U.PORTO

FACULDADE DE DESPORTO
UNIVERSIDADE DO PORTO

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO
ESTUDO CENTRADO EM ESCALAS UTILIZADAS NO MESTRADO EM ACTIVIDADE FÍSICA ADAPTADA

Cecília Carolina de Freitas Teles de Meneses Malheiro

Porto, 2008

U.PORTO
FACULDADE DE DESPORTO
UNIVERSIDADE DO PORTO

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO
ESTUDO CENTRADO EM ESCALAS UTILIZADAS NO MESTRADO EM ACTIVIDADE FÍSICA ADAPTADA

Monografia realizada no âmbito da disciplina de Seminário do 5º ano da licenciatura em Desporto e Educação Física, na área de Reeducação e Reabilitação, da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto

Orientadora: Prof. Doutora Maria Adília Silva

Co-orientadora: Prof. Doutora Kátia Borges

Cecília Carolina de Freitas Teles de Meneses Malheiro

Porto, 2008

Malheiro, C. (2008). Instrumentos de Avaliação – Estudo Centrado em Escalas utilizadas no Mestrado em Actividade Física Adaptada. Dissertação de Licenciatura apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

PALAVRAS CHAVE: NESSECIDADES ESPECIAIS, ACTIVIDADE FÍSICA ADAPTADA, INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO, ESCALAS DE AVALIAÇÃO.

Agradecimentos

Pretendo expressar a minha gratidão a todos quantos contribuíram e colaboraram para a realização deste trabalho.

À Professora Doutora Adília Silva, orientadora deste trabalho e à Professora Doutora Kátia Borges, co-orientadora, pelo apoio e pela apreciação crítica que foram fundamentais para a conclusão do estudo.

Aos meus colegas Diana Laneiro e João Campos pela partilha de ideias, dúvidas e preocupações e pelo apoio que me prestaram durante todo este percurso.

Aos meus pais e irmã, pela sua constante presença, dedicação e carinho em todos os momentos.

Ao Ita, pela disponibilidade, paciência e compreensão permanentes e por todas as palavras de encorajamento nos maus momentos deste trajecto.

À Vera e ao Valdeira pelo apoio prestado e pela dedicação.

Índice Geral

Agradecimentos	III
Índice Geral	V
Índice de Quadros	VII
Resumo	IX
Abstract	XI
Abreviaturas	XIII
I – INTRODUÇÃO	1
II – REVISÃO DA LITERATURA	5
1. População com Necessidades Especiais	7
1.1.Perspectiva histórica	7
1.2. Definição e Caracterização	9
2. Actividade Física Adaptada	10
3. Avaliação	12
3.1. Instrumentos de Avaliação	15
3.2. Fiabilidade e validade	17
3.3. Instrumentos de Avaliação e população com Necessidades especiais	21
4. Escalas de Avaliação	22
4.1.Adaptação cultural	25
III – OBJECTIVO	27
IV – MATERIAL E METODOS	31
1. Caracterização da Amostra	33
2. Procedimentos Metodológicos	36
V – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	39
1. Grelha da recolha dos dados	41
2. Frequência da utilização das escalas	126
3. Domínios avaliados pelas escalas	127
4. Populações avaliadas pelas escalas	129

5. Idades das populações avaliadas pelas escalas 130
6. Sexo das populações avaliadas pelas escalas 131
7. Área central das teses de mestrado em AFA 132
8. Fiabilidade das escalas 133
9. Adaptação e validação das escalas 134
VI – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 137
1. Grelha da recolha dos dados 139
2. Frequência de utilização das escalas 141
3. Domínios avaliados pelas escalas 142
4. Populações avaliadas pelas escalas 143
5. Idades das populações avaliadas pelas escalas 143
6. Sexo das populações avaliadas pelas escalas 144
7. Área central das teses de mestrado em AFA 144
8. Fiabilidade das escalas 145
9. Adaptação e validação das escalas 145
10. Análise das escalas em função do objectivo das dimensões e da população 146
VII – CONCLUSÕES E SUGESTÕES 149
VIII – REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 153
IX – ANEXO I

Índice de Figuras e Quadros

Figura 1	Fluxograma para a construção de uma escala de avaliação	24
Quadro 1	Sistematização das escalas de avaliação utilizados no mestrado em AFA na Faculdade de Desporto da Universidade do Porto	33
Quadro 2	Grelha de recolha dos dados	37
Quadro 3	Grelha da apresentação dos resultados da Escala A da Tese 1	41
Quadro 4	Grelha da apresentação dos resultados da Escala B da Tese 2	46
Quadro 5	Grelha da apresentação dos resultados da Escala C da Tese 3	53
Quadro 6	Grelha da apresentação dos resultados da Escala D da Tese 4	57
Quadro 7	Grelha da apresentação dos resultados da Escala E da Tese 5	62
Quadro 8	Grelha da apresentação dos resultados da Escala F da Tese 6	67
Quadro 9	Grelha da apresentação dos resultados da Escala G da Tese 7	74
Quadro 10	Grelha da apresentação dos resultados da Escala H da Tese 8	79
Quadro 11	Grelha da apresentação dos resultados da Escala I da Tese 8	83
Quadro 12	Grelha da apresentação dos resultados da Escala J da Tese 9	88
Quadro 13	Grelha da apresentação dos resultados da Escala K da Tese 10	93
Quadro 14	Grelha da apresentação dos resultados da Escala L da Tese 11	97
Quadro 15	Grelha da apresentação dos resultados da Escala M da Tese 12	102
Quadro 16	Grelha da apresentação dos resultados da Escala N da Tese 13	107

Quadro 17	Grelha da apresentação dos resultados da Escala O da Tese 14	111
Quadro 18	Grelha da apresentação dos resultados da Escala P da Tese 15	115
Quadro 19	Grelha da apresentação dos resultados da Escala Q da Tese 16	118
Quadro 20	Grelha da apresentação dos resultados da Escala R da Tese 16	122
Quadro 21	Frequência de utilização das escalas de avaliação nas teses de mestrado em AFA	127
Quadro 22	Domínios avaliados pelas escalas nas teses de mestrado em AFA	128
Quadro 23	Populações avaliadas pelas escalas nas teses de mestrado em AFA	129
Quadro 24	Idades das populações avaliadas pelas escalas nas teses de mestrado em AFA	130
Quadro 25	Sexo das populações avaliadas pelas escalas nas teses de mestrado em AFA	131
Quadro 26	Área central das teses de mestrado em AFA que aplicaram escalas de avaliação	132
Quadro 27	Fiabilidade das escalas de avaliação aplicadas nas teses de mestrado em AFA	133
Quadro 28	Adaptação e validação das escalas utilizadas nos mestrados em AFA para a língua portuguesa.	134

Resumo

Com o presente trabalho procuramos estudar os instrumentos de avaliação, utilizados nos mestrados em actividade física adaptada, mais especificamente, definimos como o nosso objectivo principal recolher, pesquisar e organizar as escalas de avaliação adaptadas para a língua portuguesa.

A nossa amostra foi constituída por 52 teses de mestrado em actividade física adaptada realizadas na Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, desde 1997 até 2007.

Para análise da amostra utilizámos como metodologia o preenchimento de uma grelha composta por 28 itens, que têm como propósito descrever detalhadamente cada uma das escalas. Pretendemos que este estudo sirva de suporte para investigações futuras que apliquem escalas de avaliação no âmbito da actividade física adaptada, possibilitando assim a administração deste instrumento de uma forma mais consciente. Contribuindo desta forma, para a obtenção de resultados válidos e fiáveis, que possibilitem ao investigador tomar decisões em relação aos sujeitos avaliados.

Da análise dos dados recolhidos, podemos salientar a escassez de escalas adaptadas culturalmente à população portuguesa e às pessoas com necessidades especiais. Também é importante referir que a maioria dos estudos não revelam a fiabilidade da escala aplicada, o que não permite obter um conhecimento preciso da representatividade e veracidade dos resultados obtidos através da aplicação do instrumento.

PALAVRAS CHAVE: NECESSIDADES ESPECIAIS, ACTIVIDADE FÍSICA ADAPTADA, INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO, ESCALAS DE AVALIAÇÃO.

Abstract

With the present work, we tried study the instruments used in the evaluation of the masters in adapted physical activity, more specifically, we defined as our main objective collect, organize and search the scales of assessment adjusted to the Portuguese language.

Our sample consisted of 52 theses for master's degree in physical activity adapted from 1997 until 2007, at the school of sport at the Porto's University. For the sample's analysis, we used as methodology the fulfilling of the grid comprising 28 items, which have the purpose describe each of the scales assessment of the sample. So we want these study will serve as a support for future investigations to apply scales of assessment under the adapted physical activity, contributing to the possibility of the applying the scales of assessment more conscientiously.

In this way, we can contribute to valid and spinnable results. So the investigator can decide in relation to rated persons.

By the analysis of collected data, we can point out that there are few scales of assessment culturally adapted to the Portuguese population and to the persons with education necessities. It's also important refer that the most studies don't reveal the reliability of the scaled applied what doesn't know the credibility and validity of the results obtained by applying the scale.

KEYWORDS: SPECIAL NEEDS, ADAPTED PHYSICAL ACTIVITY, ASSESSMENT TOOLS AND SCALES.

Abreviaturas

ABS-RC: 2 - *Adaptive Behavior Scale-Residential and Community*

AFA- Actividade Física Adaptada

CARS - *Childhood Autism Rathing Scale*

EDSC - Escala de Distância Social na Classe

MOS - *Medical Outcome Studay*

NE – Necessidades Especiais

NHP - *Nottingham Health Profile*

PSPCSAYC – *Pictorial Scale of Perceived Competence and Social Acceptence in Young Children*

SPPA - *Self perception Profile for Adolescents*

SPPC - *Self- Perception Profile for Children*

S-PSC - *Self- perception Scale for children*

SWLS - *Satisfaction With Life Scale*

TIAQ - *Teacher Integration Attitudes Questionnaire*

WISC-R – *Intelligence Scale for Children - Revised*

I. INTRODUÇÃO

Introdução

Durante um longo período de tempo a sociedade foi tomando diversas atitudes em relação às pessoas com necessidades especiais, essas atitudes passaram desde a exclusão até à integração. Actualmente, assistimos a uma época de inclusão desta população na sociedade.

Do grupo de indivíduos com necessidades especiais, fazem parte as pessoas com deficiência. Em relação à prática desportiva, considera-se um indivíduo deficiente, todo aquele que apresenta uma incapacidade que o torna inapto para se dedicar à actividade desportiva em condições normais (Potter, 1987). Assim a actividade física adaptada congrega todas as formas de participação desportiva, independentemente das limitações do indivíduo que as pratique (Marques, Castro & Silva, 2001).

O acto de avaliar está presente em vários momentos da vida do Homem, os resultados da avaliação permitem atribuir conceitos, níveis, estabelecer estágios evolutivos e propor recomendações.

A avaliação depende da escolha de bons métodos e bons procedimentos (Castro, 2005). Existe uma variedade de métodos e procedimentos para avaliar uma mesma capacidade, mas a questão está na selecção do método, que avalia o domínio que o investigador se propõe a analisar e na adaptação e validação desse método para a população avaliada.

Conhecer melhor para actuar consequentemente passa pela escolha adequada do instrumento que nos permite, na prática, esse conhecer melhor, este processo é determinante para um eficaz actuar consequentemente. (Vasconcelos, 2000). A nossa reflexão tem como propósito conhecer melhor os instrumentos de avaliação utilizados nas teses de mestrado do gabinete de actividade física adaptada, especificamente as escalas, para actuar mais eficazmente na avaliação de diferentes domínios em populações com necessidades especiais.

A pertinência deste trabalho deve-se à escassez de instrumentos adaptados e validados para a língua portuguesa utilizados na população com necessidades especiais. Tem como principal objectivo recolher, pesquisar e organizar as escalas de avaliação adaptadas para a língua portuguesa,

utilizadas nos mestrados em actividade física adaptada na Faculdade de Desporto da Universidade do Porto desde 1997 até 2007.

O nosso estudo é composto por nove pontos. No ponto I são apresentados os propósitos da realização do trabalho, com a realização da introdução. O ponto II reporta-se à revisão da literatura, que tem como finalidade conferir sustentabilidade teórica ao nosso estudo. Abordamos numa primeira parte a população com necessidades especiais, fazendo uma análise sobre o conceito e perspectiva histórica e passamos a um enquadramento teórico da actividade física adaptada para a população com necessidades especiais. Expomos numa segunda parte o conceito de avaliação em toda a sua amplitude e generalidade até chegarmos aos instrumentos de avaliação, mais especificamente às escalas. Também Na parte III damos a conhecer qual o objectivo que pretendemos alcançar com a realização do trabalho.

