dos indivíduos.

Mobilidade

Relativamente à temática da mobilidade procurou-se averiguar se a população com deficiências e incapacidades costuma utilizar os transportes públicos (não considerando os transportes adaptados). Verificou-se que cerca de 56% destas pessoas costumam, de facto, utilizar transportes públicos, sendo as mulheres e os indivíduos com alterações em várias funções físicas e sensoriais e da fala os principais utilizadores. Esta utilização decresce nos indivíduos mais jovens e vai aumentando consoante a idade. Os indivíduos com limitações da actividade elevadas utilizam menos os transportes públicos quando comparados com os que têm limitações moderadas.

Os inquiridos sem apoios e serviços do sistema de reabilitação utilizam mais os transportes públicos do que aqueles que beneficiam ou beneficiaram do sistema. Esta realidade explica-se, uma vez mais, pelo facto de serem os indivíduos com limitações mais severas os que mais apoios do sistema recebem.

QUADRO 2.2.37. UTILIZAÇÃO DE TRANSPORTES PÚBLICOS

	N	%
Sim	496	55,8
Não	393	44,2
Total	889	100,0

QUADRO 2.2.38. UTILIZAÇÃO DE TRANSPORTES PÚBLICOS E RELAÇÃO COM O SISTEMA DE REABILITAÇÃO

	PCDI com apoios e serviços		PCDI sem apoios e serviços	
	N	%	N	%
Sim	165	47,4	378	56,0
Não	183	52,6	297	44,0
Total	348	100	675	100

O autocarro é um meio de transporte utilizado pela quase totalidade destes inquiridos (90,9%). Em segundo lugar, surgem os táxis, mas apenas com 33,6% de respostas afirmativas.

QUADRO 2.2.39. TIPOS DE TRANSPORTES PÚBLICOS UTILIZADOS

	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Autocarro	450	90,9	45	9,1	495	100
Comboio	134	27,1	361	72,9	495	100
Táxi	166	33,6	328	66,4	494	100
Metropolitano	68	13,7	427	86,3	495	100
Eléctrico	16	3,2	479	96,4	495	100
Barco	15	3,0	480	97,0	495	100
Avião	2	0,4	493	99,6	495	100

O meio de transporte menos utilizado pela população com deficiências e incapacidades é o avião (0,4%) seguido do barco (3%). Também o eléctrico apresenta uma percentagem semelhante (3,2%). Estes dados ficam a dever-se ao facto de o avião ser um meio de transporte em geral menos frequente, e de o barco e o eléctrico serem meios de transporte que apenas podem ser utilizados em pontos específicos do país. Certamente pela mesma razão, o metropolitano apresenta uma percentagem de utilização cujos valores são, também, relativamente baixos (13,7%). A elevada taxa de utilização do táxi, meio de transporte relativamente caro, deverá estar relacionado com o facto de ser o meio mais acessível para pessoas com limitações da mobilidade. De facto, se são os indivíduos com limitações moderadas das actividades os maiores utilizadores da grande maioria dos transportes, no caso do táxi este resultado inverte-se, sendo principalmente os sujeitos com alterações em várias funções e com limitações elevadas aqueles que mais utilizam este tipo de transporte.

QUADRO 2.2.40. FREQUÊNCIAS DE UTILIZAÇÃO DOS TRANSPORTES PÚBLICOS

	Autocarro		Comboio		Táxi		Metropolitano		Eléctrico		Barco		Avião	
	N	% em coluna	N	% em coluna	N	% em coluna	N	% em coluna	N	% em coluna	N	% em coluna	N	% em coluna
Nunca	6	1,4	1	0,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Raramente	7	1,6	20	15,3	26	16,8	7	10,9	4	26,7	2	13,3	1	50
Menos de 2 vezes por ano	4	0,9	23	17,6	22	14,2	4	6,3	4	26,7	4	26,7	1	50
Várias vezes no ano	80	18,2	29	22,1	71	45,8	13	20,3	2	13,3	5	33,3	-	-
Pelo menos uma vez por mês	209	47,6	47	35,9	34	21,9	18	28,1	-	-	3	20,0	-	-
Todos os dias ou quase todos os dias	94	21,4	9	6,9	2	1,3	15	23,4	4	26,7	-	-	-	-
Mais de uma vez por dia	39	8,9	2	1,5	-	-	7	10,9	1	6,7	1	6,7	-	-
Total	439	100	131	100	155	100	64	100	15	100	15	100	2	100

No que concerne à frequência de utilização dos transportes públicos, verifica-se que cerca de 48% dos inquiridos utiliza o autocarro pelo menos uma vez por mês (8,9% afirmam mesmo utilizá-lo mais de uma vez por dia). Relativamente ao táxi, a sua utilização é mais pontual (a resposta mais frequente é “várias vezes ao ano”, com 45,8% de respostas).

O comboio, o metropolitano, o eléctrico e o barco apresentam uma distribuição mais equitativa entre as diversas possibilidades de resposta.

QUADRO 2.2.41.

PRINCIPAL MOTIVO PARA NÃO UTILIZAR OS TRANSPORTES PÚBLICOS

	N	%
Não necessário	333	84,7
Não existem transportes públicos com regularidade suficiente para os locais onde necessito de me deslocar	13	3,3
Os transportes públicos na minha área de residência não estão equipados com adaptações para a minha deficiência	22	5,6
Outro	7	1,8
Ns/Nr	18	4,6
Total	393	100,0

Aos indivíduos que afirmaram não utilizar transportes públicos foi perguntado qual o principal motivo para não o fazerem. Chegou-se à conclusão que a esmagadora maioria (84,7%) não o faz porque diz não necessitar. Ainda assim, há uma percentagem não negligenciável de inquiridos (5,6%) que afirmam que os transportes na sua área de residência não estão equipados com adaptações para a sua deficiência.

DIREITOS E INCLUSÃO SOCIAL

Neste âmbito procura-se explorar os dados relativos a direitos como o desempenho de papéis e funções na vida pública e a pertença a redes sociais, e questões como a percepção do controlo e eficácia sobre os fenómenos colectivos, a abertura das instituições à participação social e a discriminação.

Desempenho de papéis e funções na vida pública

No que respeita ao desempenho de papéis e funções na vida pública verifica-se que a grande maioria das pessoas com deficiências e incapacidades votou nas eleições legislativas de 2005 (78,4%), revelando um grau de participação política (no que diz respeito ao voto) relativamente superior ao da população portuguesa em geral (65,0%) (Viegas, 2007).

A percentagem de voto é ligeiramente superior nas mulheres, registando-se percentagens idênticas nos vários tipos de alterações nas funções (sempre em torno dos 70%), exceptuando o caso das alterações nas funções mentais, em que a percentagem desce para 28,6%, e no caso das alterações nas multifunções sensoriais e da fala, físicas e mentais, em que a percentagem de voto é cerca de metade do valor médio (48,5%).

A idade surge novamente enquanto factor determinante desta prática. Os mais jovens apresentam percentagens consideravelmente inferiores aos mais velhos, aumentando esta percentagem gradualmente à medida que se passa dos escalões mais novos para os mais velhos. Enquanto que, no escalão dos 18 aos 29 anos, apenas 34,6% dos indivíduos votaram, no escalão dos 60 aos 70 anos, 78,9% exerceram esse seu direito. Nos restantes escalões as percentagens rondam os 70%, excepto no escalão dos 30 aos 39 anos (63,5%).

Igualmente determinante é o grau de severidade das limitações da actividade – quanto mais severas são as limitações, menor a percentagem de voto.

QUADRO 2.3.1. VOTO NAS ELEIÇÕES LEGISLATIVAS DE 2005

	PCDI	
	N	%
Votou	697	78,4
Não votou	176	19,8
Não estava recenseado	5	0,6
Não sabe/não responde	11	1,2

Dentro do grupo dos sujeitos que não votaram, constata-se um maior peso dos indivíduos que passaram pelo sistema (tanto no caso dos que não votaram, como no caso dos que não estavam recenseados), o que reforça novamente a ideia de que as pessoas que passam pelo sistema são os casos mais graves de exclusão/vulnerabilidade.

QUADRO 2.3.2. VOTO NAS ELEIÇÕES LEGISLATIVAS DE 2005 E RELAÇÃO COM O SISTEMA DE REABILITAÇÃO

	PCDI com apoios e serviços		PCDI sem apoios e serviços	
	N	%	N	%
Votou	248	71,3	513	76,0
Não votou	84	24,1	144	21,3
Não estava recenseado	10	2,9	10	1,5
Ns/Nr	6	1,7	8	1,2

Quando se analisam outras formas de participação na vida pública, verifica-se, por um lado, que a participação social e política das pessoas com deficiências e incapacidades é reduzida e, por outro lado, que os sujeitos que já receberam apoios e serviços do sistema de reabilitação revelam práticas ou intenções de participação mais frequentes do que os que não receberam. Esta constatação é comum a várias situações assinaladas – na assinatura de uma petição ou abaixo-assinado, na escrita de uma carta a um jornal, na participação numa greve ou na participação em acções de defesa dos direitos humanos.

Estes tipos de participação política, por vezes interpretados como acções de protesto, são mais comuns entre os indivíduos do sexo masculino (excepto na participação numa greve) e são os indivíduos sem tipologia de funções identificada ou com alterações em multifunções físicas e sensoriais e da fala aqueles que mais lhes dão corpo. Nestes tipos de participação, a idade já não se constitui enquanto factor fundamental, não se verificando diferenças acentuadas entre os escalões etários. As limitações elevadas da actividade continuam, no entanto, a ser um factor de exclusão.

Quando se comparam estes dados com os da população portuguesa (em 2001), constata-se que estas acções têm uma menor expressão no seio da população com deficiências e incapacidades. Enquanto que, na população com deficiências e incapacidades, 4% já assinaram uma petição ou um abaixo-assinado, e 0,6% já participaram em greves, na população portuguesa esses valores são 5,9% e 4,4%, respectivamente (VIEGAS, 2007).

Resultados idênticos obtêm-se na análise da participação associativa. A percentagem de pessoas com deficiências e incapacidades que participam em associações, organizações ou colectividades é bastante reduzida (13,2%) quando comparada com a população portuguesa global (53,4%) (VIEGAS, 2004). Na população com deficiências e incapacidades, são os mais velhos e com alterações em várias funções aqueles que exibem maior participação associativa, principalmente em associações religiosas, desportivas e culturais, juntamente com as associações relacionadas com a doença ou a deficiência. Nos resultados desta análise mais fina, continua a encontrar-se valores consideravelmente inferiores aos da população portuguesa. A título de exemplo, enquanto 28% dos portugueses participam em associações desportivas, culturais e recreativas, no caso das pessoas com deficiências e incapacidades o valor é apenas de 4,1%.

QUADRO 2.3.3. PARTICIPAÇÃO EM ASSOCIAÇÕES OU COLECTIVIDADES (%)

	PCDI
Clube desportivo	2,8
Organização ambiental ecologista ou de defesa dos direitos dos animais	0,1
Organização de pensionistas e reformados	0,6
Partido político	0,7
Organização profissional	0,3
Associação de consumidores	0,2
Associação cultural, musical de dança ou teatro	1,3
Associação de moradores	0,6
Associação de vítimas de guerra, veteranos ou ex-combatentes	0,1
Sindicato	0,2
Associação religiosa	8,9
Associação relacionada com a doença ou deficiência	1,0

Nota-se também aqui uma participação em geral mais frequente dos sujeitos que já passaram pelo sistema de reabilitação, excepto nos casos das associações de moradores, nas associações de consumidores e nas associações religiosas.

QUADRO 2.3.4. PARTICIPAÇÃO EM ASSOCIAÇÕES OU COLECTIVIDADES E RELAÇÃO COM O SISTEMA DE REABILITAÇÃO (%)

	PCDI com apoios e serviços	PCDI sem apoios e serviços
Clube desportivo	3,2	2,2
Organização ambiental ecologista ou de defesa dos direitos dos animais	0,3	0,0
Organização de pensionistas e reformados	0,9	0,3
Partido político	0,9	0,4
Organização profissional	0,3	0,3
Associação de consumidores	0,0	0,3
Associação cultural, musical de dança ou teatro	2,6	0,4
Associação de moradores	0,3	0,6
Associação de vítimas de guerra, veteranos ou ex-combatentes	0,3	0,0
Sindicato	0,6	0,0
Associação religiosa	4,9	9,8
Associação relacionada com a doença ou deficiência	3,4	0,3

Quanto ao tipo de participação, verifica-se que as pessoas com deficiências e incapacidades participam mais numa óptica passiva do que activa, isto é, vão a reuniões e actuam como voluntários, sendo poucos aqueles que, com alguma regularidade, planeiam reuniões, preparam discursos, etc. Esta participação menos activa acentua-se no conjunto dos sujeitos que passaram pelo sistema de reabilitação; a única forma de participação em que os que beneficiaram do sistema se destacam é a do voluntariado (29,3% e 27,4%).

QUADRO 2.3.5. TIPO DE PARTICIPAÇÃO (% em coluna)

		PCDI	PCDI com apoios e serviços	PCDI sem apoios e serviços
Participa em reuniões	Algumas vezes	40,8	17,1	23,8
	Nunca ou quase nunca	45,8	73,2	60,7
	Ns/Nr	13,3	9,8	15,5
Planeia ou preside reuniões	Algumas vezes	28,4	14,6	16,7
	Nunca ou quase nunca	57,5	80,5	64,3
	Ns/Nr	14,2	4,9	19,0
Prepara ou faz discursos antes das reuniões	Algumas vezes	23,4	2,4	16,7
	Nunca ou quase nunca	62,3	90,2	66,7
	Ns/Nr	13,3	7,3	16,7
Escreve textos de tomada de decisões	Algumas vezes	25,1	7,3	17,9
	Nunca ou quase nunca	62,5	87,8	65,5
	Ns/Nr	12,5	4,9	16,7
Participa como voluntário	Algumas vezes	42,5	29,3	27,4
	Nunca ou quase nunca	48,8	65,9	57,1
	Ns/Nr	11,7	4,9	15,5

No que diz respeito à questão da abertura das instituições, procurou-se analisar até que ponto os inquiridos concordam ou não com a existência de certas medidas específicas para as pessoas com deficiências e incapacidades, se sentem que têm mais ou menos oportunidades para participar na vida política, e se julgam que têm mais em comum com as pessoas com deficiências e incapacidades ou com as pessoas sem deficiências e incapacidades.

A maioria dos inquiridos concorda com a existência de medidas específicas para as pessoas com deficiências e incapacidades, e concorda com a afirmação de que não têm as mesmas oportunidades para participar na vida cívica e política que as restantes pessoas. Já no que se refere à última afirmação é evidente uma grande divisão de opiniões. Apesar de tudo, a maioria (39,4%) discorda de que as pessoas com deficiências e incapacidades tenham mais coisas em comum entre si do que com as restantes pessoas.

QUADRO 2.3.6. **ABERTURA DAS INSTITUIÇÕES** (% em coluna)

	PCDI	
Devem existir vagas no ensino superior reservadas para PCDI	Concorda	75,6
	Discorda	6,2
	Ns/Nr	18,2
As PCDI devem ter prioridade nos concursos públicos para a admissão na Função Pública	Concorda	57,9
	Discorda	14,7
	Ns/Nr	27,3
Sinto ter as mesmas oportunidades para participar na vida cívica e política do que as pessoas sem deficiência	Concorda	55,2
	Discorda	19,9
	Ns/Nr	25,0
Temos mais em comum com uma pessoa com deficiências e incapacidades do que com uma pessoa sem deficiências e incapacidades	Concorda	35,1
	Discorda	39,4
	Ns/Nr	25,5

A comparação entre os inquiridos com e sem experiência de acesso aos serviços e apoios do sistema de reabilitação permite concluir que são os sujeitos que acederam ao sistema que apresentam um maior grau de concordância com as afirmações propostas, como se pode constatar no Quadro 2.3.7.

QUADRO 2.3.7. ABERTURA DAS INSTITUIÇÕES E RELAÇÃO COM O SISTEMA DE REABILITAÇÃO (% em coluna)

		PCDI com apoios e serviços	PCDI sem apoios e serviços
Devem existir vagas no ensino superior reservadas para PCDI	Concorda	85,9	70,2
	Discorda	1,7	8,1
	Ns/Nr	12,4	21,6
As PCDI devem ter prioridade nos concursos públicos para a admissão na Função Pública	Concorda	70,4	53,0
	Discorda	10,1	16,1
	Ns/Nr	19,5	30,8
Sinto ter as mesmas oportunidades para participar na vida cívica e política do que as pessoas sem deficiência	Concorda	60,9	53,0
	Discorda	25,0	17,8
	Ns/Nr	14,1	29,2
Temos mais em comum com uma pessoa com deficiências e incapacidades do que com uma pessoa sem deficiências e incapacidades	Concorda	53,4	31,7
	Discorda	31,9	38,5
	Ns/Nr	14,7	29,8

Procurou-se ainda saber se os inquiridos preferiam um modelo de políticas sociais que incentivasse mais a autonomia das pessoas com deficiências e incapacidades ou um modelo mais baseado na compensação. Concluiu-se que a maior parte (46%) adopta uma orientação proactiva, considerando que devem ser criadas condições para que todos possam exercer uma actividade profissional. Não obstante, a visão adoptada em segundo lugar (32%) aponta para a preferência por um sistema em que as pessoas com deficiências e incapacidades devem receber por parte do Estado e da Segurança Social prestações que lhes garantam totalmente a subsistência. Por fim, surgem os inquiridos que defendem uma estratégia concertada (21%), isto é, que preferem uma articulação de políticas de autonomização e de compensação, em que o Estado deve, efectivamente, prestar apoio para que possam fazer face às suas dificuldades, devendo também as próprias pessoas agir no sentido de exercer uma actividade profissional.

Os inquiridos que adoptam uma atitude mais autonomista são os inquiridos com deficiências nas funções sensoriais e os que se inserem na categoria “sem tipologia de funções identificada”. São igualmente estes os que apresentam uma maior integração profissional. Por outro lado, são os inquiridos com alterações em várias funções que defendem uma posição mais proteccionista.

Se considerada a idade dos inquiridos, verifica-se que são precisamente os mais jovens que têm uma atitude menos autonomista e mais proteccionista. Em contrapartida, os inquiridos dos escalões etários intermédios são os que menos defendem a responsabilização total do Estado enquanto promotor da subsistência total dos inquiridos.

A adopção da perspectiva autonomista destaca-se, ligeiramente, no conjunto dos sujeitos que já acederam aos apoios e serviços do sistema de reabilitação. Enquanto que nestes 47% são a favor das medidas activas, no grupo dos que não frequentaram os serviços do sistema a percentagem é de 45%.

Integração em redes sociais

A integração em redes sociais, tal como a pertença a associações, constituiu-se como factor de inclusão social, dado que permite o desenvolvimento de competências cívicas e de autodeterminação.

Ao serem analisadas as redes sociais dos inquiridos, verifica-se que, em média, as respostas situam-se entre o escalão 3 e o 5, para o contacto directo⁽¹⁶⁾, e o 3 e o 6, para o contacto indirecto, o que significa que os indivíduos mantêm, de um modo geral, contactos, com uma regularidade elevada, com os familiares, amigos e vizinhos. São os filhos e os vizinhos que ocupam um lugar de destaque na rede social dos inquiridos, embora, no caso do contacto indirecto, os vizinhos sejam substituídos pelos pais.

(16) As hipóteses de resposta, nos contactos directos, variam entre o 1 – “não tenho contacto” e o 6 – “mais do que uma vez por dia”. Nos contactos indirectos, variam entre o 1 – “não tenho contacto” e o 8 – “mais do que uma vez por dia”.

QUADRO 2.3.8. **REDES SOCIAIS**

		RESPOSTAS MÉDIAS	
		PCDI	
Contacto directo	Filhos	4,8	
	Pais	4,3	
	Irmãos	3,5	
	Outros parentes	3,2	
	Melhor amigo	4,3	
	Vizinhos	4,7	
Contacto indirecto	Filhos	5,8	
	Pais	5,3	
	Irmãos	4,2	
	Outros parentes	3,8	
	Melhor amigo	4,5	
	Vizinhos	3,2	

Por sua vez, da comparação entre os indivíduos que acederam e os que não acederam aos apoios e serviços do sistema, conclui-se que aqueles que primeiros têm, em média, uma maior intensidade de contactos.

QUADRO 2.3.9. **REDES SOCIAIS E RELAÇÃO COM O SISTEMA DE REABILITAÇÃO**

		RESPOSTAS MÉDIAS	
		PCDI com apoios e serviços	PCDI sem apoios e serviços
Contacto directo	Filhos	4,8	4,8
	Pais	4,4	4,2
	Irmãos	3,7	3,4
	Outros parentes	3,4	3,1
	Melhor amigo	4,5	4,2
	Vizinhos	4,9	4,7
Contacto indirecto	Filhos	6,1	5,7
	Pais	5,5	5,2
	Irmãos	4,6	4,1
	Outros parentes	4,2	3,6
	Melhor amigo	4,8	4,4
	Vizinhos	3,0	3,3

Turismo e lazer

Questionada acerca da frequência com que se dedica a algumas práticas de lazer, conclui-se que, entre a população com deficiências e incapacidades, ver televisão é a actividade que se apresenta como a mais vulgarizada, sendo que 93,5% dos inquiridos admitem realizar essa prática diariamente. Também bastante vulgar, (embora muito aquém da frequência de visionamento de televisão), é a prática de audição de rádio. No total, 37,3% afirmam ouvir rádio todos os dias e 27% afirmam fazê-lo pelo menos uma vez na semana. Estes dados encontram-se ajustados à realidade portuguesa em geral, uma vez que, de acordo com o “Inquérito à Ocupação do Tempo” (IOT)⁽¹⁷⁾, realizado em 1999 pelo INE, a prática regular de ver televisão é assumida por 97% da população portuguesa, sendo uma prática diária para 85% (NEVES, 2003).

QUADRO 2.3.10. FREQUÊNCIA DAS PRÁTICAS DE LAZER (% em linha)

	Nunca		Mais raramente		Menos que 2 vezes no ano		Várias vezes no ano		Pelo menos 1 vez por mês		Pelo menos 1 vez na semana		Todos os dias	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Vê televisão	3	0,3	2	0,2	-	-	1	0,1	5	0,6	47	5,3	831	93,5
Ouve rádio	71	8,0	41	4,6	15	1,7	40	4,5	150	16,9	240	27,0	331	37,3
Visita museus	726	81,7	118	13,3	28	3,1	8	0,9	5	0,6	3	0,3	1	0,1
Assiste a peças de teatro	732	82,3	125	14,1	24	2,7	5	0,6	2	0,2	1	0,1	-	-
Vai ao cinema	694	78,1	131	14,7	36	4,0	25	2,8	2	0,2	1	0,1	-	-
Assiste a concertos	730	82,2	119	13,4	23	2,6	16	1,8	-	-	-	-	-	-
Vai a uma biblioteca	764	85,9	97	10,9	14	1,6	6	0,7	6	0,7	1	0,1	1	0,1
Assiste a eventos desportivos	652	73,4	137	15,4	58	6,5	25	2,8	8	0,9	8	0,9	-	-
Joga computador	843	94,8	22	2,5	3	0,3	3	0,3	4	0,4	7	0,8	7	0,8
Joga jogos de tabuleiro	805	90,6	34	3,8	17	1,9	13	1,5	13	1,5	6	0,7	1	0,1

Relativamente a outras formas de ocupação dos tempos livres desenvolvidas no exterior da casa, denominadas como práticas culturais de saída, observa-se que a quase totalidade desta população nunca ou quase nunca as desenvolve. São, portanto, muito poucos os inquiridos que afirmaram dedicar-se a actividades como visitar museus, assistir a peças de teatro, concertos ou eventos desportivos, ir ao cinema ou frequentar uma

(17) A população-alvo do inquérito consistiu em todas as pessoas com 6 e mais anos.

biblioteca, pelo menos uma vez por mês. A frequência decresce quando considerada uma periodicidade semanal. Além disso, os dados revelam que, para qualquer uma destas actividades, são sempre mais de 70% os inquiridos que afirmam nunca se dedicarem a essas práticas de lazer. Não obstante, ir ao cinema e assistir a eventos desportivos são as práticas de lazer mais correntes. Pode salientar-se que existem 4% de inquiridos que afirmam ir ao cinema menos de duas vezes no ano, enquanto 2,8% afirma fazê-lo várias vezes no ano. Constata-se, igualmente, que 6,5% dos inquiridos revela assistir a eventos desportivos menos de duas vezes ao ano, enquanto que 2,8% o faz várias vezes no ano. Estes valores, apesar de serem muito baixos, são relativamente elevados quando comparados com a frequência de idas ao teatro ou visitas a museus.

Há que ter em atenção que as práticas culturais resultam de factores explicativos tão diversos como a categoria socioprofissional dos indivíduos, o seu nível de escolaridade, a idade, o sexo, etc. É entre os indivíduos com recursos escolares e qualificações profissionais elevadas que se denota um consumo cultural mais regular e diversificado, não se cingindo ao consumo televisivo, sendo portanto entendível que perante uma população predominantemente idosa, caracterizada pela posse de recursos escolares exíguos e baixas qualificações profissionais, as práticas de lazer associadas a consumos culturais sejam parcas e pouco diversificadas.

De um modo geral, o universo que sustenta estas práticas de lazer caracteriza-se por ser constituído essencialmente por indivíduos mais jovens, verificando-se que à medida que aumenta a idade, diminui a percentagem de indivíduos que refere praticar alguma destas actividades. Por outro lado, observa-se igualmente que são os indivíduos com alterações em várias funções e com limitações severas da actividade que menos desenvolvem práticas culturais. Não se verificam diferenças associadas ao sexo, excepto no caso dos concertos e eventos desportivos, em que se regista uma maior percentagem de homens; no caso do cinema e das bibliotecas o público é mais feminino.

Da análise comparativa das médias das respostas segundo o acesso ou não aos apoios e serviços do sistema de reabilitação, conclui-se que não existem diferenças entre estas duas populações.

No que diz respeito à prática de desportos, constata-se que a população com deficiências e incapacidades não tem hábitos regulares de prática desportiva e que apenas 4,3% praticam alguma modalidade desportiva. Esta prática é mais comum entre os indivíduos mais jovens (diminuindo à medida que aumenta a idade) e com limitações da actividade moderadas.

Apenas 2% do total de inquiridos afirmou praticar natação ou hidroginástica regularmente, enquanto somente 1% frequenta um ginásio. Quanto aos desportos de equipa ou de corrida/atletismo, os valores registados não têm expressão estatística.

De acordo com os dados do IOT (NEVES, 2003), praticar desporto, em 1999, era uma actividade realizada regularmente por 13% dos portugueses com 6 e mais anos, o que indica que, apesar da prática desportiva não ser comum na população portuguesa, não deixa de ser mais elevada que a prática no seio da população com deficiências e incapacidades. Não obstante, salienta-se que a prática deste tipo de actividade é fortemente influenciada pela idade, sendo de esperar que, no seio de uma população envelhecida, a sua frequência seja menor. É ainda de salientar que a maior parte da população com deficiências e incapacidades que refere praticar desporto usufrui ou já usufruiu de apoios e serviços do sistema de reabilitação.

QUADRO 2.3.11.

PRÁTICA DE ACTIVIDADE DESPORTIVA (MAIS DO QUE UMA VEZ POR MÊS)

	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Desportos de equipa	1	0,1	888	99,9	889	100
Frequenta ginásio	9	1,0	880	99,0	889	100
Natação, hidroginástica	17	1,9	872	98,1	889	100
Corrida/atletismo	4	0,4	885	99,6	889	100
Outros desportos	14	100,0	-	-	889	100

Quando questionados sobre o motivo pelo qual não praticam desporto, constatou-se que a esmagadora maioria dos inquiridos (68%) respondeu não ter interesse em praticar desporto. Não obstante, uma percentagem relativamente significativa das pessoas (cerca de 23%) aponta razões relacionadas com as suas deficiências e incapacidades. Por exemplo, 16,3% das pessoas afirmam ter sido desaconselhadas pelo médico, 5% referiram não poder praticar desporto devido aos seus problemas de saúde e 1,9% dos inquiridos dizem que não existem equipamentos acessíveis que permitam ultrapassar as suas deficiências e incapacidades. Por fim, importa salientar que 2,6% afirmaram a inexistência de rendimentos suficientes para manter uma inscrição e adquirir o equipamento necessário.