No ponto IV, a metodologia, descrevemos o procedimento utilizado para a recolha dos dados e sua organização. No ponto V apresentamos os resultados da recolha dos dados, através de uma grelha para cada escala de avaliação analisada. No ponto VI fazemos uma reflexão e interpretação do corpus de estudo tentando dar resposta ao objectivo formulado.

As principais conclusões constituem o ponto VII, que tem como propósito expor as considerações finais mais relevantes do nosso estudo.

O ponto VIII, ficou reservado para as referências bibliográficas utilizadas e o ponto IX é composto pelos anexos do estudo.

II. REVISÃO DA LITERATURA

1. População com Necessidades Especiais

1.1. Perspectiva histórica

A sociedade foi tomando diversas atitudes em relação às pessoas com deficiência. Deste modo existe uma variedade terminológica para aqueles que se desviam da média (deficientes, excepcionais, inadaptados, diferentes, com necessidades especiais (NE)).

A pessoa considerada "diferente" sempre foi colocada à margem da sociedade, pois a diferença geralmente é difícil de aceitar. Tudo o que foge à norma à média é considerado diferente, "especial". As pessoas com deficiência, fazendo parte do grupo especial, à margem do grupo dito normal, foram encaradas de diferentes formas pela sociedade. Na Idade Média eram considerados seres possuídos pelo demónio, no século XVII produto de transgressões morais e nos séculos XVIII e XIX loucos e criminosos (Castro, 2005).

Houve quem se aproveitasse das pessoas com NE, outros temiam-nas e havia ainda quem as aniquilasse como se tratasse de uma doença contagiosa.

Segundo Kirk e Gallagher (1979), podemos considerar quatro grandes períodos de desenvolvimento das atitudes em relação à população com NE. Na antiguidade clássica, viveu-se o período de separação, a pessoa com deficiência era vista com superstição e malignidade. Nesta época o conhecimento centrava-se no pensamento mágico e religioso. Posteriormente o sentimento de horror em relação à deficiência foi dando lugar ao sentimento de caridade, o qual corresponde ao início do segundo período intitulado de protecção. Esta concepção deveu-se, em parte, ao desenvolvimento das religiões monoteístas que tinham como princípios a caridade e o amor pelo próximo, assim as pessoas com deficiência eram internadas em asilos com o intuito de caridade. Mais tarde começaram a surgir as primeiras tentativas ao nível da educação. No Renascimento, devido à falta de mão-de-obra acredita-se na possibilidade de ensinar crianças com NE a realizarem determinadas tarefas, tornando-as úteis para a sociedade, surge o terceiro período de emancipação. É nesta fase de optimismo que nasce o quarto período, ou seja, a etapa da integração. O conceito de integração, já defendido por alguns

autores nos finais do século XIX, é finalmente posto em prática em pleno século XX. Este confere à pessoa com deficiência as mesmas condições de realização e de aprendizagem sócio-cultural dos seus semelhantes, independentemente das limitações ou dificuldades que manifesta.

Com os conceitos de integração e normalização inicia-se uma crescente tomada de consciência sobre as capacidades das pessoas com NE. Normalização é um objectivo e a integração cultural e social, um meio para o alcançar (Niza, 1996).

Normalização não significa tornar "normal" a pessoa com NE, mas sim criar-lhe condições de vida idênticas aos indivíduos ditos normais e reconhecer os mesmos direitos, ao aceitar a pessoa com NE tal como ela é no sentido da integração.

Da integração à inclusão, estes dois conceitos têm significados distintos. A integração consiste na modificação da pessoa com necessidades especiais para conviver na sociedade, estando apta a satisfazer os padrões aceites nos meios familiar, escolar, profissional, recreativo e ambiental. Enquanto a inclusão implica modificação da sociedade para acolher todas as pessoas independentemente das suas necessidades comuns ou especiais de forma que busquem o seu desenvolvimento e exerçam a sua cidadania (Niza, 1996). Deste modo a inclusão veio substituir a integração, embora ainda seja difícil falar de inclusão numa sociedade que estigmatiza e continua a criar imagens estereotipadas.

Em Portugal com a proclamação da Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (Leinº9/89), entrou em vigor um conjunto de acções de prevenção, de reabilitação médico-funcional, de educação especial de reabilitação psico-social, de acessibilidade, de desporto, de recreação, entre outras, que visam favorecer a autonomia da pessoa com NE. Assim a reabilitação passou a ser encarada como um processo que visa a integração total da pessoa com deficiência, e deixou de ter o seu significado restrito de tornar a pessoa capaz de voltar a realizar uma tarefa (Marques et al., 2001).

Como realidade social, a inclusão é da responsabilidade de cada um de nós e não somente das políticas públicas. Cada membro da sociedade deve contribuir para as mudanças, para a eliminação de comportamentos

discriminatórios, estigmatizantes e opressivos, impostos historicamente pela sociedade (Torres, 2006).

1.2. Definição e caracterização

Nenhuma pessoa é exactamente igual a outra. Cada pessoa pode ser física, emocional ou intelectualmente diferente. Cada pessoa é especial (Bowers & Kleisius, 1991). Apesar de o autor considerar que todas as pessoas são especiais, existe um grupo, com características que se desviam da média (do grupo dito “normal”) e que são chamados de população com NE.

Da população com NE faz parte um número alargado de indivíduos, que dadas as suas características muito próprias, diferem da norma, ao apresentarem limitações mais ou menos acentuadas, de natureza congénita ou adquirida, podendo ser permanentes ou temporárias (Unesco, 1994).

Para Sherril (1997), a população com NE é constituída por uma grande variedade de grupos, indivíduos obesos, hipertensos, diabéticos, asmáticos e por indivíduos com deficiência. Esta deficiência pode ser sensorial, física, motora ou de natureza comportamental.

Potter (1987) apresenta três grandes categorias para as pessoas com deficiência: mentais, atrasados e doentes; físicos, de origem cerebral ou traumática; fisiológicos, perturbações cardíacas, diabéticas, epitéticas, entre outras.

O conceito de deficiência corresponde a uma perda ou alteração de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatómica (Conselho da Europa, 1994). Assim o termo “deficiência” é atribuído a qualquer redução das aptidões físicas ou mentais.

A Organização Mundial de Saúde (1989) define os conceitos de deficiência, incapacidade e desvantagem da seguinte forma:

Deficiência diz respeito a uma anormalidade da estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatómica. Inclui a ocorrência de uma anomalia, defeito ou perda de um membro, ou qualquer outra estrutura do corpo, inclusive das funções mentais. Representa a exteriorização patológica, reflectindo um distúrbio orgânico, uma perturbação do órgão.

Incapacidade é uma restrição, uma redução parcial ou total, resultante de uma deficiência, da capacidade de exercer uma actividade, de uma forma ou dentro dos limites considerados normais para o ser humano.

Desvantagem (*handicap*) constitui um prejuízo para o indivíduo, resultante de uma deficiência ou de uma incapacidade que o limita ou impede de realizar uma função considerada normal em relação à idade sexo e factores sócio-culturais. A desvantagem depende da relação da pessoa com o seu meio. Implica uma perda ou limitação das possibilidades de participar em pé de igualdade com os outros indivíduos na vida comunitária.

Seguindo a mesma linha de raciocínio, a pessoa com NE tem que se enquadrar, em pelo menos, um dos conceitos anteriores. Apenas indivíduos com uma deficiência, uma incapacidade ou uma desvantagem em relação à população dita normal são considerados pessoas com NE.

2. Actividade Física Adaptada

Em relação à prática desportiva, considera-se um indivíduo deficiente, todo aquele que apresenta uma incapacidade ou deformação de carácter definitivo ou de grande duração, a qual afecta as suas capacidades físicas, mentais ou fisiológicas, convertendo-o num indivíduo inapto para se dedicar à actividade desportiva em condições normais (Potter, 1987).

A actividade física adaptada (AFA) congrega todas as formas de participação desportiva de um qualquer indivíduo, mesmo com fortes limitações da capacidade de movimento, e seja qual for o objectivo dessa actividade, educativo, recreativo, competitivo ou terapêutico (Marques et al., 2001).

Segundo o Conselho da Europa (1994) as pessoas com NE não representam um grupo uniforme de indivíduos com a mesma necessidade de apoio. De acordo com esta afirmação, Potter (1987) refere que cada tipo de perturbação compreende uma necessidade de adaptação e de doseamento da actividade desportiva em função do nível de afectação. Assim graças a uma metodologia especial, ao material adaptado e a uma técnica adequada a pessoa com NE poderá praticar uma actividade desportiva.

Os indivíduos com NE fazem parte de uma minoria na sociedade, o que constitui uma limitação para participarem activamente nesta. O desporto

fazendo parte integrante da sociedade é uma forma, um veículo, para transportar as pessoas com NE para fazerem parte integrante da sociedade (DePauw & Gavron, 2005).

Os mesmos autores consideram que as barreiras para a participação das pessoas com NE no mundo desportivo devem-se em parte aos estereótipos criados pela sociedade em relação ao desporto e ao conceito de atleta. A percepção inicial das pessoas com NE era de que eram frágeis e ineficazes fisicamente. Como nos dizia Pierre de Coubertin, o desporto era para os mais fortes, velozes e que saltassem mais alto, assim era difícil aceitar e incluir os que eram considerados frágeis fisicamente neste grupo e no universo desportivo.

Nas décadas de 60 e 70 a sociedade começa-se a preocupar com a inclusão das pessoas com NE e com os seus direitos na sociedade. Cria-se legislação para a igualdade de oportunidades na educação física, na actividade física recreativa e na actividade desportiva. Em Portugal, é proclamada a lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (Leinº9/89) que engloba um conjunto de acções de prevenção, reabilitação, de educação especial de acessibilidade, de cultura, de desporto, de recreação, entre outras que visam favorecer a autonomia da pessoa com NE.

Assim a participação das pessoas com NE na AFA começa a aumentar lentamente e as atitudes em relação aos desportistas e à definição de desporto também. O desporto adaptado está a tornar-se uma componente legítima do desporto (DePauw & Garvon, 2005).

Actualmente o desporto adaptado é reconhecido mundialmente, tem competições internacionais conceituadas como os Jogos Paralimpicos ou os *Special Olympics International*.

Os Jogos Paralimpicos constituem uma poderosa demonstração de vitalidade e da realização das pessoas com NE para o mundo inteiro (Blauwet et al., 2005). Deste modo a AFA começa a ser reconhecida e aceite pela sociedade como parte integrante do desporto em toda a sua amplitude.

Hoje em dia, as principais barreiras para a participação das pessoas com NE no desporto adaptado são a dificuldade de acesso ao equipamento

desportivo e o custo elevado do mesmo, a falta de treinadores e por vezes, a falta de conhecimento adequado destes (DePauw & Garvon, 2005).

3. Avaliação

A avaliação é um processo de tomada de decisões que estabelece um julgamento de valor acerca da qualidade do que se mediu. A avaliação significa comparação e, deste modo, é necessária uma perspectiva de referência (Morrow, 1995). Para que os dados obtidos através da avaliação tenham utilidade, eles precisam ser comparados a normas, a padrões de referência e, deste modo verificar se fazem parte da média ou se se desviam desta. A medida é o processo específico da avaliação para expressar o grau em que determinado atributo ou propriedade descreve uma pessoa ou objecto. Através do processo de medir é possível ordenar de acordo com a pontuação obtida em relação a uma medida standard, de referência (Guion, 1998).

Para ter um conhecimento do mundo através da avaliação e das medições é necessário pressupor dois aspectos: que as medições são propensas a erros e que a realidade tem a estrutura que lhe atribuem (Kyburg, 1992). Logo, os resultados obtidos por uma avaliação não podem ser tidos como a única verdade, é necessária uma visão ampla do sujeito avaliado, para que a estrutura que lhe é atribuída seja a mais próxima da realidade.

Tradicionalmente, a avaliação traduzia-se numa classificação que representava a posição do aluno face a um grupo-padrão. A ideia de aluno ideal encontrava-se subjacente, sendo a partir dela que as aprendizagens eram referenciadas, assim como os conhecimentos a adquirir. Com as novas concepções de avaliação, a avaliação referenciada à norma perde interesse, privilegiando-se uma avaliação referenciada ao critério e ao indivíduo, utilizando instrumentos específicos, construídos em função dos objectivos e focados em indicadores concretos (Fernandes, 1993).