QUADRO 2.3.12. PRINCIPAL MOTIVO PARA NÃO PRATICAR NENHUM DESPORTO

	N	%
Não existem equipamentos acessíveis à minha incapacidade	16	1,9
Não existem transportes suficientes para a deslocação para os recintos desportivos	3	0,4
Não tenho interesse em praticar desporto	581	68,0
Acho que não seria bem aceite pelos professores ou outros praticantes	3	0,4
Não existem professores com formação específica	3	0,4
A minha família desencorajou-me	1	0,1
Não tenho rendimentos suficientes para manter uma inscrição/adquirir o equipamento necessário	22	2,6
Fui desaconselhado pelo médico	139	16,3
Não posso devido a problemas de saúde/incapacidade	43	5,0
Outro	10	1,1
Ns/Nr	33	3,9
Total	854	100,0

No que diz respeito às férias, a leitura do Quadro 2.3.13 permite perceber que, no ano passado, a grande maioria da população em estudo não passou férias fora da sua residência habitual. Constata-se, ainda, que o usufruto de férias nesta população é consideravelmente mais baixo do que na população portuguesa. Considerando os resultados do inquérito à “Procura Turística dos Residentes” (PTR), em 2001, 37,3% da população com 15 anos ou mais gozou férias. Apesar das diferenças etárias serem uma vez mais determinantes, as diferenças entre as duas populações não deixam de persistir, uma vez que cerca de 18% dos indivíduos com 65 e mais anos na população portuguesa disseram ter realizado alguma viagem de lazer, recreio ou férias naquele ano.

QUADRO 2.3.13. FÉRIAS FORA DA RESIDÊNCIA HABITUAL (EXCLUINDO FINS-DE-SEMANA E “PONTES”)

	N	%
Sim	98	11,0
Não	791	89,0
Total	889	100

Entre as pessoas com deficiências e incapacidades, são principalmente os indivíduos sem tipologia de funções identificada e os indivíduos com alterações nas funções sensoriais e da fala, com limitações da actividade moderadas e os mais jovens aqueles que gozaram férias no último ano.

QUADRO 2.3.14. TIPO DE ALOJAMENTO UTILIZADO QUANDO PASSA FÉRIAS FORA DA SUA RESIDÊNCIA HABITUAL

	N	%
Alojamento fornecido gratuitamente por familiares/amigos	37	39,8
Hotel – apartamento e pousada	14	15,1
Habitação arrendada	18	19,4
Parque de campismo, colónia de férias e pousadas da juventude	8	8,6
Segunda residência ou casa de férias	3	3,2
Pensão, estalagem e motel	4	4,3
Outro alojamento privado	5	5,4
Aldeamento e apartamento turístico	2	2,2
Turismo no espaço rural	1	1,1
Quarto arrendado em casa particular	1	1,1
Total	93	100,0

Foi possível verificar, também, que os inquiridos que costumam passar férias fora da sua residência habitual utilizam principalmente alojamentos fornecidos gratuitamente por familiares e amigos (39,8%), o que possibilita a realização de umas férias menos dispendiosas. O tipo de alojamento mais referido em segundo lugar é a habitação arrendada (19,4%) e em terceiro surge o hotel – apartamento e pousada (15,1%). Há ainda uma parte significativa destes inquiridos que afirmaram passar habitualmente as suas férias em parques de campismo, colónias de férias e pousadas da juventude (8,6%).

QUADRO 2.3.15. NÚMERO DE NOITES NO ALOJAMENTO DE FÉRIAS

	N	%
Até uma semana	23	26,4
Entre uma a duas semanas	47	54,0
Entre duas a três semanas	7	8,0
Entre três semanas a um mês	10	11,5
Total	87	100,0

A maioria dos inquiridos que revelou ter passado férias fora da sua residência habitual, fê-lo entre uma a duas semanas (54%). Apenas 19,5% dos inquiridos revelaram ter passado mais de duas semanas no alojamento de férias e não houve nenhum que o tivesse feito por mais de um mês.

Discriminação

No âmbito da inquirição efectuada, as pessoas com deficiências e incapacidades foram questionadas sobre a percepção das próprias relativamente a vivências de discriminação em diversos contextos de vida.

Como o Quadro 2.3.16 ilustra, entre 92 e 97% dos inquiridos afirmam nunca se terem sentido discriminados em qualquer das situações referenciadas. A maior percentagem na percepção de discriminação tem a actividade profissional, mas mesmo nesta situação o valor é claramente inexpressivo.

Verifica-se também que, apesar de tudo, existe uma diferença ligeira entre as primeiras cinco situações e as restantes seis. Nas primeiras, as percentagens de percepção de discriminação são um pouco maiores. Os conteúdos a que se referem estas primeiras cinco situações dizem respeito ao relacionamento com instituições (de ensino, de saúde, de serviços públicos, de crédito ou seguradoras) e à actividade profissional. As últimas seis remetem sobretudo para as relações com entidades próximas no quotidiano dos inquiridos e para o exercício eleitoral. Ou seja, a percepção de discriminação é globalmente residual e é mais insignificante quando se refere à interacção com o meio próximo dos inquiridos do que quando se reporta a um plano social mais abstracto e institucional. A menor discriminação que as pessoas com deficiências e incapacidades parecem encontrar na vida quotidiana não parece, contudo, envolver significativamente os familiares e amigos, que estão a meio da tabela da percepção da discriminação.

QUADRO 2.3.16. PERCEÇÃO DE SITUAÇÕES DE DISCRIMINAÇÃO (%)

	Quase sempre	Com alguma frequência	Raramente	Nunca
Ao candidatar-se e/ou ao frequentar um estabelecimento de ensino	1,0	1,5	5,3	92,2
Ao recorrer aos cuidados de um hospital, clínica ou centro de saúde	1,0	1,6	4,2	93,3
Na sua actividade profissional	0,5	2,7	3,2	93,6
No atendimento de uma repartição pública	0,4	1,9	3,0	94,6
Ao solicitar crédito junto de um banco ou ao tentar fazer um seguro	0,8	1,3	2,8	95,1
No relacionamento com familiares e amigos	0,2	1,2	3,1	95,4
No acesso e/ou frequência de uma loja ou centro comercial	0,4	1,5	2,2	95,8
No acesso e/ou frequência de um estádio, pavilhão ou outro equipamento	0,3	1,2	1,7	96,7
Na inscrição e/ou frequência de uma associação ou clube recreativo ou cultural	0,0	0,4	2,7	96,9
No acesso e/ou frequência de um cinema, teatro, museu ou biblioteca	0,3	0,9	1,9	96,9
No momento de exercer o seu direito de voto	0,2	0,6	2,1	97,1

Nas respostas a uma pergunta específica sobre discriminação e falta de compreensão no local de trabalho, mantêm-se percentagens entre 95 e 98% dos que não se sentem discriminados, o que é consistente com os resultados apresentados anteriormente. Registe-se, de qualquer modo, o facto de 5% dizer que sentiu pouca compreensão por parte de chefias/empregadores para as suas incapacidades.

QUADRO 2.3.17. PERCEÇÃO DE DISCRIMINAÇÃO NO LOCAL DE TRABALHO (%)

	Sim	Não
Sentiu pouca compreensão por parte de chefias/empregadores para as suas incapacidades	4,6	95,4
Sentiu pouca compreensão por parte de colegas de trabalho para as suas incapacidades	3,5	96,5
Sentiu inadaptação de instalações e espaços físicos	2,9	97,1
Sentiu discriminação no seu local de trabalho	2,7	97,3
Sentiu inadequação dos equipamentos e materiais de trabalho	2,0	98,0
Sentiu descrença nas suas incapacidades por parte de outras pessoas	2,0	98,0

Naturalmente, o facto de as pessoas inquiridas acharem que não são discriminadas não significa que não o sejam efectivamente. Muitos dos dados de caracterização social apurados anteriormente, na comparação entre os inquiridos com deficiências e incapacidades e a população portuguesa no que respeita à relação com o trabalho, à escolarização, etc., apontam para desigualdades que resultarão, em boa parte, da existência de preconceito e de discriminação negativa.

O facto, aparentemente surpreendente, dos que são objecto dessa discriminação não a perceberem e evidenciarem pode ficar a dever-se a um conjunto diverso de factores.

Desde logo é necessário ter em conta que os sectores sociais de baixos recursos, como é o caso da maior parte das pessoas com deficiências e incapacidades, tendem normalmente a desenvolver uma postura de conformismo social que se expressaria aqui através de uma concepção das deficiências e da incapacidades como uma tragédia de ordem pessoal, que é necessário gerir pessoalmente, e não como um problema social a que a sociedade deve atender. Esta justificação pelo conformismo parece contradizer resultados anteriores sobre a orientação social, os quais mostram que a inconformidade com a desigualdade é maioritária nesta população⁽¹⁸⁾. Importa acrescentar que estes últimos dados dizem respeito à desigualdade social, e que, muito provavelmente, a maior parte das pessoas com deficiências e incapacidades não considera que a desigualdade associada a alterações nas funções do corpo possa ser interpretada no referencial das desigualdades sociais.

(18) Informação mais detalhada no relatório “Elementos de Caracterização das Pessoas com Deficiências e Incapacidades em Portugal”.

No que se refere aos factores explicativos para a ausência de percepção de discriminação, é ainda provável que as perguntas sobre discriminação tenham sido entendidas pelos inquiridos como referidas ao comportamento das pessoas na sua vida quotidiana e não às lógicas de funcionamento das instituições e da sociedade como um todo, lógicas estas que as pessoas de poucos recursos, como é o caso, em geral desconhecem ou não se sentem competentes para avaliar. Esta interpretação entronca, de resto, nos resultados que mostram uma menor percepção de discriminação na interacção com o seu meio imediato e uma avaliação positiva do apoio prestado pelas pessoas mais próximas, resultados presentes no Quadro 2.3.16, e no Quadro 2.3.18 que será analisado a seguir.

Foi ainda solicitado aos inquiridos que se posicionassem relativamente à questão dos apoios e oportunidades, conforme descrito no Quadro 2.3.18.

QUADRO 2.3.18.

PERCEPÇÃO SOBRE OPORTUNIDADES E APOIOS NO DIA-A-DIA (%)

	Concordo em absoluto	Concordo	Discordo	Discordo em absoluto	Ns/Nr
Sinto ter as mesmas oportunidades para participar na vida cívica e política do que as pessoas sem deficiências	10,5	44,7	15,5	4,4	25,0
As pessoas com quem contacto no dia-a-dia têm facilitado ou contribuído para a minha participação na sociedade	7,3	78,7	13,2	0,8	-

Os dados evidenciam que a maioria (55%) das pessoas com deficiências e incapacidades concorda que tem as mesmas oportunidades para participar na vida cívica e política do que a população em geral⁽¹⁹⁾. Este resultado é globalmente compatível com o facto de o exercício do voto ser a

(19) Os resultados das respostas a esta questão já foram analisados anteriormente, no âmbito da abertura das instituições.

situação em que os inquiridos se sentem menos discriminados, como foi anteriormente referido. Mas a discordância com a igualdade de oportunidades políticas tem um peso significativo, envolvendo 20% das pessoas com deficiências e incapacidades. Os que não sabem ou não querem responder a esta pergunta são 25%, opção que muitas vezes significa défice ou ausência de informação e interiorização de incompetência no que respeita à expressão de opiniões, atitude típica de sectores sociais globalmente excluídos da vida social.

A concordância com a segunda afirmação é mais significativa (86%), deixando entrever um clima favorável no que se refere ao apoio à participação na sociedade das pessoas com deficiências e incapacidades por parte das pessoas com quem estas contactam no dia-a-dia ⁽²⁰⁾.

Comparando os dados relativos a estas duas afirmações, pode sustentar-se que esta população parece acreditar maioritariamente na igualdade de oportunidades de participação, mas releva em maior proporção o contributo das pessoas com quem se relaciona quotidianamente na facilitação dessa participação.

AVALIAÇÃO GLOBAL

Ao longo do questionário foram colocadas diversas perguntas com o objectivo de registar a avaliação que as pessoas com deficiências e incapacidades fazem de múltiplos itens nas mais variadas áreas, nomeadamente a educação, o trabalho, a saúde, a habitação e os apoios domiciliários, os tempos livres e os transportes públicos. As respostas a estas questões serão analisadas de seguida.

No caso da educação, perguntou-se aos inquiridos como avaliavam uma série de aspectos referentes ao último estabelecimento de ensino frequentado. De uma forma geral, a avaliação dos inquiridos é bastante positiva em todos os aspectos considerados.

(20) Os resultados das respostas a esta questão já foram analisados anteriormente, no âmbito da percepção de situações de discriminação.

QUADRO 2.4.1.

AVALIAÇÃO DO ÚLTIMO ESTABELECIMENTO DE ENSINO FREQUENTADO

	Muito Insuficiente		Insuficiente		Suficiente		Bom		Ns/Nr	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Apoio por parte dos professores e outros profissionais	15	2,1	56	7,9	456	64,3	103	14,5	79	11,1
Competências/ conhecimentos que adquiriu	24	3,4	63	8,9	396	55,9	109	15,4	117	16,5
Instrumentos escolares disponíveis face às suas necessidades	30	4,2	79	11,1	385	54,3	87	12,3	128	18,1
Transportes de e para a escola/instituição	44	6,2	173	24,4	351	49,5	58	8,2	83	11,7

A maioria dos inquiridos considera suficiente ou bom o apoio por parte dos professores ou outros profissionais (79%), bem como as competências e conhecimentos adquiridos (71%).

Os aspectos com uma apreciação menos positiva são os instrumentos escolares e os transportes. De facto, 15% dos inquiridos consideraram insuficientes ou muito insuficientes os instrumentos escolares que o último estabelecimento de ensino tinha disponível face às suas necessidades e 31% avaliam da mesma forma os transportes disponíveis de e para a escola/instituição.

Um ponto que os inquiridos consideram bastante satisfatório é a relação com os colegas: 42,7% refere que possuía uma boa relação com os seus colegas de escola (apenas 5% dos inquiridos aponta como não muito bom ou até mesmo mau o contacto com os seus pares).

QUADRO 2.4.2.

AVALIAÇÃO DO ÚLTIMO ESTABELECIMENTO DE ENSINO FREQUENTADO (CONT.)

	Má		Não muito boa		Satisfatória		Boa		Ns/Nr	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Dimensão das turmas	4	0,6	64	9,0	430	60,6	105	14,6	106	15,0
Relação que estabeleceu com os colegas	9	1,3	28	3,9	317	44,7	303	42,7	52	7,3
Adequação dos conteúdos escolares às suas necessidades específicas	8	1,1	68	9,6	387	54,6	97	13,7	149	21,0
Acessibilidade no interior dos edifícios	7	1,0	68	9,6	402	56,7	153	21,6	79	11,1

A acessibilidade no interior dos edifícios também é percebida como positiva: 22% dos inquiridos classificaram-na como boa e 57% como satisfatória. No que respeita à dimensão das turmas e à adequação dos conteúdos às necessidades específicas não surgem valores muito diferentes dos anteriores, verificando-se uma avaliação bastante positiva.

As questões relacionadas com o trabalho tiveram como referência a actividade que os indivíduos se encontravam a exercer ou a última que desempenharam, no caso de já não se encontrarem a trabalhar. A análise centra-se em questões tão diversas como o nível de remuneração ou o tempo livre disponível.

QUADRO 2.4.3.