Segundo Salvia e Ysseldyke (1991), na avaliação a recolha de dados tem dois propósitos, o primeiro é o uso dos dados para esclarecer e verificar adaptações e desenvolvimentos, comportamentais, físicos ou sociais, o segundo prende-se com o fornecimento de resultados para facilitar a tomada

de decisões. Pois no acto de avaliar está sempre implícito o juízo de valor e mérito dos resultados obtidos (Morrow, Jackson, Disch & Mood, 2000).

A qualidade das inferências e das decisões tomadas após os resultados das avaliações depende directamente da qualidade científica das medidas utilizadas nos instrumentos de avaliação (Bond & Fox, 2001).

Qualquer declaração avaliativa tem que introduzir os conceitos de mérito ou qualidade. Para avaliar, o investigador deve ter uma perspectiva de referência, que pode ser normativa ou criterial. Na avaliação referenciada à norma o sujeito avaliado é comparado com outro sujeito, enquanto na avaliação referenciada ao critério os resultados do mesmo sujeito são avaliados e analisados em diferentes momentos, a avaliação pode ser formativa durante intervalos do programa, ou sumativa, os valores iniciais são comparados com os valores obtidos no final do programa (Morrow, Jackson, Disch & Mood, 2000).

Avaliar é importante para delimitar a performance inicial e para acompanhar possíveis progressos, mas também tem um valor fundamental no estabelecimento de estágios evolutivos e no campo das recomendações (Pitanga, 2005). Deste modo, a avaliação é fundamental, pois permite inferir acerca das competências futuras do sujeito avaliado e assim é possível fazer um acompanhamento consciente e adequado ao sujeito em questão.

O processo de avaliação deve considerar cinco passos: a determinação do objectivo da avaliação, a selecção dos instrumentos adequados de medida, a colecta e tratamento dos dados, a interpretação dos dados e a elaboração de um relato dos resultados (Burton & Miler, 1998). Assim a avaliação não pode ser considerada um acto isolado, mas sim, um conjunto de passos até se obterem os resultados que permitem ao investigador inferir e tomar decisões em relação ao sujeito avaliado.

Visto que as pessoas têm características diferentes não podem ser tratadas de forma igual. A escola actual tem de ser multicultural e intercultural, com a preocupação de integrar todos os alunos, mediante uma visão que Fernandes (1993) denomina de positiva. Deste modo, é necessário utilizar mecanismos de diferenciação da avaliação para grupos claramente diferenciados. Tendo em conta a visão de Fernandes, a avaliação deve

adaptar-se ao sujeito e considerar as suas diferenças culturais, físicas intelectuais, entre outras.

A avaliação pode ser centrada no produto ou no processo, na primeira os instrumentos da avaliação são construídos com uma lógica de passa ou falha, a vantagem deste tipo de avaliação reside na velocidade de recolha de dados. A avaliação centrada no processo é mais eficaz para verificar o efeito de determinada estratégia ao longo de um determinado período de tempo, em contrapartida exige a utilização de instrumentos sofisticados, observadores com competências para analisar os dados, e consequentemente um dispêndio elevado de tempo.

Aceitar a subjectividade em avaliação é condição para uma melhor aproximação da realidade. É a forma mais eficaz de tentar controlá-la, evitando a ilusão de que a objectividade é possível e que o sujeito é aquilo que o instrumento mede (Ferraz et al,, 1994).

A chave para o sucesso da avaliação reside na habilidade do investigador em observar. O investigador deve ser capaz de filtrar todos os comportamentos que possam ser observados para se concentrar apenas nos que são relevantes para o processo (Stufflebeam, 2000).

Observar consiste num processo que inclui a atenção voluntária e a inteligência, orientada para um objectivo final ou organizado e dirigido sobre um objecto para dele recolher informações (Dama & DeKetele, 1985).

A observação do comportamento está presente na avaliação. A capacidade de observar o comportamento do sujeito é uma das ferramentas mais importantes que possui um investigador. Para que os comportamentos observados sejam válidos e para irem de encontro ao que o instrumento pretende avaliar, o observador deve seguir directrizes gerais, regras específicas e técnicas de interpretação dos comportamentos observados e dos dados recolhidos (Stufflebeam, 2000). Como nos refere o autor, qualquer processo de avaliação tem que obedecer a regras e normas para que os seus resultados sejam considerados válidos e úteis para a investigação.

O avanço das Ciências Sociais e Humanas veio desocultar a fragilidade dos instrumentos de avaliação, pois se é verdade que tudo o que existe numa certa quantidade se pode medir, é verdade também que o que se passa no interior de cada um não pode ser medido por um observador exterior. Daí

resulta o confronto entre os que, no desejo de tudo objectivar defendem os métodos quantitativos e os outros que, preferindo olhar o indivíduo na situação e descrevê-lo a partir dos dados colhidos na observação directa optam pelos métodos qualitativos (Ferraz et al., 1994).

Seguindo a linha de pensamento anterior o observador/avaliador não pode permitir que crenças e valores tenham impacto ou influenciem a interpretação das pontuações de quem está a ser observado/avaliado. A observação apenas descreve factos e acontecimentos relacionados com as acções que podem ser vistas por outros, o observador/avaliador não pode identificar emoções nem interpretar as causas dos eventos tentando preencher os espaços em branco para adivinhar a informação em falta (Stufflebeam, 2000).

A avaliação em AFA iniciou-se nos anos 50 e tem evoluído nos seus conceitos, teorias e modelos. O conceito de avaliação tem-se tornado mais multifacetado, para dar resposta a todo o tipo de populações, tendo sempre em consideração as suas diferenças e NE (Sherrill, 1988).

A avaliação é como um *puzzle* que exige que se encaixem todas as peças em conjunto para apresentar uma imagem fiel das capacidades e funcionamento global do sujeito avaliado (Horvat, Martin& Kelly, 2007).

3.1. Instrumentos de Avaliação

Instrumento de avaliação é o recurso utilizado para medir, comparar e avaliar características ou competências de determinado grupo ou sujeito.

Meirieu (1987) distingue, em qualquer instrumento de avaliação, quatro elementos: o suporte, a estrutura, os materiais e a situação social.

O suporte do instrumento pode ser a escrita, a oralidade, o desenho, a expressão corporal, tendo cada sujeito preferências diferentes relativamente a estas formas de comunicação. É importante escolher o suporte do instrumento de avaliação tendo em conta a população a que se destina a sua aplicação. Pois a forma como o sujeito comunica deve influenciar a escolha do suporte, por exemplo, antes de o investigador optar pela oralidade deve ter conhecimento se o sujeito avaliado não tem dificuldades em pronunciar palavras correctamente, podendo causar um discurso inteligível ou mal

enunciado, devido em alguns casos a lesões cerebrais ou a outros factores que afectam a fala. Sujeitos com esquizofrenia, ou grave depressão, muitas vezes não falam em situações sociais ou de grande tensão, deste modo não seria possível utilizar como suporte do instrumento a oralidade.

Outro aspecto a ter em conta para a escolha do suporte é o grau de habilitações literárias do sujeito avaliado, ou a existência de incapacidades físicas que não permitam ao sujeito preencher um instrumento de forma autónoma, tendo assim que se optar por um suporte que não seja a escrita.

Dentro de cada suporte podem existir diferentes estruturas, por exemplo no suporte da escrita pode-se pedir ao sujeito que complete, resuma ou reconstitua algum elemento.

Os materiais que integram o instrumento de avaliação podem provocar no sujeito inibição ou rejeição, se por exemplo tiverem que utilizar objectos que não manipulem com facilidade. Bloqueios afectivos podem também surgir se forem objectos conotados socialmente (Fernandes, 1994).

O contexto em que o instrumento é aplicado pode influenciar o desempenho do sujeito avaliado. O ideal seria construir um instrumento de avaliação para cada sujeito, esta ideia é completamente utópica, mas faz-nos reflectir na importância da diversificação dos instrumentos.

Quanto mais consciente e intencional for a observação e a selecção de informações pertinentes mais eficaz será o instrumento de avaliação para o observador (Telmo, Santos, Fernandes & Madeira, 1990).

Para além da heterogeneidade de populações, também está presente a subjectividade da análise de diferentes observadores, deste modo, a mesma resposta analisada por avaliadores diferentes pode ter interpretações diversas que resultam, por vezes, em avaliações divergentes.

Por mais rigor que os investigadores queiram dar aos instrumentos de avaliação a subjectividade está inevitavelmente presente, na escolha que se faz dos itens, no modo que se apresentam e na linguagem que se utiliza.

Os domínios avaliados pelos instrumentos podem ser agrupados em três áreas de comportamento: afectivo, cognitivo e psicomotor (Miller, 1998; Morow et al., 2000). O domínio afectivo envolve os interesses valores, percepções crenças e atitudes emocionais de um indivíduo. O domínio cognitivo está relacionado com a memória, a interpretação e o conhecimento crítico. O

domínio psicomotor é composto por quatro sub domínios: físico (trata da anatomia e estrutura do individuo), motor (trata dos padrões de qualidade do movimento), fitness (refere-se à quantidade de movimento) e o jogo que representa o culminar do desenvolvimento no domínio psicomotor. Já Burlingam e Blaschko (2002) consideram quatro domínios de avaliação, domínio físico, cognitivo, social e emocional.

Existe uma vasta gama de instrumentos para avaliar os diferentes domínios, as diversas competências. O avaliador tem que ser capaz de seleccionar o instrumento mais indicado para cumprir com os objectivos que se propõe, ao realizar determinado estudo. Para que a sua avaliação obtenha resultados fiáveis, relevantes e válidos nos domínios avaliados (Morrow et al., 2000).

Baumgartner e Strong (1997) sugerem um conjunto de técnicas para a investigação da performance humana. Dentro das técnicas de medição referem a utilização dos questionários, das escalas, dos inventários, dos testes e das entrevistas. Podemos então considerar cinco grupos de instrumentos de avaliação: as escalas, os inventários, os testes, as entrevistas e os questionários.

3.2. Fiabilidade e Validade

O primeiro passo para a elaboração de um instrumento de avaliação é definir o que deve ser medido e como deve ser medido. Através da pesquisa exploratória com o objectivo de verificar os tipos de dados que realmente se referem à questão, ou constituem indicadores adequados da medida, bem como a melhor forma de obtê-los. A construção de qualquer instrumento de avaliação seja um questionário, uma escala, um teste, um inventário ou uma entrevista exige cuidados sem os quais não se poderá ter segurança quanto aos seus resultados (Martins, 2006). Deste modo um instrumento para ter sucesso necessita que os seus resultados sejam merecedores de confiança.

Miller (1998) considera que o que determina a qualidade de um instrumento de avaliação é a validade, a fiabilidade, a objectividade e a sua viabilidade administrativa.

A fiabilidade e a validade são dois conceitos fundamentais quando se pensa na qualidade dos resultados obtidos através dos instrumentos de avaliação (Pitanga, 2005; Strand & Wilson, 1995).

Para medir, avaliar ou quantificar o investigador precisará atentar para os critérios de significância e precisão dos instrumentos de medida que irá utilizar: validade e fiabilidade (Martins, 2006). Assim um instrumento para ser útil necessita ser válido e fiável. A fiabilidade diz respeito à consistência ou estabilidade de uma medida, enquanto a validade diz respeito à sua veracidade. Nem todo o instrumento de avaliação que apresenta fiabilidade tem validade, mas todo aquele que tem validade também apresenta fiabilidade.

O critério de validade determina a capacidade do instrumento em medir de facto o que se propõe a medir. Medidas válidas são representações precisas da característica que se pretende medir. A validade permite suportar a pesquisa de inferências (Baumgartner & Jackson, 1995).

Fiabilidade significa precisão do método de medição, traduz a confiança que a medida inspira. Pode ser averiguada através da análise da consistência ou estabilidade do método. Um instrumento de avaliação fiável não deve produzir resultados significativamente diferentes, se for repetido pelo mesmo indivíduo.

Em relação às medidas do universo social a instabilidade dos fenómenos e factos observados dificultam a construção de instrumentos e a sua aferição, pois as continuas modificações do ambiente tornam difícil a determinação da constância das medidas, ou seja, dificultam a obtenção de um elevado grau de fiabilidade (Martins, 2006).

Miller (1998) aponta quatro factores que afectam a fiabilidade de um instrumento: o método de pontuação, a heterogeneidade do grupo avaliado, a duração da aplicação do instrumento e os procedimentos de administração do instrumento. Assim para obter resultados fiáveis e merecedores de credibilidade é necessário controlar estes factores.

Para Martins (2006), o problema básico na aferição dos resultados de qualquer mensuração é o de definir o que deve ser considerado como diferenças reais na característica medida, e o que deve ser considerado como variações devidas a erros de mensuração. Deste modo, o investigador deve

procurar ser o mais preciso e rigoroso na utilização do instrumento de avaliação, seguindo todas as regras e normas de aplicação.

O desvio padrão, medida de dispersão em torno da média, pode ser um indicador do grau de fiabilidade. Quanto menor o valor do desvio padrão maior será a fiabilidade do instrumento utilizado. Para além do desvio padrão existem outras formas de avaliar a fiabilidade de um instrumento, sendo as mais conhecidas, a técnica do teste-reteste, a técnica de formas equivalentes, a técnica das metades partidas, a fiabilidade a partir de avaliadores e o coeficiente alfa de Cronbach (Martins, 2006).

Na técnica do teste-reteste o instrumento é aplicado a um mesmo grupo de pessoas, depois de um período de tempo entre as aplicações. Se a correlação entre os resultados das duas aplicações é fortemente positiva o instrumento de avaliação pode ser considerado fiável. Quando a variável sob análise apresentar nível intervalar de mensuração, pode-se calcular o coeficiente de correlação linear de Pearson. Para calcular o coeficiente de correlação linear de Pearson é necessário obter duas medidas de cada indivíduo em cada um dos momentos, essas duas medidas deverão ser muito semelhantes, e consequentemente o coeficiente deverá ser elevado acima de 85% para o instrumento ser considerado fiável.

Na técnica de formas equivalentes são administradas duas versões similares em conteúdo, instruções e demais características, a um mesmo grupo de sujeitos dentro de um período relativamente curto. O instrumento é fiável se a correlação entre os resultados das duas apresentações é fortemente positiva, ou seja, os padrões de resposta devem variar pouco entre as aplicações.

A técnica das metades partidas requer uma única aplicação do instrumento de avaliação, o instrumento é dividido em duas metades e as comparações de ambas as partes são comparadas. A comparação é efectuada através do coeficiente de correlação de Pearson. Se o instrumento é fiável a pontuação das duas metades deve estar fortemente relacionada. A fiabilidade calculada através desta técnica é interpretada como indicador de consistência interna.

A fiabilidade também pode ser determinada a partir de avaliadores, em situações de pesquisa, diferentes avaliadores observam comportamentos e fazem medições. Se dois avaliadores observarem o mesmo comportamento, a

partir das mesmas instruções, a fiabilidade do instrumento de observação será dada pelo cálculo do coeficiente linear de Pearson entre os resultados dos dois avaliadores.

O coeficiente alfa de Cronbach necessita de uma única aplicação do instrumento, este produz valores entre 0 e 1, ou entre 0 e 100%. Se o coeficiente for maior que 70%, ou 0,7 diz-se que o instrumento de avaliação é fiável. O coeficiente é calculado através da equação: $\propto = \frac{\mathrm{Np}}{(1+p\,(N-1)}$, onde N representa o número de itens, p representa a média dos coeficientes de correlação linear de Pearson entre os itens.

Para Martins (2006), a validade de um instrumento nunca é absoluta, mas sempre relativa, um instrumento de avaliação não é simplesmente válido, porém pode ser válido para determinado objectivo, não havendo validade em termos gerais. Existem diferentes técnicas de avaliar a validade de um instrumento, tais como, a validade aparente, a validade de conteúdo, a validade de critério e a validade de constructo.

A validade aparente é avaliada por um juiz, ou conjunto de juízes, que examinam o instrumento e decidem se ele mede o que o seu nome sugere. A avaliação da validade aparente é um processo subjectivo, pois refere-se apenas ao facto do instrumento parecer válido, ou não, aos sujeitos.

Na validade de conteúdo é feita uma análise aos conteúdos e variáveis que o instrumento pretende medir. A área de abrangência dos conteúdos deve ser descrita antes, e não depois da construção do instrumento

A validade de critério estabelece a validade de um instrumento comparando-o com algum critério externo. Este critério é um padrão com o qual se julga a validade do instrumento.

A validade de constructo refere-se ao grau em que um instrumento de avaliação relaciona-se consistentemente com outras avaliações semelhantes derivadas da mesma teoria e conceitos que estão a ser medidos.

Quanto mais evidências de validade de conteúdo, validade de critério e validade de constructo de um instrumento de avaliação, maiores são as evidências que de facto o instrumento está a medir o que se propõe a medir (Martins, 2006).

A estatística multivariada da análise factorial é considerada como imprescindível para que se possa concluir efectivamente no sentido da validade e fiabilidade de um instrumento psicológico. Actualmente torna-se necessário recorrer à análise factorial exploratória ou confirmatória para analisar a validade de um instrumento de avaliação psicológico (Fonseca & Fox, 2002). A análise factorial exploratória é utilizada para explorar um conjunto de dados, e determinar o número e natureza dos factores que contribuem para a co-variância entre as variáveis investigadas, quando o investigador não possui ainda suficientes evidências no sentido da elaboração de uma hipótese, enquanto a análise factorial confirmatória é utilizada quando antecipadamente é possível elaborar essa hipótese com alguma segurança. Assim a análise factorial exploratória está associada à fase de desenvolvimento de um instrumento e a análise factorial confirmatória está associada à fase de determinação da validade do instrumento de avaliação.

Na escolha do instrumento de avaliação o investigador deve ter em consideração quatro critérios: a economia monetária e de tempo gasto na aplicação do instrumento; a fiabilidade do instrumento; a viabilidade de aplicação do instrumento e o propósito para a aplicação do instrumento (Winnick, 1990).

3.3. Instrumentos de Avaliação e População com NE

São reconhecidas as dificuldades na recolha de dados em populações com NE, principalmente quando o grau de afectação dos vários domínios é maior (Corredeira, 2008).

Existem diferentes instrumentos de avaliação, com diversos tipos de padrões que podem ser utilizados na actividade desportiva adapta. Cada instrumento tem pontos fortes e fracos, os investigadores devem estar conscientes das características específicas de cada instrumento para escolher o que melhor se adapta à população que será avaliada (Winnick, 1990). O mesmo autor refere que as forças e as fraquezas dizem respeito às normas associada ao instrumento, que podem ser referenciadas ao conteúdo ou ao critério.

Simon (1991) considera que a maioria dos instrumentos de avaliação não estão adaptados à população com NE. Refere também, que a avaliação desta população evidencia problemas devido à inadequação dos instrumentos, o que varia conforme a natureza da deficiência.

Na área de intervenção precoce existem inúmeros instrumentos de avaliação, porém nenhum deles se revela ideal para crianças com NE (Fonseca, 1990).

Uma das grandes críticas feitas, quando se estuda populações com NE, é de que a avaliação é feita através de instrumentos que foram validados para populações ditas normais, o que pode induzir a erros de avaliação. Realçando cada vez mais a importância de procurar instrumentos apropriados e adaptados à população em questão e à cultura em que está inserida (SImon, 1991; Castro, 2005).

A escassez de instrumentos de medição adaptados à população com NE enfatizam a necessidade de mais investigação nesta área de conhecimento (Corredeira, 2008).

4. Escalas de Avaliação

A avaliação sem o uso de instrumentos é muito imprecisa. Isso tornou-se mais claro nos anos sessenta, quando as avaliações psiquiátricas foram mais questionadas. Nessa época surgem as primeiras escalas de avaliação em psiquiatria, como a escala de Hamilton para a depressão e a escala de auto-avaliação de Beck (Rohlfs, Carvalho, Rotta & Jornada, 2004).

A escala é um instrumento utilizado para fazer uma medição específica. A avaliação consiste na interpretação do resultado obtido a partir da aplicação da escala de avaliação e da realização de um julgamento (Miller, 1998).

Para Rohlfs et al,.(2004), as escalas de avaliação proporcionam um método de quantificar aspectos psicológicos, comportamentais e de relacionamento interpessoal com a sociedade..

Existem diferentes razões para a aplicação de uma escala de avaliação, tais como, realizar diagnósticos, classificar, verificar se os objectivos de um programa são alcançados, inferir acerca de performances futuras (Miller, 1998).

O primeiro passo para desenvolver uma escala deve ser determinar as características e as necessidades dos indivíduos que vão ser avaliados. Para tal é necessário delinear sucintamente as características da população a ser avaliada, fazer um esboço de quaisquer NE dos sujeitos avaliados e verificar se se trata de uma população heterogenia ou homogénea. Sem saber o básico da demografia e das características da população - alvo, tais como, a idade, o sexo, o nível de escolaridade, o nível funcional, é impossível desenvolver uma escala que produza informação fiável (Stufflebeam, 2000).

O vocabulário da escala deve ser adequado, deve garantir a facilidade de leitura, evitar o levantamento de dúvidas, cada item deve ser claro e ter uma intenção, incluir uma variedade de respostas adequadas e evitar respostas com carácter aberto que podem afectar negativamente as taxas de resposta e comprometer a validade da escala. O uso de abreviaturas e siglas pode ser uma fonte significativa de erros, diminuindo a fiabilidade das respostas. A estrutura das frases em cada item deve ser de fácil compreensão, evitando frases complexas e palavras ambíguas (Viana, 2008). Assim a escala deve ser agradável e fácil de acompanhar durante todo o fluxo para suscitar o mínimo de dúvidas possíveis ao sujeito avaliada.

Deve ser explicado o propósito da escala, indicar as razões pelas quais o participante está a ser solicitado e confirmar a confidencialidade das respostas (Stufflebeam, 2000). A confidencialidade constitui um factor importante, pois garante ao sujeito avaliado que os seus resultados não serão divulgados juntamente com a sua identidade, diminuindo assim o risco do sujeito dar respostas que considera socialmente aceites.

Antes de realizar o estudo na população – alvo, o investigador deve recolher um grupo menor, similar ao que fará parte do estudo e preencher a escala realizando um estudo-piloto. O grupo piloto irá dar o seu *feedback* sobre a forma como foi preencher a escala e podem ser feitos ajustes tendo em conta esses *feedbacks*, após a realização do estudo piloto é determinada a validade e a fiabilidade do instrumento, desenvolvem-se normas e valores que devem ser cumpridos na aplicação da escala, quando todos estes procedimentos forem cumpridos a escala de avaliação está apta a ser utilizada na população em que foi validada (figura 1).