AVALIAÇÃO DA ACTIVIDADE QUE DESEMPENHA/DESEMPENHAVA

	Muito Insuficiente		Insuficiente		Suficiente		Bom		Ns/Nr	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nível de remuneração	24	4,4	136	24,9	321	58,8	35	6,4	30	5,5
Condições no local de trabalho	24	4,4	65	11,9	353	64,7	70	12,8	34	6,2
Autonomia física	21	3,8	43	7,9	355	65,0	60	11,0	67	12,3
Envolvimento na tomada de decisões	37	6,8	106	19,4	255	46,7	19	3,5	129	23,6
Prestígio e reconhecimento das suas capacidades	23	4,2	93	17,0	293	53,7	30	5,5	107	19,6
Oportunidades de promoção	52	9,5	170	31,1	193	35,3	20	3,7	111	20,3
Oportunidades para aprender coisas novas e para a valorização profissional	31	5,7	129	23,8	253	46,3	34	6,2	99	18,1
Tempo livre	23	4,2	153	28,0	296	54,2	33	6,0	41	7,5

Numa abordagem genérica, o nível de remuneração, as condições no local de trabalho, a autonomia física, o prestígio e reconhecimento das suas capacidades e o tempo livre foram aspectos maioritariamente avaliados pelos inquiridos como suficientes, apresentando valores entre os 50 e os 60%. No entanto, dentro deste conjunto de temas é importante realçar o facto do nível de remuneração e do tempo livre apresentarem percentagens de resposta significativas na opção “insuficiente” (24,9% e 28%, respectivamente).

No sentido oposto, encontram-se as condições no local de trabalho e a autonomia física, com as percentagens mais elevadas na opção “bom” (12,8% e 11% respectivamente).

De todas as opções colocadas à consideração dos inquiridos, as oportunidades de promoção são as que obtêm uma avaliação menos positiva, com 41% dos inquiridos a considerar que estas são insuficientes ou muito insuficientes, às quais se seguem as oportunidades de promoção.

Relativamente ao envolvimento dos inquiridos na tomada de decisões, apesar da avaliação ser globalmente positiva, há que destacar o elevado valor de não-respostas (23,6%).

Num outro nível de análise, mais direccionado para questões relacionais e de estabilidade, constata-se que a avaliação das pessoas com deficiências e incapacidades é, mais uma vez, positiva.

QUADRO 2.4.4.

AVALIAÇÃO COM A ACTIVIDADE QUE DESEMPENHA/DESEMPENHAVA (CONT.)

	Má		Não muito boa		Satisfatória		Boa		Ns/Nr	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Interesse do trabalho e possibilidade de utilizar as capacidades	3	0,5	51	9,3	336	61,5	79	14,5	77	14,1
Relação com colegas, subordinados e superiores	5	0,9	26	4,8	287	52,6	170	31,1	58	10,5
Contrato de trabalho	34	6,2	75	13,7	301	55,1	55	10,1	81	14,8
Estabilidade e segurança quanto ao futuro profissional	24	4,4	107	19,6	283	51,8	63	11,5	69	12,6

Os inquiridos consideram que mantêm satisfatórias ou boas relações com colegas subordinados e superiores (84%), e consideram igualmente satisfatório ou bom o interesse do trabalho e a possibilidade de utilizar as capacidades (76%).

O contrato de trabalho e a estabilidade e segurança quanto ao futuro profissional são os aspectos que apresentam os resultados menos positivos. Apesar da maioria dos inquiridos fazer uma avaliação positiva destes pontos relacionados com a sua actividade profissional, cerca de 24% refere que a estabilidade e segurança não é muito boa ou é má, e 20% tem essa opinião relativamente ao seu contrato de trabalho. Esta avaliação menos positiva é mais elevada entre os inquiridos que possuem situações contratuais precárias, como os que possuem contratos a termo certo, os que se encontram em regime de prestação de serviços ou os que trabalham sem possuir nenhum tipo de vínculo contratual.

Na área da saúde, foi pedido aos inquiridos que revelassem o seu grau de concordância relativamente a vários aspectos relacionados com a última consulta junto do seu médico de clínica geral. De uma forma geral, os resultados apresentam avaliações positivas do atendimento destes profissionais.

A maioria dos inquiridos concordou que o médico lhes deu todo o tempo de que necessitaram para a consulta: 65% responderam “concordo” e 26% escolheram a hipótese “concordo em absoluto”. Os inquiridos consideraram ainda, em proporções semelhantes, que o médico respondeu a todas as questões que o preocupavam.

A avaliação continua a ser positiva no que se refere à explicação de forma clara dos objectivos dos exames e tratamentos recebidos e ao conhecimento por parte do médico do que se passou em consultas anteriores.

QUADRO 2.4.5.
OPINIÃO SOBRE A ÚLTIMA CONSULTA COM O MÉDICO DE CLÍNICA GERAL

	Discordo em absoluto		Discordo		Concordo		Concordo em absoluto		Ns/Nr	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
O médico deu-lhe todo o tempo que necessitou para a consulta	10	1,3	49	6,3	504	65,0	199	25,7	13	1,7
O médico respondeu a todas as questões que o preocupavam	14	1,8	44	5,7	479	61,8	223	28,8	15	1,9
O médico explicou de forma clara os objectivos dos exames e tratamentos recebidos	19	2,5	61	7,9	471	60,8	209	27	15	1,9
O médico tinha conhecimento do que se passou em consultas anteriores	19	2,5	93	12,0	432	55,7	215	27,7	16	2,1
Demorei pouco tempo para ter acesso ao médico	50	6,5	217	28,0	390	50,3	101	13,0	17	2,2
Os hospitais e centros de saúde têm boas acessibilidades	18	2,3	71	9,2	440	56,8	169	21,8	77	9,9

O aspecto em que a avaliação, apesar de globalmente positiva, não o é tanto prende-se com os tempos de espera para ter acesso ao médico. Efectivamente, perante a afirmação “demorei pouco tempo para ter acesso ao médico”, 28% da população inquirida discorda e 6,5% discorda em absoluto. Cruzando esta questão com a consulta de um médico particular ou de um médico de família do Centro de Saúde, as diferenças apresentadas en-

tre os dois grupos são pouco significativas. No entanto, observa-se a tendência para os inquiridos que consultam o médico particular concordarem mais com o facto de demorarem pouco tempo no acesso ao médico.

Finalmente, a afirmação de que “os hospitais e Centros de Saúde têm boas acessibilidades” volta a ter uma avaliação muito positiva, com 56,8% dos inquiridos a responder “concordo” e 21,8% a afirmar “concordo em absoluto”.

Foi depois feita uma pergunta semelhante aos inquiridos, mas agora relativamente à última consulta ao médico especialista.

QUADRO 2.4.6.
OPINIÃO SOBRE A ÚLTIMA CONSULTA COM O MÉDICO ESPECIALISTA

	Discordo em absoluto		Discordo		Concordo		Concordo em absoluto		Ns/Nr	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
O médico deu-lhe todo o tempo que necessitou para a consulta	1	0,2	15	3,0	324	65,3	153	30,8	3	0,6
O médico respondeu a todas as questões que o preocupavam	4	0,8	12	2,4	296	59,7	181	36,5	3	0,6
O médico explicou de forma clara os objectivos dos exames e tratamentos recebidos	-	-	16	3,2	276	55,6	201	40,5	3	0,6
O médico tinha conhecimento do que se passou em consultas anteriores	4	0,8	36	7,3	286	57,7	165	33,3	5	1,0
Demorei pouco tempo para ter acesso ao médico especialista público	19	3,8	71	14,3	286	57,7	113	22,8	7	1,4

Constata-se que a avaliação relativamente à consulta ao médico especialista é globalmente mais positiva do que a da consulta ao médico de clínica geral.

Nenhum dos inquiridos discordou em absoluto com a afirmação de que “o médico explicou de forma clara os objectivos dos exames e tratamentos recebidos”, e cerca de 97% diz concordar ou concordar em absoluto com essa afirmação. Resultados muito idênticos observam-se no tópico seguinte, ou seja, “o médico tinha conhecimento do que se passou em consultas anteriores”, com 57,7% a responder “concordo” e 33,3% a responder “concordo em absoluto”.

Os resultados voltam a ser menos positivos no que respeita à demora para ter acesso ao médico especialista, incidindo a questão, neste caso, no sector público. Ainda que a grande maioria concorde (57,7%) ou concorde em absoluto (22,8%) que demorou pouco tempo, as percentagens de inquiridos que discordam (14%) ou discordam em absoluto (3%) são as maiores neste conjunto de resultados.

A avaliação que os inquiridos fazem da sua habitação foi centrada em aspectos relacionados não só com as condições de habitabilidade, mas também com os apoios ao arrendamento ou o acesso ao crédito à habitação.

QUADRO 2.4.7. AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES FÍSICAS DA HABITAÇÃO E DO ACESSO AO ARRENDAMENTO

	Muito Insuficiente		Insuficiente		Suficiente		Bom		Ns/Nr	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Condições físicas gerais da residência onde vive	26	2,9	124	13,9	626	70,4	107	12,0	6	0,7
Apoios existentes para arrendamento ou compra de casa	100	11,2	230	25,9	275	30,9	42	4,7	242	27,2

Os inquiridos consideram suficientes ou boas as condições físicas gerais da residência onde vivem (82%).

Com uma apreciação diferente aparecem os apoios existentes para arrendamento ou compra de casa. Constata-se uma distribuição relativamente equilibrada entre as respostas de cariz positivo e negativo, pois a percentagem de inquiridos que considera estes apoios insuficientes ou muito insuficientes agrega 37%, enquanto a avaliação positiva envolve 36%. Outra conclusão a retirar desta análise é o facto de uma percentagem significativa da população optar pela não-resposta (27,2%), o que indicia desconhecimento destes apoios.

QUADRO 2.4.8. OPINIÃO SOBRE QUESTÕES RELATIVAS À AQUISIÇÃO DE HABITAÇÃO

	Mau		Não muito bom		Satisfatório		Bom		Ns/Nr	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Acesso ao crédito para habitação	159	17,9	185	20,8	209	23,5	23	2,6	313	35,2
Adequação da oferta imobiliária às suas necessidades	153	17,2	172	19,3	204	22,9	14	1,6	346	38,9

À semelhança do que acontece relativamente aos apoios ao arrendamento, uma importante percentagem das pessoas com deficiências e incapacidades mostra o seu desconhecimento face a questões relacionadas com a aquisição de casa. De facto, nas opiniões relativamente ao acesso ao crédito para habitação e à adequação da oferta imobiliária às suas necessidades específicas, verifica-se que os valores percentuais mais elevados se registam nas não-respostas (35% e 39% respectivamente).

Entre os inquiridos que manifestaram a sua opinião, esta tende a ser pouco favorável, pois 39% refere que o acesso ao crédito é mau ou pelo menos não muito bom e 37% possui a mesma opinião relativamente à adequação da oferta imobiliária às suas necessidades.

No que concerne a alguns aspectos relacionados com os apoios que os inquiridos recebem ou receberam no alojamento, verifica-se que a avaliação é bastante positiva.

QUADRO 2.4.9. AVALIAÇÃO DOS APOIOS RECEBIDOS NO ALOJAMENTO

	Muito Insuficiente		Insuficiente		Suficiente		Bom		Ns/Nr	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A clareza da informação de acesso ao apoio	2	12,5	-	-	6	37,5	6	37,5	2	12,5
A regularidade do serviço prestado	-	-	-	-	5	31,3	10	62,5	1	6,3
O valor da mensalidade	1	6,3	3	18,8	7	43,8	5	31,3	-	-

A regularidade do serviço prestado é considerada boa por 62,5% dos inquiridos, sendo ainda de registar a ausência de respostas de carácter negativo neste item. A clareza da informação de acesso ao apoio e o valor da mensalidade também possuem percentagens elevadas nas avaliações positivas por parte dos inquiridos, que os consideram suficientes ou bons.

Os indivíduos possuem uma opinião positiva semelhante relativamente à adequação do serviço às suas necessidades, ao tempo de espera para obter o apoio, ao desempenho dos técnicos e aos resultados do serviço prestado, com a grande maioria dos inquiridos a considerá-los bons.

QUADRO 2.4.10.

AValiação dos apoios recebidos no alojamento (CONT.)

	Mau		Não muito bom		Satisfatório		Bom		Ns/Nr	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Adequação do serviço às suas necessidades específicas	-	-	-	-	4	25,0	11	68,8	1	6,3
Tempo de espera para obter o apoio	1	6,3	-	-	4	25,0	10	62,5	1	6,3
Desempenho dos técnicos	-	-	-	-	5	31,3	10	62,5	1	6,3
Resultados do serviço prestado	-	-	-	-	5	31,3	10	62,5	1	6,3

Apesar das opiniões bastante positivas, é de salientar que estas correspondem a valores absolutos reduzidos, uma vez que foram poucos os inquiridos que referiram obter este tipo de apoios.

No que se refere à avaliação das condições oferecidas às pessoas com deficiências e incapacidades nos locais onde realizam as suas actividades de tempos livres, a maioria dos inquiridos não responde, o que é consistente com o facto anteriormente registado de que a maior parte não tem o hábito de desenvolver actividades de lazer fora de casa.

QUADRO 2.4.11.

AValiação dos locais onde se realizam as actividades de tempos livres

	Inexistentes		Insuficientes		Suficientes		Ns/Nr	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Transportes adaptados para aceder aos locais onde pratica actividades de tempos livres	123	13,8	125	14,1	33	3,7	608	68,4
Lugares de estacionamento reservados para pessoas com deficiências junto aos locais de actividades de tempos livres	66	7,4	145	16,3	65	7,3	613	69,0
Lugares reservados para pessoas com deficiências no interior dos recintos/edifícios	90	10,1	128	14,4	50	5,6	621	69,9
Acesso aos locais de actividades de tempos livres para pessoas com mobilidade condicionada	102	11,5	128	14,4	39	4,4	620	69,7
Informações no interior dos edifícios de actividades de tempos livres adaptadas para pessoas com deficiências sensoriais	88	9,9	126	14,2	42	4,7	633	71,2

Ainda assim, em termos gerais, a avaliação é globalmente negativa, considerando os inquiridos que as condições são insuficientes ou inexistentes relativamente aos lugares reservados para pessoas com deficiências

e incapacidades no interior dos recintos/edifícios, ao acesso aos locais de actividades de tempos livres para pessoas com mobilidade condicionada, e às informações no interior dos edifícios de actividades de tempos livres adaptadas para pessoas com deficiências e incapacidades sensoriais.

A existência de lugares de estacionamento reservados para pessoas com deficiências e incapacidades junto aos locais a usar é o item que possui uma avaliação um pouco mais positiva (7,4% na opção “suficientes”), ainda que com uma diferença pouco expressiva face aos restantes itens. No extremo oposto, encontram-se os transportes adaptados para aceder aos locais: 14% de inquiridos consideram-nos inexistentes.