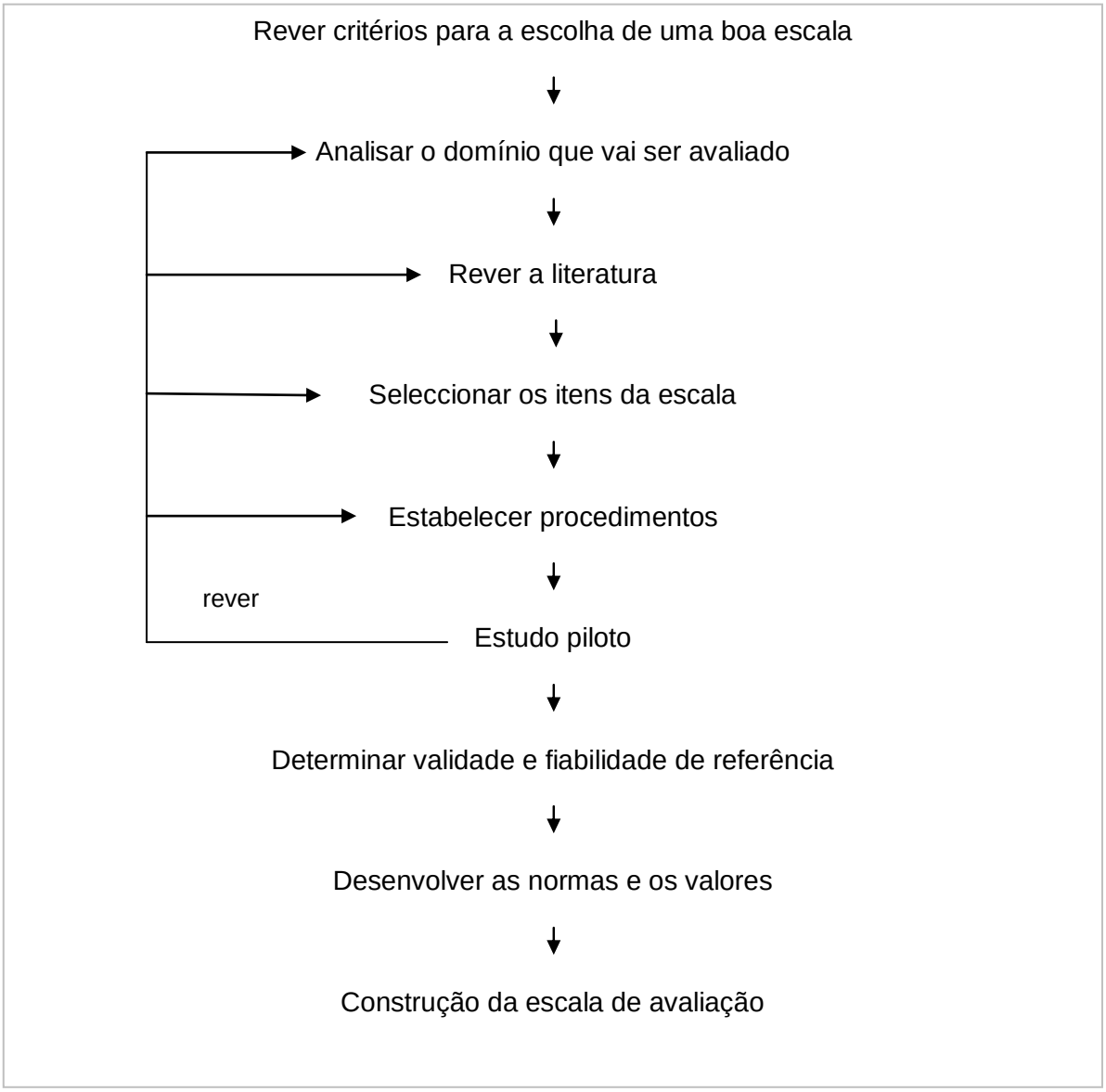

Figura 1 - Fluxograma para a construção de uma escala de avaliação.

Adaptada Morrow et al., 2000

Como podemos observar na figura 1, a construção de uma escala de avaliação passa por diferentes estágios, até chegar à sua forma final. Este processo de construção da escala pode se dividido em duas grandes partes: primeira antes do estudo–piloto, onde a escala é pensada em função do domínio que pretende avaliar e em função da população a que se destina; a segunda parte, após o estudo-piloto, esta fase tem como objectivo aferir todos os pontos estabelecidos na fase anterior e termina com a construção da escala de avaliação.

4.1. Adaptação Cultural

É difícil definir constructos subjectivos influenciados por características temporais (de época) e culturais. Assim desenvolver instrumentos, por exemplo, para avaliar a qualidade de vida psicométricamente válidos é um grande desafio (Almeida, 2000). Pois o envolvimento do sujeito avaliado influencia os resultados obtidos através da escala de avaliação, assim sendo uma escala validada numa determinada população não pode ser aplicada indiscriminadamente a uma outra população com um outro envolvimento com uma outra cultura.

A utilização de escalas, validadas dentro de padrões reconhecidos cientificamente, têm crescido, porém sabe-se que existem instrumentos que foram criados num país e nem sempre passaram por uma adaptação cultural para serem utilizados noutro país, sendo simplesmente traduzidos (Viana, 2008). Almeida (2000) refere que a maioria das escalas foram criadas e desenvolvidas nos Estados Unidos e na Europa, o que torna o seu uso transcultural questionável.

A adaptação cultural de uma medida, a fim de ser utilizada num país diferente para o qual a escala foi criada, requer uma metodologia específica para que essa escala seja válida num país diferente ao qual foi validada. Não basta realizar um trabalho de tradução, mas a escala deve ser adaptada culturalmente para que mantenha a sua validade de conteúdo na nova língua e na nova população (Viana, 2008).

Quando um profissional pretende traduzir e utilizar um instrumento de avaliação, em primeiro lugar tem que realizar um acordo com o proprietário dos direitos de autor do instrumento. A segunda consideração é garantir que a tradução permanece fiel às palavras e ao significado original do instrumento (Stufflemean, 2000).

A adaptação cultural de uma escala deve passar por cinco estágios: estágio um, tradução inicial, com a produção de duas traduções da escala; estágio dois, síntese das duas traduções; estágio três, realização de uma retro-tradução; estágio quatro, revisão do comité de especialistas e estágio cinco, teste da versão pré-final da escala (Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz, 2002).

Seguindo as recomendações dos autores para a realização de uma adaptação cultural, devem ser realizadas duas traduções por tradutores independentes, nascidos no país onde a escala será validada e ter domínio do idioma nativo e do original da escala, um que conheça a temática da escala e outro que não a conheça. As traduções são comparadas e as discrepâncias devem ser resolvidas consultando os próprios tradutores. Após a comparação das duas traduções, uma terceira pessoa deve compor uma versão final sintetizada das duas versões, acompanhada de um relatório detalhado com a descrição de todas as discrepâncias e como foram resolvidas. Dois tradutores nascidos e alfabetizados no país da língua original da escala, com domínio linguístico e cultural do idioma original devem traduzir a escala sintetizada novamente para o idioma original. É formado um comité de especialistas para alcançar a equivalência cultural da escala traduzida. Este comité deve ser composto por especialistas bilingues, estes deverão receber todas as versões da escala a ser adaptada, as instruções de aplicação e a forma como são calculadas as pontuações. Nesta fase de adaptação o comité tem que avaliar a equivalência semântica e idiomática, que corresponde ao significado das palavras e ao uso de expressões nos respectivos idiomas, a equivalência conceitual analisando a coerência dos itens aos seus respectivos grupos e equivalência cultural, as situações apresentadas na escala devem corresponder às vivenciadas no contexto da cultura a que a escala é adaptada. O último passo para a adaptação da escala é a realização de um pré-teste, que tem como função realizar uma avaliação qualitativa da escala através da presença ou ausência de dúvidas do grupo testado. Caso existam muitas dúvidas quanto á interpretação dos itens da escala, o comité de especialistas deve fazer as alterações necessárias para que a escala se torne mais clara e voltar a realizar um outro pré-teste numa nova amostra. Só assim se pode considerar que foi realizada uma verdadeira tradução da escala original.

III. OBJECTIVO

Objectivo

O presente estudo é um trabalho descritivo que pretende servir de suporte a investigações futuras realizadas no âmbito da AFA.

O objectivo geral deste trabalho consiste em recolher, pesquisar e organizar as escalas de avaliação adaptadas para a língua portuguesa, utilizadas no mestrado em AFA.

IV. MATERIAL E MÉTODOS

1. Caracterização da Amostra

A amostra foi constituída por todas as teses de mestrado que utilizaram instrumentos de avaliação na sua metodologia, realizadas na área de desporto de reeducação e reabilitação, no gabinete de actividade física adaptada na Faculdade de Desporto da Universidade do Porto. Desde 1997 até 2007, sendo no total 52 teses de mestrado (ver anexo I).

Como o nosso estudo é centrado nas escalas de avaliação, da amostra total das 52 teses de mestrado, foram retiradas apenas aquelas que utilizaram escalas de avaliação na sua metodologia, sendo no total 18 escalas de avaliação distribuídas por 16 teses de mestrado, como podemos ver no quadro1.

Quadro 1 - Sistematização das escalas de avaliação utilizados no Mestrado em AFA na Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Ano	Autor da tese	Tema	Escala de avaliação
Tese 1 1998 **Escala A**	Claúdia Maria Pontes Meireles Ferreira de Brito	Proficiência Motora, Desempenho Cognitivo e Académico	Escala Colectiva de Nível Intelectual (ECNI)
Tese 2 1998 **Escala B**	Maria Madalena Carvalhido David	Aquisição dos Comportamentos Adaptativos	ABS-RC:2(1969-1974)ECA-RC:2(Carmo Fernandes e Paulo Gonçalves)
Tese 3 1998 **Escala C**	Maria de Lurdes Morais Moreira	Reabilitação cardíaca e qualidade de vida	*Nottingham Health Profile* (NHP –derivado do SIP – Taveira, 1994)
Tese 4 1998 **Escala D**	Amílcar António Pires	Obtenção de objetivos mínimos em currículos alternativos	Escala de Distância Social na Classe (EDSC – Rut Cunnigham, in Minicucci, 1984)

Tese 5 1998 **Escala E**	Raquel Maria Martins Serrano	Atitudes dos professores e integração escolar	*Teacher Integration Attitudes Questionnaire* (TIAQ, 1997) Escala de Atitudes de Sideridis e Chandler (1997)
Tese 6 1999 **Escala F**	Luís Manuel N. S. Cavalheiro	Qualidade de Vida relacionado a saúde e PC	Escala Instrumental e Expressiva do Suporte Social de Ensel e Woefel (1986) Sickness Impact Profile (Bergner, 1976)
Tese 7 2001 **Escala G**	Ricardo Miguel da Silva Lopes Hollerbusch	Interação social e autismo	Versão reduzida das escalas de Cars, 1988 e Portage, 1976 para observação de filmagem
Tese 8 2002 **Escala H**	Maria Aurora de Lima Baptista	Características de talentos psicomotores	WISC-R (Wechsler, 1999) QI
Tese 8 2002 **Escala I**	Maria Aurora de Lima Baptista	Características de talentos psicomotores	*Self-perception Scale for children* S-PSC - (Escala de Competência Percebida, Harter, S. 1985, auto estima global)
Tese 9 2003 **Escala J**	Luís Maximiano Lopes Gouveia	Auto-estima e dificuldade de aprendizagem	*Self-Perception for Children* (SPPC, Harter, S.; adaptado por Alves Martins, Peixoto, Mata e Monteiro, 1995)
Tese 10 2004 **Escala K**	Florbela Ferreira Abrantes	Qualidade de Vida relacionada à saúde e AVC	MOS *short-form Health Survey* SF-36 (Rand corporation e Jonh E.

			Ware, 1990).
Tese 11 2004 **Escala L**	Ana Sofia Veloso Teixeira	Estilo de Vida, Actividade Física, Autopercepções e comportamento alimentar	*Self-perception Profile for Adolescents* (SPPA, Harter, 1988 - Perfil de Autopercepção para adolescentes
Tese 12 2005 **Escala M**	Maria João Carvalheiro Campos	Autopercepções com SD	Escala Pictória da Competência Percebida e aceitação social para crianças com Paralisia Cerebral (Vermeer e Veenhof, 1997; adaptado por Corredeira, 2001, baseado na *Pictorial Scale of Perceived Competence and Social Acceptance in Young Children* (Harter e Pike, 1984 -)
Tese 13 2005 **Escala N**	Lúcia Lurdes Carvalho	Satisfação na Vida e Adolescentes com NEE	*Satisfaction with Life Scale* (SWLS, Diener et al. 1985; validada por Castllo et al. 2004; Neto, 1993)
Tese 14 2005 **Escala O**	Jorge Luís Sousa Esperança	Comportamentos de saúde, Satisfação com a Vida e jovens	*Satisfaction with Life Scale* (SWLS, Diener, Emmons, Larsen e Griffin, 1985; validada por Castllo et al. 2004; Neto, 1993
Tese 15 2005	Carla Maria Mendes Fontes	Comportamento psicomotor de	Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE -

Escala P		mulheres mastectomizadas	Rosenberg, 1965
Tese 16 2006 **Escala Q**	Maria Aureliana Alves Ribeiro Dias	Qualidade de Vida relacionada com a saúde e Satisfação com a Vida	MOS *short-form Health Survey* SF-36 (Rand corporation e Jonh E. Ware, 1990)
Tese 16 2006 **Escala R**	Maria Aureliana Alves Ribeiro Dias	Qualidade de Vida relacionada com a saúde e Satisfação com a Vida	*Satisfaction with Life Scale* (SWLS, Diener et al. 1985; validada por Castllo et al. 2004; Neto, 1993)

Como podemos verificar no quadro 1, existem teses de mestrado que utilizaram mais que uma escala de avaliação na sua metodologia, como é o caso da tese 8, com a escala H e I e o caso da tese 16, com as escalas Q e R.