QUADRO 2.4.12. AVALIAÇÃO SOBRE TRANSPORTES PÚBLICOS

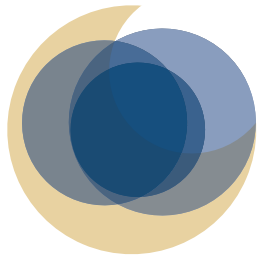
	Muito Insuficiente		Insuficiente		Suficiente		Bom		Ns/Nr	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Informação sonora e visual disponível para pessoas com deficiências sensoriais	22	4,4	166	33,5	203	40,9	20	4,0	85	17,1
Existência de sinais sonoros de aviso para pessoas com deficiências visuais	51	10,3	163	32,9	182	36,7	16	3,2	84	16,9
Existência de funcionários para prestar apoio	71	14,3	186	37,5	137	27,6	18	3,6	84	16,9

No que diz respeito aos transportes públicos em geral, a existência de funcionários para prestar apoio é o aspecto que possui uma avaliação menos positiva, com 14,3% de respostas na opção “muito insuficiente”, sendo o aspecto mais satisfatório a existência de informação sonora e visual disponível para pessoas com deficiências sensoriais.

QUADRO 2.4.13. AVALIAÇÃO SOBRE TRANSPORTES PÚBLICOS (CONT.)

	Muito Insuficiente		Insuficiente		Suficiente		Bom		Ns/Nr	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Acessibilidade de gares/estações a pessoas com mobilidade condicionada	32	6,5	199	40,1	169	33,7	14	2,8	84	16,9
Acessibilidade dos veículos a pessoas com mobilidade condicionada	59	11,9	225	45,4	148	29,8	12	2,4	52	10,5

É importante ter em atenção as avaliações predominantemente negativas no que refere às acessibilidades aos transportes públicos: 57% dos inquiridos classificam como não muito boa ou má a acessibilidade dos veículos a pessoas com mobilidade condicionada e 47% atribuem avaliação idêntica à acessibilidade de gares/estações a pessoas com mobilidade condicionada.



Síntese final

Depois de uma análise pormenorizada dos resultados das respostas ao inquérito é importante fazer uma síntese conclusiva desses resultados, articulando os vários temas e focalizando dominâncias e aspectos críticos.

Um dos dados globais relevantes deste Estudo é o de que as pessoas com deficiências e incapacidades que recebem ou receberam pelo menos um dos apoios ou serviços disponibilizados pelo sistema de reabilitação não chegam a um terço (32%) do total da população com deficiências e incapacidades residente em Portugal Continental.

Importa, no entanto, lembrar que o sistema de reabilitação é recente e que as pessoas com deficiências e incapacidades aqui consideradas têm mais de 18 anos, o que significa que no universo deste Estudo só os sujeitos que têm entre 18 e 30 anos é que puderam usufruir do sistema ao longo de toda a sua vida. É de esperar que nos indivíduos mais jovens (até aos 18 anos e não contemplados na presente amostra) a taxa de cobertura seja mais elevada em alguns dos seus componentes.

Na composição social do conjunto das pessoas que usufruem do sistema de reabilitação predominam o sexo feminino e os mais idosos, bem como pessoas com baixas escolarizações e profissões operárias e não qualificadas, características que definem, em geral, a população com deficiências e incapacidades.

Se se comparar os inquiridos que beneficiam ou beneficiaram do sistema de reabilitação com aqueles que não acederam a qualquer apoio ou serviço deste sistema é possível identificar algumas diferenças. Comparativamente às pessoas com deficiências e incapacidades não abrangidas nunca pelo sistema de reabilitação, nos que usufruem deste sistema têm maior peso relativo o sexo masculino, as pessoas com idades entre os 18 e os 49 anos, os graus de escolaridade mais elevados, as taxas de actividade mais baixas e de desemprego mais elevadas, os operários e os trabalhadores não qualificados, os rendimentos mais baixos, as limitações da actividade elevadas, e as alterações em várias funções (sensoriais e da fala, físicas e mentais) e precocemente desenvolvidas ou adquiridas. Ou seja, beneficiam do sistema de reabilitação as pessoas com deficiências e incapacidades mais severas, com menores recursos económicos, mas com recursos escolares relativamente menos desfavoráveis⁽²¹⁾.

Este perfil de utilizador do sistema e os dados de caracterização recolhidos parecem, entretanto, revelar algum desajuste global do sistema

(21) Esta aparente contradição entre escolarização e inserção no mercado de trabalho será abordada posteriormente.

de reabilitação face às características da população com deficiências e incapacidades, uma vez que o quadro geral registado demonstra que existe uma forte predominância das deficiências e incapacidades adquiridas ao longo da vida e que a maior parte das alterações dizem respeito a funções físicas.

Outro resultado global relevante deste Estudo é o de que o grau de incidência dos diversos tipos de apoios e serviços do sistema de reabilitação nesta população varia significativamente de área para área. Tendo como referencial o universo específico que esses apoios e serviços visam, verifica-se que as ajudas técnicas têm a maior taxa de cobertura, que é de 77%, a que se seguem a reabilitação médico-funcional (36%), as prestações sociais (19%), os apoios e serviços na educação (12%) e os apoios no acesso ao mercado de trabalho (10%). Outras medidas têm uma incidência residual, como é o caso dos serviços na área dos transportes (2%).

Os graus de satisfação global dos utentes com estes apoios e serviços também são bastante diferenciados: a satisfação é elevada no que se refere à reabilitação médico-funcional e às ajudas técnicas (ainda que, neste último caso, de modo menos evidente), e no que respeita às prestações sociais o grau de satisfação cai, dividindo-se os inquiridos entre os insatisfeitos e os satisfeitos.

Além desta caracterização geral da relação entre as pessoas com deficiências e incapacidades com o sistema de reabilitação, foi também analisada a situação deste universo em termos de qualidade de vida, incluindo sempre que possível uma comparação entre os que usufruíram e os que não usufruíram do sistema de reabilitação. A qualidade de vida foi operacionalizada, de acordo com um modelo desenvolvido pela equipa do Estudo, em três dimensões: a autodeterminação e desenvolvimento pessoal, o bem-estar físico e material e os direitos e inclusão social.

No que diz respeito à autodeterminação e desenvolvimento pessoal verificou-se que a situação objectiva das pessoas com deficiências e incapacidades é frágil.

Desde logo, o analfabetismo tem um peso muito elevado (sobretudo entre as mulheres e os inquiridos com limitações elevadas e alterações em várias funções), a escolarização é, em média, muito baixa, e o abandono da escola é muito significativo.

A utilização de novas tecnologias como o computador é quase residual, sendo sustentada sobretudo pelos mais jovens, pelos inquiridos do sexo masculino e pelos que têm escolaridade mais elevada e limitações da actividade moderadas. Verifica-se que a maioria dos que usam computador

utilizam a Internet, principalmente para procurar informação. A pesquisa de assuntos relacionados com as deficiências e incapacidades é uma prática de quase metade das pessoas deste grupo.

A principal razão apontada para a não utilização de computadores é a falta de conhecimentos sobre o seu funcionamento, seguida à distância, pelo facto de não terem esse equipamento. Os que não usam a Internet dividem-se principalmente entre os que não a sabem utilizar e os que não demonstram interesse nessa utilização.

A leitura regular de jornais e livros é um exercício minoritário, em particular no caso dos livros. Não obstante, mais de metade desta população sentiu necessidade de procurar informação sobre as suas deficiências e incapacidades, recorrendo sobretudo aos Centros de Segurança Social e aos médicos.

A maioria desconhece as medidas legislativas que têm vindo a ser desenvolvidas no âmbito das deficiências e incapacidades.

Os inquiridos que receberam apoios no seu alojamento são em proporção residual, sendo os mais frequentes o serviço de enfermagem e o apoio em regime ambulatorio.

Se considerado o sentido que estas pessoas dão à sua acção, verifica-se, no que se refere à escola, que a maior parte das pessoas com deficiências e incapacidades afirma que abandonou os estudos e que não terminou o ensino básico ou o ensino secundário fundamentalmente devido a dificuldades financeiras, sendo residual a proporção dos que justificam o abandono ou a não continuação dos estudos por razões associadas às deficiências e incapacidades. A esmagadora maioria desta população acrescenta, de resto, que não sente necessidade de aumentar a sua qualificação escolar. Entre os que indicam esta necessidade, verifica-se um predomínio das gerações mais novas. Entre os que gostariam de poder continuar a estudar, a maioria pretende terminar o 1.º ou o 3.º ciclos do ensino básico, o que reflecte o défice de escolarização desta população, existindo, apesar de tudo, uma percentagem significativa de inquiridos que gostariam de terminar uma licenciatura.

No que se refere aos apoios no alojamento, a maior parte dos inquiridos diz não ter beneficiado por não ter precisado ou não ter interesse nesses apoios. Segue-se a justificação pela falta de informação sobre esse serviço. Apesar de tudo, uma percentagem significativa afirma necessitar deste tipo de apoio.

As pessoas com deficiências e incapacidades exibem uma satisfação global no que respeita ao seu bem-estar físico e emocional, mas estão maiori-

tariamente insatisfeitas com a sua vida material e financeira. De qualquer modo, assumem, em proporção esmagadora, que as mudanças nas suas vidas têm ocorrido principalmente como resultados das suas decisões.

Trata-se, em resumo, de uma população que apesar de interessada em informar-se sobre as suas deficiências e incapacidades, apresenta graves défices escolares e de informação, e demonstra pouco interesse em investir na escolarização, justificando com a falta de condições financeiras a suspensão dos estudos. É precisamente com a vida material e financeira que se mostram mais insatisfeitos, mas estão satisfeitos com o seu bem-estar físico e emocional, e assumem a responsabilidade pelas suas vidas.

Naturalmente, a fragilidade da utilização de informação e da formação escolar nesta população – e este é apenas um exemplo de vários resultados que aqui poderiam ser questionados no mesmo sentido – deve-se em parte a limitações da actividade (no caso, relacionadas com alterações nas funções intelectuais, entre outras), que constituem obstáculos objectivos à concretização de oportunidades que poderão estar além do alcance da intervenção técnica e política. Mas também é importante acrescentar que há, certamente, muito a fazer no que toca a esgotar as actuais capacidades da intervenção política e técnica e que as próprias fronteiras actuais destas intervenções não são definitivas.

No que se refere à segunda dimensão da qualidade de vida, a do bem-estar físico e material, constata-se, igualmente, uma situação objectiva de grande défice.

Desde logo, na esfera do trabalho, como já tinha sido referenciado, observa-se uma taxa de actividade muito baixa e uma taxa de desemprego muito elevada. Os grupos mais afectados por esta situação de exclusão do trabalho são basicamente os que envolvem limitações da actividade elevadas e alterações em várias funções e em particular nas funções mentais. No conjunto dos que alguma vez trabalharam predominam os operários e os trabalhadores não qualificados e o emprego no sector privado.

Apesar de tudo, entre os que entraram no mercado de trabalho, a maior parte tem contrato de trabalho efectivo, trabalha a tempo inteiro, com uma estabilidade no emprego elevada e só tiveram uma experiência de desemprego. Mas também há aspectos claramente negativos a referir, pois a esmagadora maioria destes inquiridos não foi promovida nos últimos 5 anos de trabalho, e os desempregados estão maioritariamente numa situação de desemprego de longa duração.

No que respeita aos recursos financeiros, são poucos os que obtêm rendimentos não monetários onde se salientam os que auferem bens de

produção própria para consumo. A maioria refere como principal fonte de rendimento as transferências sociais, sobretudo a Pensão de Velhice ou Reforma e a Pensão por Invalidez. O rendimento do trabalho vem a seguir, dividindo-se, de modo equilibrado, entre o que provém do trabalho por conta de outrem e o obtido do trabalho por conta própria. Na maioria que recebe transferências sociais predominam as pessoas com alterações nas funções físicas.

O rendimento mensal líquido dos agregados domésticos distribui-se em torno do salário mínimo nacional. Na esmagadora maioria dos casos, apenas uma ou duas pessoas contribuem para esse rendimento, sendo os agregados constituídos maioritariamente por duas pessoas, mesmo nos que têm os rendimentos mais baixos. As maiores despesas são com a alimentação, a que se seguem, com percentagens bastante menores, o alojamento e a saúde.

Quanto aos cuidados de saúde, verificou-se que a maioria das pessoas com deficiências e incapacidades recorre ao Sistema Nacional de Saúde e consulta regularmente o médico de clínica geral do Centro de Saúde, sendo a consulta de um médico especialista menos frequente. Os especialistas consultados são sobretudo médicos de um hospital, e os inquiridos que realizam estas consultas são principalmente aqueles que têm limitações da actividade elevadas, alterações em várias funções e nas funções mentais e alterações de tipo congénito, desenvolvidas ou adquiridas precocemente.

Mais de metade dos inquiridos gasta até 50 euros mensais com medicamentos. Parte significativa das pessoas com deficiências e incapacidades afirma ter abdicado de comprar medicamentos, consultar um médico ou um dentista, comprar óculos ou utilizar meios complementares de diagnóstico pelo menos uma vez no último ano, por não poder pagar essa despesa.

Na área da habitação, constata-se que a maioria dos inquiridos vive em casa própria sem hipoteca, mas quase sempre sem rampas de acesso ao seu alojamento, ainda que na maior parte dos casos a habitação seja acessível. No interior da habitação existem, em geral, espaços com arrumação acessível e portas com largura suficiente, mas são pouco significativas as percentagens dos que têm elevador, casa de banho adaptada ou cama articulada.

Os resultados relativos à questão da mobilidade mostram que a maioria dos inquiridos usa regularmente transportes públicos, sendo o principal o autocarro, a que se segue o táxi. No entanto, a utilização do táxi é sobretudo pontual. Sendo um meio de transporte caro, a sua vulgarização

deve-se fundamentalmente ao facto de ser muito acessível fisicamente. As pessoas com deficiências e incapacidades que mais utilizam os transportes públicos em geral são as que têm limitações da actividade moderadas. Todavia, no caso da utilização dos táxis são os que têm limitações elevadas, o que reforça a ideia de que o uso do táxi está muito associado à sua acessibilidade.

Quando se atenta nas representações desta população sobre os temas tratados no âmbito da dimensão do bem-estar físico e material, verifica-se que os que se encontram a trabalhar em tempo parcial apontam como principal razão para esse facto não terem conseguido encontrar trabalho a tempo inteiro. No conjunto dos que já estiveram desempregados, a maioria deixou o trabalho contra a sua vontade, foi objecto de despedimento individual, permanece no desemprego porque não consegue encontrar trabalho e contactou o Centro de Emprego no último mês para resolver esse problema.

Constatou-se, ainda, que os inquiridos consideram maioritariamente que a sua capacidade para fazer face às suas despesas é claramente insuficiente e prevêem que a sua situação financeira daqui a 2 anos será significativamente pior.

As principais razões para não consultarem regularmente um médico especialista foram o facto de acharem que não precisavam, que as consultas são demasiado caras e, ainda com valores significativos, que esses médicos estão demasiado longe do sítio onde residem.

Do conjunto de inquiridos que não utiliza os transportes públicos, a esmagadora maioria diz que não o faz porque não precisa; ainda assim, uma proporção não residual refere como razão principal o facto de os transportes públicos na sua área de residência não estarem adaptados à sua deficiência.

Está-se, pois, no que se refere a esta segunda dimensão do bem-estar físico e material, perante uma população globalmente excluída do mundo do trabalho ou a trabalhar em profissões em geral pouco qualificadas, que procura evitar o desemprego ou o trabalho a tempo parcial e que tem rendimentos muito baixos, sobretudo provenientes de prestações sociais. Tem uma visão pessimista quanto à sua capacidade de continuar a cobrir as suas despesas, tendo já prescindido de alguns cuidados de saúde por não poder suportá-los financeiramente. São ainda evidentes os problemas que enfrentam no acesso às suas habitações, sendo menos expressivos os obstáculos à mobilidade no interior do alojamento e à utilização de transportes públicos.

Os resultados relativos à terceira dimensão da qualidade de vida, a dos direitos e inclusão social, não são mais favoráveis do que os anteriores.

Verificou-se, ainda assim, que a maioria das pessoas com deficiências e incapacidades exerce o seu direito de voto, apesar da proporção ser bastante inferior à média nos casos de inquiridos com alterações nas funções mentais e nas multifunções e com limitações da actividade elevadas.

Contudo, noutras formas de participação cívica e política (como assinar petições e abaixo-assinados, escrever cartas a jornais, fazer greve ou participar em acções de defesa dos direitos humanos), as percentagens decrescem para valores reduzidos. A participação em associações ou colectividades é igualmente pouco frequente. Além disso, quando a participação existe é essencialmente passiva.

Constatou-se, ainda, que a maioria desta população mantém, em geral, contactos bastante regulares com familiares, amigos e vizinhos. Participam intensamente em práticas culturais “domésticas”, como ver televisão e ouvir rádio, mas a quase totalidade raramente desenvolve práticas culturais de saída (visitar museus, assistir a peças de teatro, concertos ou eventos desportivos, ir ao cinema ou frequentar uma biblioteca). As pessoas com limitações da actividade elevadas e com alterações em multifunções marcam menor presença nas práticas culturais em geral.

Observa-se, também, que a maioria dos inquiridos não faz férias fora da sua residência e que apenas uma percentagem residual pratica desporto.

No que se refere à esfera das representações, ainda no que toca ao desporto, regista-se que a principal razão adiantada para não desenvolver esta prática é o desinteresse; as razões relacionadas com as deficiências e incapacidades têm, apesar de tudo, um peso significativo.

A maior parte dos inquiridos afirma preferir um modelo de políticas sociais que incentive a autonomia das pessoas com deficiências e incapacidades, concorda com medidas de discriminação positiva que facilitem a inclusão social, e discorda que tenham mais em comum com outras pessoas com deficiências e incapacidades do que com o resto das pessoas.

Uma maioria significativa acredita que existe igualdade de oportunidades para participar na vida cívica e política, mas uma proporção muito maior refere o contributo das pessoas com quem contacta no dia-a-dia como factor relevante dessa participação, o que aponta para a relevância da proximidade e do acesso a recursos de tipo relacional.

Ao contrário do que faria supor a situação objectiva em que vivem, as pessoas com deficiências e incapacidades não se sentem discriminadas na sociedade portuguesa, o que pode ser entendido como um traço de

conformismo de certa forma esperável numa população que vive maioritariamente na fronteira da exclusão social. Mas este conformismo não resulta das orientações sociais, em que prevalecem a inconformidade com a desigualdade social e a proactividade. Este paradoxo resultará, provavelmente, do facto de as pessoas com deficiências e incapacidades não considerarem que as suas deficiências e incapacidades possam ser entendidas como uma condição social. Tratar-se-á, pois, de uma população com uma consciência social residual, o que envolve, basicamente, ausência de informação sobre essa condição social.

Ou seja, os resultados deste Estudo apontam genericamente para graves défices na qualidade de vida das pessoas com deficiências e incapacidades em termos de autodeterminação e desenvolvimento pessoal, de bem-estar físico e material e de usufruto de direitos e inclusão social.

Apesar das ressalvas à comparabilidade, pois os dados sobre a população portuguesa aqui usados como referencial não obedecem ao mesmo enquadramento técnico e temporal, foi ainda possível vislumbrar que a qualidade de vida das pessoas com deficiências e incapacidades é, em geral, claramente inferior à qualidade de vida média dos portugueses.

Entretanto, a avaliação que as pessoas com deficiências e incapacidades fazem da sua situação social varia de modo significativo de área para área. As experiências escolar, laboral e na área da saúde são globalmente positivas, mas os transportes de e para a escola, os instrumentos escolares disponíveis face às suas necessidades e o tempo de espera para aceder a um médico não são avaliados tão positivamente. As oportunidades de promoção no trabalho têm mesmo nota negativa.

No que se refere à habitação existem também aspectos avaliados positivamente, mas o acesso ao crédito à habitação, os apoios existentes para arrendamento ou compra de casa e a adequação do mercado imobiliário às suas necessidades têm uma avaliação negativa.

Quando se trata de transportes, apenas um dos itens é considerado positivamente, sendo evidente uma avaliação negativa no que se refere à existência de sinais sonoros para pessoas com alterações nas funções visuais, à existência de funcionários para prestar apoio, e à acessibilidade de estações e veículos.

Finalmente, no que diz respeito aos diversos aspectos relativos aos locais para actividades de tempos livres existe uma grande consistência: obtêm todos uma avaliação negativa.

Importa relevar o facto de o número de não-respostas, que revelam

desconhecimento, ser particularmente elevado na avaliação das áreas dos locais de tempos livres e da habitação.

Considerando novamente os dados sobre qualidade de vida nos diferentes domínios, quando se compara as pessoas com deficiências e incapacidades que acederam ao sistema de reabilitação com as que não usufruíram desse, verifica-se que as primeiras, além de mais escolarizadas, como já foi referido, utilizam em maior número os computadores, são mais as que conhecem as medidas legislativas que visam a população com deficiências e incapacidades, e fazem uma apreciação mais positiva no que se relaciona com o seu bem-estar físico e emocional, e menos negativa no que se refere à sua vida material e financeira.

Os que usufruíram do sistema de reabilitação registam ainda maior estabilidade profissional e maior proporção de contratos sem termo e de promoções nos últimos anos, sendo igualmente maior neste caso a percentagem dos que ficaram numa situação de desemprego por vontade própria. Constata-se, ainda, que utilizam menos os transportes públicos do que os que não beneficiaram do sistema de reabilitação.

Além disto, constata-se que entre os que receberam apoios e serviços do sistema de reabilitação há menos recenseados e menos votantes, mas uma prática ou intenção de prática mais frequentes em formas de participação cívica e política como assinar petições e abaixo-assinados, escrever cartas a jornais, fazer greve ou acções de defesa dos direitos humanos, bem como uma maior participação em associações ou colectividades. A participação passiva é, porém, maior neste grupo.

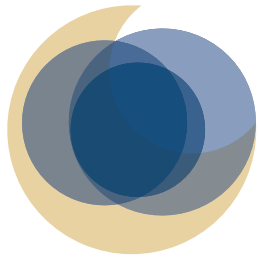
Observa-se, ainda, que os beneficiários do sistema de reabilitação concordam maioritariamente que têm mais em comum com outras pessoas com deficiências e incapacidades do que com as restantes pessoas (ao contrário dos que não passaram pelo sistema), apoiam mais as políticas sociais que incentivam a sua autonomia, têm contactos mais intensos com familiares, amigos e vizinhos e praticam mais desporto.

Não foram identificadas diferenças significativas entre os que usufruíram e os que não usufruíram do sistema de reabilitação no que concerne a práticas culturais.

Em resumo, as pessoas com deficiências e incapacidades que beneficiaram do sistema de reabilitação em Portugal apresentam um quadro geral bastante mais favorável no que diz respeito à qualidade de vida do que aquelas que não receberam apoios deste sistema. Dissonâncias como a menor utilização de transportes públicos e a maior passividade na participação cívica e política deverão ficar a dever-se, no essencial, ao facto de

aqui predominarem as limitações da actividade mais severas. Este facto poderá igualmente contribuir para explicar a menor incidência do recenseamento e do voto, mas neste caso seria necessário alargar e aprofundar a observação de modo a elaborar a sua interpretação.

Importa, ainda, realçar o maior apoio a políticas sociais autonomistas por parte das pessoas que usufruíram do sistema de reabilitação, apesar de serem os que experienciam limitações da actividade mais severas. O investimento na autonomia, o facto de estarem melhor informados em geral e de conhecerem melhor a legislação que lhes diz directamente respeito, bem como a especificidade de se identificarem mais com o conjunto das pessoas com deficiências e incapacidades do que com as restantes pessoas, apontam para que exista neste grupo uma maior consciência social e uma identidade política mais definida.



Bibliografia

ABBAS, J. – **Disability and the Dimensions of Work**. Toronto: University of Toronto, 2003. Thesis for the degree of Master of Arts.

ABBERLEY, P. – The concept of oppression and the development of a social theory of disability. **Disability, Handicap and Society**, 2, 1 (1987).

ALLEN, C. – Bourdieu's habitus, social class and the spatial worlds of visually impaired children. **Urban Studies**, 41, 3 (2007).

BARNES, C – A legacy of oppression: a history of disability in western culture. In BARTON, L. (ed.) – **Disability, Past, Present and Future**. Leeds, The Disability Press, 1999.

BARNES, C. – Las teorías de la discapacidad y los orígenes de la opresión de las personas discapacitadas en la sociedad occidental. In BARTON, L. (coord.) – **Discapacidad y Sociedad**. Madrid: Fundación Paideia e Ediciones Morata, 1998.

BARTON, L. – The struggle for citizenship: the case of disabled people. **Disability, Handicap and Society**, 8, 3 (1993).

BIANCHETTI, L. – Aspectos históricos da apreensão e da educação dos considerados deficientes. In BIANCHETTI, L.; GAMEIRO, I. (orgs.) – **Um Olhar sobre a Diferença. Interação, Trabalho, e Cidadania**. São Paulo: Papyrus, 1998.

BLANC, A. – **Les Handicapés au Travail**. Paris: Dunod, 1999.

Cabral, M. V. et al. – **Saúde e Doença em Portugal**, Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, Instituto de Ciências Sociais, 2002).

CAPUCHA, L. – **Desafios da Pobreza**. Oeiras: Celta Editora, 2005a.

CAPUCHA, L. (coord.) – **Estudo de Avaliação da Qualidade e Segurança das Respostas Sociais na Área da Reabilitação das Pessoas com Deficiências**. Lisboa, Cogitum, 2005a.

CAPUCHA, L.; CABRITA, M.; SALVADO, A.; ÁLVARES, M.; PAULINO, A. L.; SANTOS, S.; MENDES, R. – **Os Impactos do Fundo Social Europeu na Reabilitação Profissional de Pessoas com Deficiências em Portugal**. Vila Nova de Gaia: Centro de Reabilitação Profissional de Gaia, 2004.

CASANOVA, J. L. – **Naturezas Sociais – Diversidade e Orientações Sociais na Sociedade Portuguesa**. Oeiras: Celta Editora, 2004.

COLERIDGE, P. – **Disability, Liberation and Development**. Oxford: Oxfam Publications, 1993.

COSTA, A. F.; MAURITTI, R.; MARTINS, S. C.; MACHADO, F. L.; ALMEIDA, J. F. – Classes sociais na Europa. **Sociologia, Problemas e Práticas**, 34 (2000) 9 – 46.

CRPG – Centro de Reabilitação Profissional de Gaia. **Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais em Portugal: Das Práticas Actuais aos Novos Desafios**. Vila Nova de Gaia: Centro de Reabilitação Profissional de Gaia, 2005.

FINKELSTEIN, V. – **The Social Model Repossessed**. Leeds: University of Leeds (policopiado), 2001.

FOUCAULT, M. – **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1991.

FOUCAULT, M. – **Naissance de la Clinique**. Paris: PUF, 1993.

INGSTAD, B. – Disability in the Developing World. In ALBRECHT, G. L.; SELLMAN, K.D.; BURY, M. (eds.) – **Handbook of Disability Studies**. London: Sage, 2001.

Instituto Nacional de Estatística, **Glossário**, [Em linha] Disponível em WWW: <URL: <http://www.ine.pt>>

Instituto Nacional de Estatística, **Resultados Preliminares dos Censos de 2001**.

JENKINS, R. – Disability and social stratification, **British Journal of Sociology**, 42, 42 (1991).

LUCKIN, B. – Time, place and competence: society and history in the writings of Robert Edgerton. **Disability, Handicap and Society**, 1, 1 (1986).

MACHADO, F. L.; COSTA, A. F.; MAURITTI, R.; MARTINS, S. C; CASANOVA, J. L.; ALMEIDA, J. F. – Classes sociais e estudantes universitários: origens, oportunidades e orientações. **Revista Críticas de Ciências Sociais**, 66 (2003) 45-80.

MORRIS, J. – **Pride against Prejudice: Transforming Attitudes to Disability**. London: The Women's Press (1991).

Neves, J., Cultura e Lazer, in **Portugal Social**, Lisboa, INE, (2003).

OLIVER, M. – Changing the social relations of research production? **Disability, Handicap and Society**, 7, 2 (1992).

OLIVER, M. – Disability and participation in the labour market. In BROWN, P.; CASE, R. (eds.) – **Poor Work: Disadvantage and the Division of Labour**. Buckingham, Open University Press, 1991.

OLIVER, M. – Social policy and disability: some theoretical issues. **Disability, Handicap and Society**, 1, 1 (1986).

ONSA – Observatório Nacional de Saúde. **Incidência de acidentes domésticos e de lazer no Continente 2002**. Lisboa: ADELIA, Instituto Nacional de Saúde, Dr. Ricardo Jorge, (2005).

RAVAUD, J. F.; H. J. STIKER – Les modèles de l'inclusion et de l'exclusion à l'épreuve du handicap – 1er partie: les processus sociaux fondamentaux d'exclusion et d'inclusion. **Handicap. Revue de Sciences Humaines et Sociales**, 87 (2000).