A cada escala de avaliação foi atribuída uma letra para ser mais fácil compreender a apresentação dos resultados no capítulo seguinte. Assim sendo apesar das escalas K e Q dizerem respeito à mesma escala de avaliação (MOS *short-form Health Survey* SF-36) foi atribuída uma letra diferente, pois cada letra está associada à tese de mestrado de onde foram recolhidos os dados, ou seja, a escala K está associada à tese 10, enquanto que os dados recolhidos da escala D foram retirados da tese 16. O mesmo acontece com a escala (*Satisfaction with Life Scale)*, que foi utilizada em três teses de mestrado, deste modo temos a escala N que diz respeito à tese 13, a escala O que está associada à tese 14 e finalmente a escala R referente à tese 16.

2. Procedimentos Metodológicos

Os dados foram recolhidos através de uma grelha (quadro 2) composta por 28 itens, que têm como propósito descrever a escala estudada. Pretendemos através desta descrição detalhada uma melhor interpretação da escala em estudo e desta forma uma possibilidade de aplicação mais consciente.

A grelha foi construída por um grupo de investigação composto pela Professora Doutora Kátia Borges, do Laboratório do Movimento da Faculdade de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais (Brasil); pela Professora Doutora Adília Silva do Gabinete de AFA da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto e por quatro alunos a frequentarem a Licenciatura em Desporto e Educação Física na opção de Desporto de Reeducação e Reabilitação na Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, respectivamente: Cecília Malheiro, Diana Laneiro, Diana Silva e João Campos. A grelha foi sofrendo alterações ao longo da investigação, chegamos à grelha final composta por 28 itens, que nos pareceu fácil de consultar e apenas contém os dados fundamentais para uma melhor compreensão do instrumento analisado.

Quadro2 - Grelha de recolha dos dados.

Parte I - Informações acerca da escala original	15. Amostra
1. Nome Original da escala	16. Área
2. Histórico	17. Tipo de serviço
3. Currículo resumido dos autores	18. Tempo médio de aplicação
4. Objectivos da escala	19. Fiabilidade da escala do estudo
5. Dimensões avaliadas	20. Serviço e local
6. Fiabilidade da escala original	21. Informações gerais
7. Direitos e distribuição	Parte III – Informações acerca dos procedimentos utilizados na aplicação
8. Adaptação e validação para a língua portuguesa	22. Procedimentos institucionais
Parte II - Informações acerca da escala aplicada no estudo	23. Informações de adaptação
9. Título da tese	24. Procedimentos de esclarecimento
10. País	25. Procedimentos de aplicação
11. Ano	26. Procedimentos estatísticos
12. Realizada por	27. Conclusão
13. Entidades	28. Referências
14. População do estudo	

Ao analisar o quadro 2, podemos observar que a grelha de recolha dos dados foi dividida em três partes. A primeira parte referente a informações acerca da escala original. A segunda parte com informações da escala aplicada no estudo. E finalmente uma terceira parte, que está intimamente relacionada com os procedimentos utilizados na aplicação da escala.

Alguns dos itens da grelha não foram possíveis de preencher devido às informações não terem sido referidas na dissertação.

O procedimento estatístico utilizado foi a análise de frequências.

V. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

1. Grelha de recolha dos dados

No presente estudo os resultados são apresentados através da grelha proposta no capítulo IV material e métodos. As escalas estão ordenadas pelo ano de conclusão da tese de mestrado de onde foram recolhidos os dados (quadro 1). Os dados referentes a cada escala são apresentados do quadro 3 até ao quadro 20.

Quadro 3- Grelha da apresentação dos resultados da Escala A da Tese 1.

Nome original da escala	*Échelle Collective de Niveau Intellectuele* (ECNI).
Histórico	Foi originalmente construída em França por Pierre Benedetto, em 1965. Foi utilizada num inquérito psico-sócio - pedagógico sobre a população escolar francesa de idades compreendidas entre os 6 e os 13 anos completos.
Currículo resumido dos autores	Pierre Benedetto é Professor Emérito da Universidade e presidente honorário da Universidade Montpelier III Paul Valéry. A sua investigação tem-se centrado na formação e escolha profissional dos estudantes, bem como sobre a avaliação dos métodos de investigação na área da educação.
Objectivos da escala	Avaliar o factor geral de inteligência.
Dimensões avaliadas	A escala é composta por quatro cadernos, de diferenciados níveis de exigência, de acordo com os anos de escolaridade para

	que se destinam (no seu conjunto a escala adequa-se às crianças entre o 1º e o 6º ano de escolaridade, ou à faixa etária entre os 6 e os 13 anos). O caderno número quatro adaptado para alunos do 5º e 6º ano é composto por oito sub testes: 1.Séries numéricas; 2.Analogias verbais; 3.Matrizes; 4.Provérbios; 5.Um elemento diferente; 6.Vocabulário; 7.Diferenças; 8.Inclusão em duas classes.
Fiabilidade da escala original	Não referido na dissertação.
Direitos e distribuição	Não referido na dissertação.
Adaptação e validação para a língua portuguesa	Foi aferida para a população portuguesa do Ensino Básico (Miranda 1983). A aferição desta escala (escala colectiva de nível intelectual) à população portuguesa foi realizada com uma amostra de cerca de 3000 sujeitos, estratificada por idade e sexo, nível escolar, residência e meio sócio-cultural, sendo representativa da população escolar do 1º e 2ºciclos do Ensino Básico, e utilizada como uma medida de funcionamento cognitiva.
Título da tese	Proficiência Motora, Desempenho Cognitivo e Académico. Interdependência e Níveis de Prestação.

País	Portugal.
Ano	1998.
Realizada por	Cláudia Maria Pontes Meireles Ferreira de Brito. Orientador: Prof. Doutor Leandro Almeida.
Entidades	Faculdade de Desporto Universidade do Porto Escola de Santa Maria da Feira.
População do estudo	Alunos do 5º ano de escolaridade – não portadores de deficiência.
Amostra	A amostra foi constituída por 300 elementos. 147 do sexo masculino (49%) e 153 do sexo feminino (51%), sendo as médias das idades respectivas 11,0 e 10,8.
Área	Educação.
Tipo de serviço	Público.
Tempo médio de aplicação da escala	A escala foi aplicada entre os meses de Janeiro e Fevereiro. Não foi referido na dissertação quanto tempo em média demora a aplicação da escala.

Fiabilidade da escala do estudo	Não referido na dissertação.
Serviço e local	Escola da cidade de Santa Maria da Feira
Informações gerais	Nenhum elemento da amostra experimentou, anteriormente testes idênticos aos realizados neste trabalho. A nota equivale ao número de itens correctamente respondidos, sem qualquer ponderação do número de erros ou omissões.
Procedimentos gerais	
Procedimentos institucionais	Os encarregados de educação dos alunos foram informados, por escrito, dos objectivos, dos procedimentos gerais e da confidencialidade da investigação, e simultaneamente foi-lhes solicitada autorização para a aplicação das provas aos seus educandos.
Informações de adaptação	A idade dos alunos fornecida em anos e meses foi convertida através de uma tabela de idade decimal. Devido ao número de alunos e ao factor tempo apenas foram utilizadas três das oito provas, séries numéricas, analogias verbais e matrizes. A escolha deveu-se ao facto destas três provas serem aquelas que mais de perto poderiam avaliar o factor geral de inteligência.
Procedimentos de esclarecimento	Os encarregados de educação dos alunos foram informados, por escrito, dos objectivos, dos procedimentos gerais e da confidencialidade da investigação.

	Os alunos foram informados acerca dos objectivos e procedimentos, bem como da confidencialidade no uso dos resultados. Procuraram motivar os alunos para uma realização mais ou menos tranquila dos testes, tentando diminuir alguma ansiedade perante a situação de avaliação.
Procedimentos de aplicação	É uma escala de aplicação colectiva e de apresentação do tipo papel e lápis, sendo os itens de resposta de escolha múltipla (6 opções). O teste cognitivo foi aplicado na sala de aula, pela psicóloga da escola. Houve a preocupação de aplicar o teste numa área livre de barulhos e distracções de forma a não perturbar a concentração dos sujeitos na realização das provas.
Procedimentos estatísticos	A análise estatistica dos resultados, em termos descritivos e inferenciais , foi efectuada através do programa SPSS(versão para Windows).
Conclusão	Os valores mais elevados da média foram alcançados na prova de analogias verbais e os mais baixos na prova de matrizes.
Referências	Brito, C.(1998). *Proficiência Motora, Desempenho Cognitivo e Académico. Interdependência e Níveis de Prestação*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto. Dias, V.; Navio, V.; Ferrão M. (2008) - *Eficácia Escolar no Ensino da Matemática Um Projecto de Investigação*. Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia e Cambio en Educacione,

	Vol. 6 nº1. Consult 13 Abr 2008, disponível em http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2521689

Quadro 4 – Grelha da apresentação dos resultados da Escala B da Tese 2.

Nome original da escala	*Adaptive Behavior Scale-Residential and Community* (ABS-RC: 2).
Histórico	Realizada em 1993 pela Associação Americana para a Deficiência Mental (AADM). A primeira edição da escala de comportamento adaptativo (ABS), foi desenvolvida pelo Adaptive Behavior Project at Parsons State hospital and Training Center, publicada em 1969 pela AAMD. É o produto de uma revisão global das versões anteriores de escalas relativas às pessoas com deficiência mental nos Estados Unidos e em outros países. Os itens do ABS-RC: 2 têm sofrido inúmeras alterações desde a edição 1969, como resultado de intensas análises ao longo do tempo com diferentes grupos no que diz respeito aos níveis do comportamento adaptativo. A escala foi normalizada em mais de 4000 pessoas com deficiência mental espalhadas pelos Estados Unidos, e a sua validade foi evidenciada em numerosos estudos.
Currículo resumido dos autores	Associação Americana para a Deficiência Mental.
Objectivos da escala	Avaliar o comportamento adaptativo.

Dimensões avaliadas	Parte I independência Social (10 domínios do comportamento e 21 sub-domínios): Funcionamento independente Refeição; Utilização da casa de banho; Asseio; Aparência; Cuidado com o vestuário; Vestir e despir; Deslocação; Outros itens relacionados com o funcionamento independente Funcionamento físico Desenvolvimento sensorial; Desenvolvimento motor. Actividade económica Manuseamento de dinheiro e planeamento da sua utilização; Habilidades para comprar. Desenvolvimento da linguagem Expressão; Compreensão verbal; Desenvolvimento da linguagem social. Números e tempo. Actividade doméstica Limpar; Cozinhar; Outras actividades domésticas. Actividade pré-profissional/profissional. Auto-direcção; Iniciativa; Perseverança; Tempo de lazer. Responsabilidade.

	Socialização. Parte II comportamento social (8 domínios) Comportamento social; Conformidade; Honestidade; Comportamento estereotipado e hiperactivo; Comportamento sexual; Comportamento auto-estimulante; Interacção social; Comportamento interpessoal perturbador.
Fiabilidade da escala original	Valor médio 0,97 – o que indica que os resultados do ABS-RC:2 são suficientemente fiáveis.
Direitos e distribuição	Não referido na dissertação.
Adaptação e validação para a língua portuguesa	A escala foi normalizada em mais de 4000 pessoas com deficiência mental espalhadas pelos Estados Unidos, e a sua validade foi evidenciada em numerosos estudos. A escala foi traduzida para português Escala do Comportamento adaptativo, Residencial e Comunitária 2 (ECA-RC:2). Foi traduzida e adaptada por Carmo Fernandes e Paulo Gonçalves do Departamento de Educação Especial e Reabilitação, da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa.
Título da tese	A influência do desporto na aquisição dos comportamentos adaptativos.

País	Portugal.
Ano	1998.
Realizada por	Maria Madalena Carvalhido David. Orientador: Prof. Doutor Urbano Marques
Entidades	Faculdade de Desporto Universidade do Porto. Selecção Nacional de Futebol de 11 (deficiência mental).
População do estudo	Indivíduos com deficiência mental.
Amostra	A amostra foi constituída por 31 indivíduos. 16 praticantes de desporto com carácter federativo, 15 não praticantes de desporto federado. Praticantes de desporto - 16 indivíduos do sexo masculino com idades compreendidas entre os 18 e os 22 anos. Não praticantes de desporto – 15 indivíduos do sexo masculino com idades compreendidas entre os 18 e 22 anos.
Área	Desporto.
Tipo de serviço	Público.
Tempo médio de aplicação da escala	Não referido na dissertação.