RAVAUD, J. F. ; H. J. STIKER – Les modèles de l'inclusion et de l'exclusion à l'épreuve du handicap – 2ème partie: typologie des différents régimes repérables dans le traitement social du handicap. **Handicap. Revue de Sciences Humaines et Sociales**, 86 (2000a).

SCHEERENBERGER, M. – **Historia del Retarso Mental**. Zarra: SIIS, 1984.

SNR, **Inquérito Nacional às Incapacidades, Deficiências e Desvantagens: Resultados Globais**, Lisboa, 1996.

SÖDER, M. – Prejudice or ambivalence? Attitudes toward persons with disabilities. **Disability, Handicap and Society**, 5, 3 (1990).

THE WHOQOL GROUP – The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and General Psychometric Properties. **Social Science & Medicine**, 10 (1995) 1403-1409.

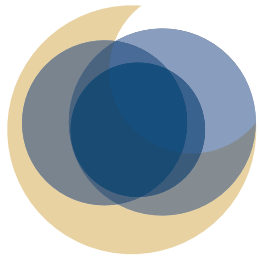
THOMAS, C. – How is disability understood? An examination of sociological approaches. **Disability and Society**, 19, 6 (2004).

VEIGA, C. V. – **As Regras e as Práticas – Factores Organizacionais e Transformações na Política de Reabilitação Profissional das Pessoas com Deficiência**. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência, 2006.

VIEGAS, J. M. L. – Implicações democráticas das associações voluntárias, **Sociologia – Problemas e Práticas**, 46 (2004) 33-50.

VIEGAS, J. M. L. – Carreiras, H. e Malamud, A. (orgs.); **Portugal no Contexto Europeu – Instituições e Política**, Oeiras: Celta Editora, 2007.

WINZER, M. – Disability and society before the eighteenth century. Dread and despair. In DAVIS, L. J. (ed.) - **The Disability Studies Reader**. London: Routledge, 1997. 0



Anexos

ANEXO A

Metodologia

Estratégia metodológica

Dado que não se dispunha de nenhuma forma de identificar à partida os sujeitos com deficiências e incapacidades, e que os dados existentes apontam para percentagens de pessoas com deficiências e incapacidades que variam entre os 6,13% (Censos 2001) e os 9,16% (INIDD) do total da população, optou-se, para garantir um número de questionários válidos passível do tratamento estatístico, pela realização de duas fases de trabalho de campo distintas, isto é, a aplicação de dois questionários⁽²³⁾.

O primeiro questionário visa o primeiro objectivo do Estudo – analisar o fenómeno das deficiências e incapacidades em Portugal, permitindo identificar os indivíduos com deficiências e incapacidades a quem foi aplicado o segundo questionário. Este segundo questionário cumpre o outro objectivo do estudo: analisar o sistema de reabilitação em relação com as trajectórias de vida das pessoas com deficiências e incapacidades.

O primeiro questionário tem como universo a população residente em Portugal Continental com idades compreendidas entre os 18 e os 70 anos. A definição do universo entre estas idades tem várias justificações. Como inicialmente estava prevista a aplicação de apenas um questionário, a ser aplicado pelo Instituto Nacional de Estatística, onde se pretendia avaliar os impactos do sistema de reabilitação, considerou-se que era a partir dos 18 anos que os indivíduos, devido ao seu percurso pessoal, já teriam uma experiência significativa na frequência de acções de reabilitação e na vivência dos respectivos impactos.

Além disso, o INS IV (Inquérito Nacional à Saúde), de onde inicialmente se retiraria a amostra para a aplicação desse questionário, tinha sido também aplicado a pessoas com idades entre os 18 e os 70 anos.

Após a divisão do questionário em dois momentos, poderia ter-se alargado o âmbito da amostra. Contudo, para se obter dados fiáveis dos menores de 18 anos seria necessária a realização de questionários de caracterização específicos aplicáveis a crianças e jovens, pois a determinação das deficiências e incapacidades, nomeadamente das limitações da ac-

(23) O valor apresentado pelo INIDD encontra-se bastante mais próximo do valor apurado em estudos realizados noutros países da União Europeia e dos valores estimados a nível internacional para a população em causa.

tividade, varia de acordo com a aquisição de competências resultantes do desenvolvimento pessoal. Tal exercício nunca esteve nos objectivos do presente Estudo. Considerando estes aspectos, bem como o facto de, à data, a versão da CIF para crianças e jovens se encontrar ainda em desenvolvimento, a opção foi não envolver indivíduos com menos de 18 anos.

Tendo em conta o universo identificado, foi seleccionada uma amostra representativa de 15005 inquiridos, com uma margem de erro estimada para o Continente de 0,8, e uma margem de confiança de 95,5%. Isto significa, que as estimativas efectuadas têm uma probabilidade de 95,5% de se encontrarem entre os valores apresentados.

A amostra foi estratificada por NUTs III, com selecção aleatória sistemática e polietápica do local de residência e do inquirido:

- selecção aleatória dos lugares dentro de cada classe de habitats,
- selecção aleatória dos PA (Pontos de Amostragem) em cada localidade,
- selecção aleatória de cada PP (Ponto de Partida),
- selecção aleatória de cada agregado familiar através do método *random route*,
- selecção aleatória dos indivíduos, distribuídos por sexo, proporcionalmente à população de cada NUTs III, dentro de cada agregado familiar (método de Kish). Foi estabelecida uma quota de homens e mulheres, igual à da distribuição da população, em cada NUTs III, segundo dados do INE (Censos de 2001).

Este sistema de selecção aleatória da amostra garantiu simultaneamente a representação proporcional das características existentes no universo e a possibilidade de realizar a inferência estatística.

A estrutura dos dois questionários utilizados neste Estudo foi desenhada para permitir apurar resultados não só ao nível da identificação das deficiências e incapacidades, mas também resultados que permitam analisar as correlações entre o sistema de reabilitação e as trajectórias de vida das pessoas e, a partir daqui, adjuvar e fundamentar a tomada de decisão relacionada com o planeamento no domínio das deficiências e incapacidades.

De acordo com os objectivos do Estudo, o primeiro questionário foi aplicado a uma amostra aleatória de indivíduos representativa da população portuguesa, como já foi referido. Tendo em conta que interessava a identificação de pessoas com deficiências e incapacidades e que poderiam surgir situações em que o sujeito seleccionado para responder não tinha nenhuma deficiência e incapacidade mas que, no seu agregado, existia uma pessoa com essas características, foi solicitado aos entrevistadores

que realizassem o questionário ao indivíduo seleccionado de acordo com os critérios de amostragem e, posteriormente, perguntas se podiam realizar o questionário à pessoa com deficiências e incapacidades.

Os questionários aplicados neste último caso foram devidamente identificados como não pertencentes à amostra original e são utilizados apenas no âmbito da segunda parte do Estudo (presente relatório). Sempre que esta amostra complementar é utilizada, é feita essa identificação e não são realizadas inferências para a população portuguesa.

Dos 1427 questionários seleccionados para a aplicação da segunda amostra, 1235 foram retirados da amostra representativa e os restantes (192) pertencem à amostra de recurso.

Dos questionários seleccionados não foram aplicados 404:

- recusas em abrir a porta ou aceitar a aplicação do questionário, após a apresentação do entrevistador – 287;
- deslocações/mudanças de residência – 66;
- morte – 4;
- outras razões – 47.

No total, foram aplicados 1023 questionários considerados válidos (889 indivíduos retirados da amostra representativa e 134 inquiridos da amostra de recurso).

Ambos os questionários foram aplicados de forma directa e pessoal. Nos casos em que as características do entrevistado não lhe permitiam responder, a resposta foi dada por um familiar ou o indivíduo foi adjuvado no processo de resposta por um familiar ou outra pessoa próxima.

A recolha de informação da primeira parte do inquérito teve início em Fevereiro de 2007 e terminou no início de Maio de 2007. O trabalho de campo da segunda parte decorreu entre Maio de 2007 e Julho de 2007.

Operacionalização do conceito de deficiências e incapacidades

No âmbito deste Estudo, foi elaborada uma definição de deficiências e incapacidades tendo em atenção os paradigmas teóricos actuais⁽²³⁾.

(23) Esta definição está em conformidade com os referenciais do paradigma biopsicossocial e da CIF, com a tradição analítica e legislativa dentro do contexto português (de forma a serem analisados os impactos do sistema de reabilitação) e com o enquadramento teórico do Estudo “Modelização das Políticas e das Práticas de Inclusão Social das Pessoas com Deficiência em Portugal”.

Nesta definição, uma pessoa com deficiências e incapacidades é apresentada como:

“Pessoa com limitações significativas ao nível da actividade e da participação num ou vários domínios de vida, decorrentes da interação entre as alterações funcionais e estruturais de carácter permanente e os contextos envolventes, resultando em dificuldades continuadas ao nível da comunicação, aprendizagem, mobilidade, autonomia, relacionamento interpessoal e participação social, dando lugar à mobilização de serviços e recursos para promover o potencial de funcionamento biopsicossocial.”

Tendo em conta este referencial conceptual introduziram-se no questionário dois blocos de questões cujas respostas permitiram identificar as pessoas com deficiências e incapacidades: o bloco D – Identificação das limitações da actividade; e, o bloco E – Identificação das alterações ao nível das funções. Com estes dois blocos caracterizaram-se os inquiridos, por um lado, ao nível das dificuldades que estes possam experienciar na execução de actividades relacionadas com a vida quotidiana e, por outro lado, no plano das alterações que estes possam apresentar ao nível das funções do corpo.

As respostas a estes dois blocos de questões permitiram, ainda, classificar as pessoas com deficiências e incapacidades em termos do tipo de alteração nas funções e do tipo de limitação da actividade.

Tendo em atenção a definição apresentada e as questões formuladas no questionário considerou-se como variáveis determinantes para a definição do perfil de pessoas com deficiências e incapacidades:

- dificuldade na realização de actividades e o respectivo grau;
- recurso a equipamentos de ajuda;
- alterações ao nível das funções do corpo;
- temporalidade das alterações das funções do corpo.

Desta forma, a proposta de perfil de pessoa com deficiências e incapacidades baseia-se na observação de uma relação directa entre a existência de pelo menos uma alteração nas funções do corpo e a verificação de uma ou mais limitações da actividade.

Isto deve-se ao facto de se considerar que não basta uma pessoa possuir uma alteração nas funções para ser alvo de medidas de reabilitação, dado que, não é essa alteração que gera por si mesma a necessidade de

reabilitação, mas sim as limitações da actividade decorrentes da interacção entre as características biopsicossociais e as características dos ambientes em que o indivíduo se move.

No entanto, esta relação, por si só, não operacionaliza totalmente o que é uma pessoa com deficiências e incapacidades no âmbito deste Estudo, uma vez que não estão contemplados os graus de limitação, a superação da limitação pela utilização de equipamentos de ajuda e a temporalidade da alteração nas funções.

Considerando que a reabilitação tem como objectivo assegurar à pessoa com deficiências e incapacidades, quaisquer que sejam a natureza e origem das mesmas, a mais ampla participação na vida social e económica e a maior independência possível, considerou-se relevante abranger no perfil os indivíduos que afirmam efectuar “com muita dificuldade” ou “não conseguir fazer” qualquer uma das actividades incluídas no questionário. Desta forma, para a análise do sistema de reabilitação em relação com as trajectórias biográficas das pessoas com deficiências e incapacidades, optou-se por não incluir as pessoas que referem ter “alguma dificuldade” pois, à partida, o sistema de reabilitação não deverá desempenhar um papel tão relevante na sua vida, no âmbito da realização das actividades quotidianas. Em contrapartida, as pessoas que têm muita dificuldade na realização das mais variadas actividades possuem uma maior dependência das acções de reabilitação no que respeita à promoção da sua vida social e económica e da sua autonomia.

Uma vez que, segundo o modelo biopsicossocial, a deficiência é um resultado entre o contexto social da pessoa e o ambiente, e que a CIF ao definir pessoas com deficiências e incapacidades coloca uma grande ênfase nas limitações ao nível da realização de actividades, um indivíduo que possui uma incapacidade que é solucionada com a utilização de uma ajuda técnica, não é considerado, à luz do modelo social, como “deficiente”. Desta forma, para que o perfil, no âmbito deste trabalho, fique em consonância com todo o enquadramento teórico do Estudo foram incluídas apenas as pessoas cuja incapacidade não fique solucionada com a utilização de uma ajuda técnica.

Por último, e tendo em atenção a definição de pessoas com deficiências e incapacidades enunciada anteriormente, foram apenas englobadas no perfil as pessoas com alterações permanentes. Desta forma, excluem-se as manifestações temporárias de alterações nas funções e limitações da actividade, que enviesariam a análise do sistema de reabilitação.

Assim:

Perfil de pessoa com limitações da actividade e alterações nas funções

Pessoa com experiência de limitações da actividade significativas que não ficam solucionadas com a utilização de uma ajuda técnica, à qual está associada uma ou mais alterações permanentes nas funções do corpo.

Tendo como linha de orientação o conceito formulado, a identificação dos sujeitos com este perfil foi um processo complexo, resultado não só do facto de se ter um conceito multidimensional, mas também por se estar a testar pela primeira vez uma nova concepção associada a um novo sistema de classificação que é muito abrangente, uma vez que contempla os variadíssimos domínios da vida de um sujeito. Acrescenta-se o facto de o Homem ser um sujeito biopsicossocial, também ele complexo, e que, portanto, as limitações da actividade num certo domínio poderão ser influenciadas não por alterações ao nível das funções mas por outros factores, nomeadamente os sociais.

A aplicação do conceito começou com a análise das limitações da actividade. Foram seleccionados os inquiridos que responderam que realizam a tarefa “com muita dificuldade” ou “não consigo”. Após ter sido feita esta selecção, constatou-se que existiam uma série de variáveis problemáticas que originavam dois tipos de problemas:

As variáveis “correr”, “saltar” e as “operações matemáticas complexas” registavam elevadas taxas de resposta que eram influenciadas fortemente pela idade. Isto é, nos escalões etários mais velhos, principalmente no último escalão dos 60 aos 70 anos, concentra-se a grande maioria das pessoas que não conseguem correr, saltar e realizar operações matemáticas complexas. Esta última tarefa é igualmente influenciada pela escolaridade que, por sua vez, está dependente da idade. Para evitar que a segunda amostra fosse composta por uma população maioritariamente envelhecida, optou-se por não se considerar estas variáveis no processo de selecção dos inquiridos. Esta opção não levantou graves problemas pois, ao nível da mobilidade e da aprendizagem e aplicação de conhecimentos existem várias categorias de resposta, o que permitiu manter a análise destes domínios.

Após a eliminação das variáveis referidas, e uma vez retomado o pro-

cesso de identificação, constatou-se um outro fenómeno relevante: muitos dos sujeitos seleccionados, eram-no por terem muita dificuldade em realizar apenas uma tarefa dentro de cada domínio. Por exemplo, a “incapacidade para lidar com situações que coloquem em risco a própria vida ou a dos outros”, a “incapacidade para adquirir conhecimentos através da leitura”, ou a “incapacidade para realizar uma tarefa doméstica”. Proce- deu-se então à análise destes casos específicos para detectar qual o pro- blema uma vez que se partia do princípio que as pessoas teriam dificulda- de numa área/domínio e não apenas numa única tarefa desse domínio.

Da análise desta situação verificou-se que a “incapacidade para realizar uma tarefa doméstica” estava fortemente associada ao sexo do inquirido, isto é, a maioria das pessoas que respondiam ter apenas esta incapacidade eram homens dos escalões etários mais velhos, o que poderá estar relacionado não com uma limitação da actividade causada por alterações nas funções, mas antes com valores sociais segundo os quais não caberia ao homem desenvolver estes tipo de tarefas. Quanto à “incapacidade para adquirir conhecimentos através da leitura”, os valores constatados apon- tam para uma relação com o grau de ensino atingido e com a idade dos in- quiridos. A população mais velha e com menores graus de ensino é aquela que refere ter limitações nesta actividade. Convém referir, no entanto, que esta análise efectuada não deixou de ter como factor ponderador a cons- ciência de que a escolaridade pode influenciar esta variável, mas que tam- bém a relação contrária é válida. Exactamente por se ter esta consciência, não se eliminou a população que tem incapacidade neste domínio e que tem baixas escolaridades. A única questão que foi levantada foi a de tentar perceber porque é que apenas surge uma única limitação neste domínio.

Por fim, aquando da análise da “incapacidade para lidar com situa- ções que coloquem em risco a própria vida ou a dos outros”, verificou-se que este indicador é demasiado subjectivo, pois coloca os indivíduos em situações hipotéticas, em que se lhes pede que percepcionem as suas ca- pacidades, o que dificulta a capacidade do investigador em destrinçar se esta limitação resulta ou não de alguma alteração nas funções. No fundo, trata-se de um indicador demasiado subjectivo para se poder confiar nele para aferir as limitações e incapacidades.

Concluindo, estas limitações estavam algo dependentes de outras variá- veis, o que poderia ter enviesado a segunda amostra. A questão entretanto colocada foi o modo como controlar este problema, tendo-se identificado como solução a criação de mais um critério: ter mais do que uma dificul- dade por domínio, quando assim é possível. Por exemplo, uma pessoa que

manifeste ter muita dificuldade em resolver situações que coloquem em risco a vida de uma pessoa mas que consegue enfrentar a pressão, assumir responsabilidades ou planear actividades não foi seleccionada. Por outro lado, se disser que também tem muita dificuldade ou não consegue enfrentar a pressão, ou outra tarefa do mesmo grupo, integrou a amostra.

Uma vez ultrapassadas estas questões, aplicou-se o filtro da ajuda técnica para retirar os sujeitos cujas limitações da actividade ficam resolvidas com a utilização da mesma. A ajuda técnica só não foi aplicada às questões relacionadas com a mobilidade, pois a pergunta teve um elevado número de não-respostas.

No que diz respeito à análise das alterações nas funções, procedeu-se apenas à aplicação dos critérios existentes no conceito: a existência de pelo menos uma alteração permanente ao nível das funções do corpo.

Após a identificação dos sujeitos com limitações da actividade e dos sujeitos com alterações nas funções do corpo estabeleceu-se a relação entre os dois grupos para criar a amostra final do Estudo: a população com deficiências e incapacidades.

Dimensões de análise do segundo questionário

Tendo em atenção as referências teóricas e os objectivos delineados para o Estudo, foram estabelecidas diversas dimensões de análise no guião do questionário e resultados esperados específicos⁽²⁴⁾.

A análise do presente inquérito é orientada pelo conceito de Qualidade de Vida, pelo qual se entende: “a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e os sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (THE WHOQOL GROUP, 1995). Este conceito não é apenas fértil pela sua multidimensionalidade como apresenta a vantagem de ser deliberadamente aplicado como instrumento de avaliação de políticas sociais. O conceito tem vindo a constituir-se como um referencial na organização das intervenções, bem como na respectiva monitorização e avaliação dos impactos.

O modelo de qualidade de vida apresenta uma arquitectura multidimensional, integrando 3 dimensões estruturantes, patentes no questionário:

(24) As dimensões de análise do primeiro questionário podem ser consultadas no relatório “Elementos de Caracterização das Pessoas com Deficiências e Incapacidades em Portugal”.

- **Autodeterminação e desenvolvimento pessoal** – reporta ao conjunto de relações que configuram as estruturas de competência, articulando-se com os padrões de acção humana. Este processo caracteriza-se por um mecanismo através do qual os indivíduos ganham competência, controlo e influência sobre um conjunto de assuntos significativos, no âmbito das múltiplas relações com os contextos em que se inscrevem. Deste modo, a dimensão comporta a percepção de competência pessoal numa dada situação interaccional, seja no contexto das relações interpessoais, seja no exercício da autodeterminação. Esta dimensão encontra-se dividida em cerca de 7 subdimensões:
 - > *Educação* – com indicadores sobre o nível de escolaridade, modalidade de ensino frequentada, abandono escolar, etc.
 - > *Autonomia e resiliência*
Serviços domiciliários – refere-se a apoios no alojamento.
 - Serviços de apoio à autonomia física e social – remete para a frequência de CAO's.
 - > *Acessibilidades comunicacional e à informação*
 - Acesso ao mercado de trabalho – reporta-se à forma pela qual o indivíduo tomou conhecimento da existência da acção de formação.
 - Acesso à informação – engloba quer o acesso à Internet, quer o conhecimento de medidas específicas direccionadas para as pessoas com deficiências e incapacidades.
 - Espaço público – acesso às associações de doentes e de deficientes.
 - Recursos financeiros – acesso aos apoios da protecção social.
 - Serviços de saúde – acesso à última acção de reabilitação e ajudas técnicas.
 - > *Iniciativa pessoal no percurso de vida* – auto-percepção da iniciativa pessoal na tomada das principais decisões durante o percurso de vida.
 - > *Bem-estar físico e emocional* – auto-avaliação sobre o bem-estar físico e emocional.
- **Bem-estar físico e material** – reporta-se às condições de vida percebidas como desejáveis pelo indivíduo em dois domínios fundamentais: bem-estar físico e bem-estar material. Esta dimensão é composta por 9 subdimensões:
 - > *Recursos financeiros* – engloba indicadores como a fonte de rendimentos e o volume de rendimentos monetários e não monetários.
 - > *Cuidados de saúde*
 - Densidade da rede de cuidados de saúde – integra indicadores como o serviço de saúde utilizado, o tipo de seguro de saúde privado ou os

gastos genéricos com a saúde.

- Serviços de saúde – direcciona-se para a reabilitação médica.
- Cuidados clínicos gerais – centra-se no acesso a apoio médico geral.

› *Trabalho e emprego*

- Trabalho – análise da situação actual no emprego (com questões específicas caso o indivíduo se encontre empregado ou desempregado), reportando para o contrato de trabalho, local de trabalho, etc., e onde foi incluída a adaptabilidade, ou não, do posto de trabalho, bem como o percurso profissional dos inquiridos.

- Acesso ao mercado de trabalho – reporta-se aos apoios para acesso ao emprego e ao usufruto de acções de formação e reabilitação profissional.

› *Habitação* – remete para a caracterização do alojamento quer a nível de condições básicas de habitabilidade, quer a nível de acessibilidades.

› *Mobilidade*

- Transportes – consiste, mais concretamente, na utilização de transportes públicos sem serem adaptados.

- Serviços de apoio à autonomia física e social – usufruto de serviços/ benefícios ao nível dos transportes.

› *Serviços de cultura e lazer* – integra indicadores relacionados com a prática desportiva e a participação em actividades culturais e de lazer.

- **Direitos e inclusão social** – refere-se às oportunidades para controlar as interacções com os contextos circundantes e influenciar as decisões com impacto nos projectos de vida. Neste sentido, visa medir o nível de participação na comunidade e a percepção do controlo e eficácia sobre os fenómenos colectivos.

› *Direitos de cidadania* – inclui indicadores ao nível do exercício de direitos.

› *Discriminação* – reporta-se à percepção de tratamento diferencial de valência negativa decorrente das deficiências e incapacidades por parte dos outros.

› *Redes sociais*

- Redes sociais – refere-se ao contacto e confiança com familiares e amigos.

- Espaço público – remete para a percepção da pertença a organizações e a associações de doentes e de deficientes.

› *Abertura das instituições* – baseia-se na análise da percepção da sensibilidade das instituições às questões das deficiências e incapacidades.

ANEXO B

Produtos desenvolvidos no âmbito do Estudo

*“Modelização das Políticas e das Práticas de Inclusão Social das Pessoas com Deficiências em Portugal” **

- Recomendações para a programação do QREN – Quadro de Referência Estratégico Nacional 2007/2013
- Mais qualidade de vida para as pessoas com deficiências e incapacidades – Uma estratégia para Portugal **
- Elementos de caracterização das pessoas com deficiências e incapacidades em Portugal **
- O sistema de reabilitação e as trajectórias de vida das pessoas com deficiências e incapacidades em Portugal **

Documentos complementares *

- Modelização – desafios, riscos e princípios orientadores
- Delimitação e operacionalização do conceito de deficiência
- Análise comparada de modelos de políticas a favor das pessoas com deficiências e incapacidades
- Programas e medidas relativos à deficiência
- Qualidade de Vida – modelo conceptual
- Metodologia de avaliação de impactos
- Gestão de casos
- An international perspective on modelling disability policy-making
- The contribution of International Classification of Functioning, Health and Disability for Children and Youth to Special Needs Education
- The International Classification of Functioning, Health and Disability as a framework for disability policy design and deployment
- O papel dos recursos especializados no contexto de uma política de inclusão das pessoas com deficiências – conceptualização e modelo de intervenção

* Disponíveis para download em www.crbg.pt

** Disponíveis também em suporte físico

Documentos de percurso *

- Recursos e relatório do *workshop* “Modelling disability within a social policy framework”
- Recursos e relatório do *workshop* “Design of disability policies and measures in Portugal”
- Recursos e relatório do *workshop* “Design of a governance model for the implementation of a National Disability Strategy in Portugal”

* Disponíveis para download em www.crbg.pt

ANEXO C

Modelização: um percurso partilhado

O desenvolvimento do Estudo “Modelização das Políticas e das Práticas de Inclusão Social das Pessoas com Deficiências em Portugal” contou com o envolvimento de diversos departamentos governamentais, entidades representantes de pessoas com deficiências e incapacidades e de peritos.

Articulação

Secretaria de Estado Adjunta e da Reabilitação

Comissão de Acompanhamento

• Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social	
> SEAR – Secretaria de Estado Adjunta e da Reabilitação	Ana Salvado
> INR – Instituto Nacional para a Reabilitação	Rui Carreteiro
> IEFP – Instituto do Emprego e Formação Profissional	Leonardo Conceição
> ISS – Instituto da Segurança Social	Alexandra Amorim
> GEP – Gabinete de Estratégia e Planeamento	João Nogueira Rui Nicola
• Ministério da Saúde	Maria Beatriz Couto
• Ministério da Educação	M. Joaquim Lopes Ramos
• Ministério das Obras Públicas, Transportes e Comunicações	João Valente Pires

Colaboração

Alda Gonçalves	Instituto da Segurança Social
Alexandra Pimenta	Instituto Nacional para a Reabilitação
António Lopes	Direcção Regional de Educação do Centro
Beatriz Jacinto	Instituto Nacional para a Reabilitação
Carla Pereira	Instituto Nacional para a Reabilitação
Carmen Duarte	CECD Mira-Sintra
Carmo Medeiros	Instituto Nacional para a Reabilitação
Celina Sol	Instituto Nacional para a Reabilitação
Domingos Rosa	Fundação AFID Diferença
Filomena Pereira	Direcção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular
Isabel Felgueiras	Instituto Nacional para a Reabilitação
Isabel Pinheiro	Instituto Nacional para a Reabilitação
José Carvalhinho	Câmara Municipal da Lousã – Provedor Municipal das Pessoas com Incapacidade
Luís Pardal	FENACERCI – Federação Nacional de Cooperativas de Solidariedade Social
Miguel Ferro	Instituto Nacional para a Reabilitação
Norberta Falcão	Agência Nacional para a Qualificação
Rui Godinho	IESE – Instituto de Estudos Sociais e Económicos
Sandra Marques	FENACERCI – Federação Nacional de Cooperativas de Solidariedade Social

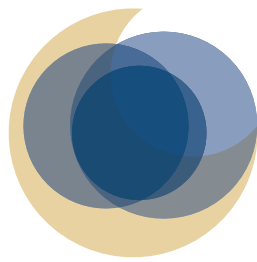
Envolvimento

Conselho Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência

Apoio

EPR – European Platform for Rehabilitation

- 1.** Contributos para um Modelo de Análise dos Impactos das Intervenções do Fundo Social Europeu no Domínio das Pessoas com Deficiência em Portugal
- 2.** Os Impactos do Fundo Social Europeu na Reabilitação Profissional de Pessoas com Deficiência em Portugal
- 3.** Desafios do Movimento da Qualidade ao Sistema e às Organizações que Promovem a Empregabilidade e o Emprego das Pessoas com Deficiência
- 4.** Organização da Formação e Certificação de Competências: Desafios e Contributos para o Modelo de Intervenção
- 5.** Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais em Portugal: Das Práticas Actuais aos Novos Desafios
- 6.** Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais em Portugal: Impactos nos Trabalhadores e Famílias
- 7.** Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais em Portugal: Riscos Profissionais: Factores e Desafios
- 8.** Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais em Portugal: Regime Jurídico da Reparação dos Danos
- 9.** Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais em Portugal: *Disability Management: Uma Nova Perspectiva de Gerir a Doença, a Incapacidade e a Deficiência nas Empresas*
- 10.** Mais Qualidade de Vida para as Pessoas com Deficiências e Incapacidades: Uma Estratégia para Portugal
- 11.** Elementos de Caracterização das Pessoas com Deficiências e Incapacidades em Portugal
- 12.** O Sistema de Reabilitação e as Trajectórias de Vida das Pessoas com Deficiências e Incapacidades em Portugal



Apoio



UNIÃO EUROPEIA
Fundo Social Europeu



Programa Operacional de Assistência Técnica ao QCA III – Eixo FSE



ESTUDOS 12