Fiabilidade da escala do estudo	As escalas como o ABS- RC:2, para serem consideradas minimamente fiáveis, devem obter coeficientes que se aproximam, ou excedem 0.8 em magnitude. 0,95
Serviço e local	Selecção Portuguesa de Futebol 11, para a deficiência Mental. ANDDEM – Distrito do Porto.
Informações gerais	O ABS-RC:2 está indicado para se usado em indivíduos que se situam entre os 18 e os 79 anos de idade. As avaliações são obtidas através de duas maneiras: o avaliador completa cada item da escala usando os conhecimentos pessoais do indivíduo a ser avaliado; usando o conhecimento de outra pessoa obtido através de uma entrevista. Para usar correctamente a escala, é necessário que uma entrevista seja conduzida por uma pessoa que conheça bem o sujeito a ser avaliado. Se o entrevistado for incapaz de responder a todas as questões, dever-se-á realizar uma entrevista alternativa para obter toda a informação necessária para completar a escala. Se um informante ou avaliador não possuem informação suficiente para completar a escala, terão de entrevistar um informante adiciona ou alternativo acerca da pessoa a ser avaliada. O informante deverá ser um familiar, ou alguém que tenha tido um contacto directo com a pessoa avaliada, durante um longo período de tempo, o suficiente para a conhecer bem, ou seja deve ser aquela que melhor o conhece. O ABS-RC:2 contém 5 tipos de resultados: resultados brutos, percentis, resultados standard de domínio, quocientes de factor e idades equivalentes. A escala foi construída para providenciar uma avaliação

	compreensiva das habilidades das pessoas para lidarem com o seu meio envolvente. A escala consegue-o examinando habilidades numa grande variedade de áreas. A escala pode ser administrada por qualquer pessoa devidamente treinada, que tenha, um conhecimento directo da pessoa avaliada, ou que seja capaz de obter informações por via de um terceiro elemento.
Procedimentos gerais	
Procedimentos institucionais	Foram efectuados os contactos no sentido de se aplicar a escala aos atletas da Selecção Portuguesa de futebol 11, para a Deficiência Mental. Também foram solicitadas entrevistas em Centros de Reabilitação e Escolas Profissionais do Distrito do Porto.
Informações de adaptação	Não referido na dissertação.
Procedimentos de esclarecimento	Não referido na dissertação.
Procedimentos de aplicação	Na aplicação da escala foram seguidas as indicações do manual da própria escala. Inicialmente foi passada com a colaboração de dois professores do ensino regular, como entrevistados e centrando-se na avaliação de alunos não portadores de deficiência. Posteriormente foi aplicada numa secção de desporto adaptado, com a colaboração de um técnico da área, que permitiu a análise de 3 atletas. Todo o trabalho foi acompanhado pelo Dr. Rosário Nogueira da Hora, Licenciada em Psicologia. Foram então, efectuados os contactos no sentido de aplicar a

	escala aos atletas da Selecção Portuguesa de Futebol 11, para a Deficiência Mental. De acordo com o manual foi pedido que a entrevista fosse realizada com a pessoa que mais tempo passa com o utente, e portanto melhor o conhecesse. Em caso de dúvida da resposta, optou-se pele não resposta, ou posteriormente solicitar-se essa mesma informação aos técnicos que melhor pudessem responder aquele item. Todas as entrevistas foram efectuadas pela autora do estudo. Os dados foram registados em fichas próprias para o efeito, e que pertencem à própria escala.
Procedimentos estatísticos	Para proceder ao tratamento estatistico recorreu-se ao teste Kolmogorov-Smirnov (KS) para verificar se a amostra obdece aos padrões normais de distribuição. Utilizou-se o calculo das médias e desvio-padrão. Executou-se o T-teste para verificar se os resultados apresentam diferenças significativas. Foi utilizado o programa estatistico SPSS 6.0.
Conclusão	A importância da prática desportiva, enquanto actividade sistematizada e organizada, nos programas de interacção com pessoas portadoras de deficiência mental, parece influenciar a sua adequabilidade às exigências da integração social. Na realidade, parece constituir um contexto primordial, facilitador do desenvolvimento e promotor de competências relativas à autonomia pessoal e à interacção social.
Referências	David, M. (1998). A Influência do Desporto na Aquisição dos Comportamentos Adaptativos. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

Quadro 5 – Grelha de apresentação dos resultados da Escala C da Tese 3.

Nome original da escala	*Nottingham Health Profile (NHP).*
Histórico	O NHP é um instrumento de medida do estado de saúde geral, derivado do Skiness Impact Profile (SIP) Foi implementado em Inglaterra, por uma equipa do departamento da Comunidade de saúde na Universidade de Nottingham e provou ser uma escala válida, sensível e reprodutiva. È presentemente utilizado em toda a Europa, sendo aplicado a diversos indivíduos com diversas doenças crónicas, inclusive doenças cardíacas.
Currículo resumido dos autores	Equipa do Departamento da Comunidade de Saúde da Universidade de Nottingham.
Objectivos da escala	O NHP é um instrumento de medida do estado de saúde em geral.
Dimensões avaliadas	A primeira parte da escala é composta por 38 itens que contêm expressões que descrevem a experiência do doente relacionada com a saúde e com a doença. Estes itens estão agrupados em seis “dimensões de saúde”: Força muscular; Sensações dolorosas; Reacções emocionais; Comportamento social; Sono;

	Actividade física. A segunda parte da escala NHP apresenta sete aspectos da vida diária que a Equipa de Nottingham achou serem os mais afectados pelo estado de saúde de uma pessoa: Emprego; Cuidar da casa; Vida social; Vida familiar; Vida sexual; Passatempos; Férias.
Fiabilidade da escala original	Não referenciado na dissertação.
Direitos e distribuição	Não referenciado na dissertação.
Adaptação e validação para a língua portuguesa	Em Portugal ainda não está validada, apesar de já ter sido utilizado num estudo de grande impacto realizado pela Comissão de Trabalho de Reabilitação Respiratória da Sociedade Portuguesa de Pneumologia sobre qualidade de vida em doentes com diabetes *mellitus* e doentes com asma brônquica.
Título da tese	Programas de Reabilitação Cardíaca e Qualidade de Vida Em Doentes Coronários.
País	Portugal.
Ano	1998.

Realizada por	Maria de Lurdes Morais Moreira. Orientador: Prof. Doutor Ovídeo Costa. Co-orientador: Prof. Doutor Moura e Castro.
Entidades	Faculdade de Desporto. Universidade do Porto. Centro Hospitalar de Gaia.
População do estudo	Doentes Cardíacos.
Amostra	A amostra foi constituída por 120 indivíduos. Sexo masculino, com idades compreendidas entre os 23 e os 79 anos. Com uma média de idades de 56,9 e um desvio padrão de 7,8.
Área	Saúde.
Tipo de serviço	Público.
Tempo médio de aplicação da escala	Não referido na dissertação.
Fiabilidade da escala do estudo	Não referido na dissertação
Serviço e local	Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Centro Hospitalar de Gaia.

Informações gerais	Na resposta ao questionário o inquirido responde “sim” se o item reflecte o seu estado ou sentimento. Caso contrário responde “Não” a cada item é atribuído um coeficiente de pontuação. As pontuações prováveis variam entre 0 (nenhum problema nessa dimensão) e 100 (máximo de problemas). Assim, a valores elevados corresponde uma percepção de maior gravidade da doença.
Procedimentos gerais	
Procedimentos institucionais	Foi apresentada uma declaração no centro de Reabilitação Cardíaca- pedido de autorização para visitar o serviço. (ver anexo). Foi apresentada uma declaração ao Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia- pedido de autorização para realizar o estudo.
Informações de adaptação	Não referido na dissertação.
Procedimentos de esclarecimento	1ª parte da escala – faz-se a apresentação das razões e objectivos do estudo e ainda as instruções para o seu preenchimento. (O questionário refere alguns problemas encontrados por muitas pessoas no seu dia-a-dia. Leia atentamente este questionário e escolha a resposta sim ou não segundo o seu estado actual. Responda a todas as questões mesmo se não lhe parecerem muito adaptadas ao seu caso. Se hesitar na resposta, opte por aquela que considere a mais conveniente no momento em que está a responder.)

Procedimentos de aplicação	A escala foi enviada pelo correio com uma carta - resposta para facilitar o envio da escala preenchida.
Procedimentos estatísticos	Para a comparação das respostas dos individuos na primeira parte do NHP foi utilizado o teste de Kruskal – Wallis (análise de variância de medidas independentes, ANOVA). Para o mesmo tipo de comparação na segunda prte da escala recorreram ao teste de Qui-quadrado.
Conclusão	O programa de Reabilitação Cardíaca tem vantagens inequívocas na melhoria da qualidade de vida dos doentes cardíacos, avaliado a partir do NHP. Os doentes cardíacos que frequentam um programa de reabilitação cardíaca e praticam exercício no domicílio têm melhor qualidade de vida.
Referências	Moreira, M. (1998) – Programas de Reabilitação Cardíaca e Qualidade de Vida Em Doentes Coronários. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

Quadro 6 – Grelha de apresentação dos resultados da Escala D da Tese 4.

Nome original da escala	Escala de Distância Social na Classe (EDSC).

Histórico	Escala proposta por Rut Cunnigham. Foi idealizada para ampliar o acesso à técnica sociométrica, que permite um número limitado de respostas.
Currículo resumido dos autores	Rut Cunnigham criou a Escala de Distância Social na Classe, em 1984.
Objectivos da escala	Avaliar a relação social, descobrir o estado social do grupo como um todo, e o grau através do qual os indivíduos e os sub-grupos são aceites pelo grupo e aceitam outros grupos.
Dimensões avaliadas	O teste sociométrico contém três critérios concebidos no sentido de ser obtida uma informação global sobre as características sócio-afectivas das diferentes turmas. Quem gostarias que fizesse parte do teu grupo numa viagem de estudo? Quem não gostarias que fizesse parte do teu grupo numa viagem de estudo? Quem gostarias que fizesse parte do teu grupo de futebol?
Fiabilidade da escala original	Não referenciado na dissertação.
Direitos e distribuição	Não referenciado na dissertação.
Adaptação e validação para a língua portuguesa	Não referenciado na dissertação.

Título da tese	Análise de alguns factores associados com a obtenção dos objectivos mínimos na disciplina de educação física de alunos com deficiência mental , sujeitos a currículos alternativos numa escola regular do 2º Ciclo do ensino Básico.
País	Portugal.
Ano	1998.
Realizada por	Amílcar António Pires. Orientador: Prof. Doutor Urbano Marques.
Entidades	Faculdade de Desporto. Universidade do Porto.
População do estudo	Crianças com deficiência mental.
Amostra	A amostra foi constituída por sete turmas do 2º Ciclo do Ensino Básico. Foi composta por 109 alunos, 98 ditos normais e 11 alunos com deficiência mental. A amostra foi constituída por elementos de ambos os sexos, com uma média de idades de 10,11.
Área	Educação.

Tipo de serviço	Público.
Tempo médio de aplicação da escala	20 minutos (5`na parte inicial da aula, 10` na parte fundamental e 5` na parte final.
Fiabilidade da escala do estudo	Não referido na dissertação
Serviço e local	Colaboraram com o estudo as Escolas Públicas do 2º ciclo do Ensino Básico do Conselho de Bragança.
Informações gerais	Para conhecer a escolha dos alunos relativamente aos seus companheiros de turma, os alunos podiam ir do item "quem gostarias de ter como um dos teus melhores amigos?", que foi relacionada com a aceitação e melhor integração, até ao item "Quem gostarias que não estivesse na tua turma?", que foi relacionado com a rejeição e menor integração. Para cada aluno, o resultado, que constitui a sua distância social (distância grupo-social), consiste na soma do número de vezes que o seu nome é assinalado para cada item. Quanto menor for a distância social, maior é a aceitação do individuo pela turma.
Procedimentos gerais	
Procedimentos institucionais	Não referenciado na dissertação.
Informações de adaptação	Não referenciado na dissertação.

Procedimentos de esclarecimento	Foi usado o retroprojector para expor um exemplar do teste sociométrico, para mais facilmente explicar à turma o correcto preenchimento. Também foi sublinhado o carácter confidencial e a necessidade de responder sinceramente.
Procedimentos de aplicação	Foi solicitada a colaboração dos professores das turmas para que passassem o questionário.
Procedimentos estatísticos	Estatistica descritiva (média, moda, desvio padrão).
Conclusão	Um maior número de alunos na turma reflecte um aumento da distância grupo -social para cada um dos alunos. O currículo alternativo desenvolvido por alunos com Deficiência mental numa escola regular, afecta negativamente o desenvolvimento global na sua vertente sócio - relacional, embora não tivesse afectado a obtenção de resultados positivos na disciplina de Educação Física.
Referências	Pires, A. (1998) Análise de alguns factores associados com a obtenção dos objectivos mínimos na disciplina de educação física de alunos com deficiência mental, sujeitos a currículos alternativos numa escola regular do 2º Ciclo do ensino Básico. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

Quadro 7 - Grelha da apresentação dos resultados da Escala E da Tese 5.

Nome original da escala	*Teacher Integration Attitudes Questionnaire (TIAQ).*
Histórico	Foi desenvolvida para avaliar as atitides e crenças dos prefessores no que diz respeito à inclusão de alunos com dificuldades no ensino regular. O último modelo estrutural das construções TIAQ compreendia quatro dimensões, "Competências", "Benefícios", "Aceitação", e "Apoio". Foi totalmente suportado pela derivação da amostra de professores de música (n = 54). A replicação na amostra de professores de educação física (n = 56) apoiou parcialmente a generalidade do TIAQ. Além disso, a consistência interna das propriedades do TIAQ (alfa de Cronbach foi 0,77 para ambas as amostras) foram satisfatórios. As propriedades psicométricas do TIAQ são adequados, e ele pode ser usado como uma apreciação válida na avaliação do estado da inclusão de alunos com deficiência como entendida pelos professores de música e professores de educação física. No entanto, a investigação futura, é necessária para sustentar a sua generalidade com outros grupos de professores e profissionais.
Currículo resumido dos autores	Georgios D. Sideridis e Judy P. Chandler criaram o TIAQ. Não temos mais informações acerca dos currículos destes autores.
Objectivos da escala	A escala pretende avaliar as atitudes e percepções dos professores relativamente à disponibilidade de fundos, material de instrução, pessoal de apoio, pretensão de frequentar acções de formação, a aceitação ou rejeição sociais dos estudantes deficientes, os benefícios da inclusão para todos os alunos e a

	capacidade dos professores para lidarem com as necessidades educativas dos alunos deficientes.
Dimensões avaliadas	O TIAQ mede 4 dimensões: Capacidades: competências e capacidades dos professores em ensinar e lidar com prováveis mudanças de comportamento de alunos deficientes, integrados em turmas normais. Benefícios: benefícios da inclusão para ambos os estudantes, quer os ditos normais quer os com necessidades educativas especiais. Aceitação: aceitação social ou rejeição, percepcionada pelo professor, dos estudantes portadores de deficiências pelos seus pares normais e a vontade do professor em ter, ou não, crianças «diferentes» nas suas aulas. Apoio: avaliação do professor acerca do orçamento adequado e da existência de material e pessoal auxiliar relativamente ao ensino de crianças deficientes.
Fiabilidade da escala original	Alfa de Cronbach foi 0,77.
Direitos e distribuição	Venture Publishing, Inc. Endereço do Distribuidor: 1999 Cato Ave. State College, PA 16801 1 (814) 234-4561
Adaptação e validação para a língua portuguesa	A validação da escala passou pelo processo de tradução da Língua Inglesa para a Portuguesa, por 5 licenciados em inglês contactados individualmente. No entanto, nas questões 1,2,8,9,11 e 12, não se conseguiu unanimidade nas frases traduzidas, pois

	foram apresentadas três, ou mais, traduções diferentes. Em consequência desse facto, foram dadas as hipóteses de tradução das afirmações referidas a mais 3 licenciados em Inglês. A escolha dos mesmos por apenas uma das opções por questão, levou à conclusão deste processo. Numa segunda fase realizou-se um pré-teste a 7 professores de Educação física, que não faziam parte da população em estudo.
Título da tese	As Atitudes dos Professores de Educação Física face À Integração Escolar de Alunos Deficientes.
País	Portugal.
Ano	1998.
Realizada por	Raquel Maria Martins Serrano. Orientador: Prof. Doutora Ana Maria Duarte
Entidades	Faculdade de Desporto Universidade do Porto – PT
População do estudo	Professores que leccionam alunos com necessidades educativas especiais.
Amostra	A população deste estudo constituiu-se do total dos professores de Educação Física das 82 escolas Públicas do 2º e 3ºciclos do Ensino Básico e das Escolas Secundárias, do Distrito de Aveiro. A amostra foi constituída por 349 professores de Educação

	Física. Média das idades 33 anos, máximo de 58 e o mínimo de 22 anos.
Área	Educação.
Tipo de serviço	Público.
Tempo médio de aplicação da escala	4,19 a 7,22 minutos.
Fiabilidade da escala do estudo	Não referido na dissertação.
Serviço e local	Colaboraram com o estudo as Escolas Públicas do 2º e 3º ciclos do Ensino Básico e das Escolas secundárias, do distrito de Aveiro. A escolha desta região deve-se á representatividade da mesma, uma vez que inclui zonas urbanas e rurais. Os Concelhos englobados foram: Espinho, Ovar, Estarreja, Murtosa, Santa Maria da Feira, São João da Madeira, Oliveira de Azeméis, Arouca, Castelo de Paiva, Aveiro Albergaria – a - Velha , Vagos, Sever de Vouga. Mealhada, Anadia, Oliveira do Bairro, Ílhavo, Águeda e Aveiro.
Informações gerais	Não referido na dissertação.
Procedimentos gerais	

Procedimentos institucionais	Foi pedida a autorização à Direcção Regional de Educação do Centro. Foram contactados os Conselhos Directivos de todas as escolas do distrito de Aveiro.
Informações de adaptação	No que respeita à escala de atitudes, e particularmente na introdução da mesma, alguns professores entenderam que não estava muito claro se deviam responder todos os professores ou somente os que já haviam trabalhado com alunos deficientes. Foram então efectuadas alterações na tentativa de solucionar os problemas referidos. Obtendo-se então a versão final.
Procedimentos de esclarecimento	Não referido na dissertação.
Procedimentos de aplicação	Após a autorização da Direcção Regional de Educação do Centro, foram contactados os Conselhos Directivos de todas as escolas do distrito de Aveiro. Depois destes procedimentos o questionário foi entregue pessoalmente ao delegado de Educação Física e, na ausência deste a um outro professor do grupo disciplinar.
Procedimentos estatísticos	Para o tratamento dos resultados, realizou-se uma análise descritiva, que forneceu as médias, desvios padrão, amplitude de valores e frequências de distribuição absolutas e relativas. Efectuou-se também uma análise estatística inferencial, nomeadamente testes de Quiquadrado, Teste t de Student, Análise da Variância (Anova) e Coeficiente de Correlação de Pearson. Considerava-se que os resultados tinham significância

	estatística, sempre que o valor de p era inferior a 0,05. Procederam à análise factorial, utilizando para o efeito a análise em factores comuns, Ortagonal e com rotação Varimax.
Conclusão	As atitudes dos professores de Educação Física face à inclusão escolar de indivíduos portadores de deficiências são moderadamente favoráveis. As atitudes referidas são mais favoráveis face a alunos deficientes auditivos e motores do que em relação a alunos deficientes visuais e mentais, sendo a deficiência mental a que recolhe as atitudes menos favoráveis.
Referências	Assessment of teacher attitudes toward inclusion of students with disabilities: a confirmatory factor analysis. Consult. 22 Mar 2008, disponível em http://www.getcited.org/pub/103338265 Serrano, R. (1998). As Atitudes dos Professores de Educação Física face À Integração Escolar de Alunos Deficientes. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

Quadro 8 – Grelha da apresentação dos resultados da Escala F da Tese 6.

Nome original da escala	*Sickness Impact Profile (SIP)*
Histórico	O trabalho do Sip começou em 1972 e a sua primeira versão foi produzida em 1976. É uma medida genérica do estado se saúde, utilizada num amplo leque de problemas de saúde e doenças, grupos culturais e

	demograficos. O SIP foi desenvolvido a partir de uma revisão de literatura e através da obtensão de afirmações/expressões, por parte de profissionais de saúde e leigos, sãos e doentes que descreviam disfunções da conduta relacionadas com a doença.
Currículo resumido dos autores	Bergner criou o SIP, em 1976. Não temos mais informações acerca do currículo deste autor.
Objectivos da escala	A escala visa a avaliação do suporte social percepcionado. Possibilitar a descrição de tipos de suporte, que não variassem apenas em função de diferenças sócio-demográficas, mas incluíssem também, uma vasta variedade de assuntos, nomeadamente, problemas financeiros, comunicacionais, e familiares, exigências várias e a presença/ausência de um adequado suporte emocional. Este instrumento concentra-se na avaliação do impacto da doença sobre as actividades diárias e o comportamento e não sobre os sentimentos ou as informações clínicas.
Dimensões avaliadas	O SIP é composto por 136 itens, referentes a disfunções relacionadas com a doença, em 12 categorias: Locomoção; Cuidados e higiene pessoal; Mobilidade; Actividades domésticas; . Passatempos e lazer; Interacção social; Comportamento emocional; Estado de alerta;

	Sono e repouso; Hábitos alimentares; Comunicação: Trabalho.
Fiabilidade da escala original	Escala original: tende a ser de 0,81 a 0,91 A consistência interna é de (0,81 a 0,97). As versões administradas por entrevistadores apresentam melhores pontuações do que as auto-administradas.
Direitos e distribuição	Venture Publishing, Inc. Endereço do Distribuidor: 1999 Cato Ave. State College, PA 16801 1 (814) 234-4561
Adaptação e validação para a língua portuguesa	Com inicio em 1990, a validação e adaptação cultural do SIP, para a população portuguesa, deve-se a um grupo de investigadores da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra (AL, Feio; FJ, Batel Marques; M, Borges Alexandrino e MS, Salek). Conseguido com êxito, o processo de tradução da versão inglesa do SIP para português, bem como a sua validação linguística, com uma média elevada de resultados para a clareza e compreensão linguística, e consequentemente asseguradas as equivalências de conteúdo, semântica, técnica e conceptual.
Título da tese	Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Indivíduos com Paralisia Cerebral – Um estudo em desportistas e não desportistas.

País	Portugal.
Ano	1999.
Realizada por	Luís Manuel N. S. Carvalheiro. Orientador: Prof. Doutor Pedro Ferreira.
Entidades	Faculdade de Desporto Universidade do Porto.
População do estudo	Indivíduos com Paralisia Cerebral.
Amostra	109 Indivíduos. Média das idades26,84 anos, máximo de 53 e o mínimo de 15 anos.
Área	Desporto.
Tipo de serviço	Público.
Tempo médio de aplicação da escala	20 a 30 minutos.
Fiabilidade da escala do estudo	Não referido na dissertação

Serviço e local	Colaboraram com o estudo várias instituições, que acompanham indivíduos com paralisia Cerebral. Associações Portuguesas de paralisia Cerebral: Braga Vila Real Oeiras Beja Faro Centros de Reabilitação de Paralisia Cerebral: Porto Coimbra Lisboa Fundação Irene Rolo: Tavira.
Informações gerais	As perguntas típicas do SIP solicitam aos entrevistados, que assinalem as afirmações aplicáveis ao seu caso relacionadas com o estado de saúde, num determinado dia. Só se registam aquelas perguntas assinaladas. A ausência não representa negativa. As respostas aos 136 itens podem ser resumidas, para cada componente por dimensão física (SIP-DF) e dimensão psicossocial (SIP-DPS), ou como simples pontuação num leque de 0-100-SIP Geral. Quanto mais baixa é a pontuação melhor é o estado de saúde de quem responde. A pontuação do SIP pode ser calculada utilizando pesos para cada item, que indicam a gravidade relativa da limitação implicada em cada afirmação. Os itens assinalados são contados e o peso de cada categoria é calculado. A sua soma é dividida pela pontuação máxima possivel nestre instrumento de medição e multiplicada por 100, dando a

	pontuação total do SIP.
Procedimentos gerais	
Procedimentos institucionais	A participação de qualquer dos indivíduos, no estudo, esteve sujeita ao seu consentimento prévio.
Informações de adaptação	Foi realizada uma prévia acção de formação, junto dos colaboradores do estudo em cada instituição, no sentido de uniformizar a aplicação. Estas acções consistiam em uma explicação pormenorizada sobre o preenchimento dos questionários, tendo sido realçada a importância das respostas serem efectuadas pelos respondentes, evitando a tendência natural para induzir a perspectiva do entrevistador, quando era necessária a sua utilização.
Procedimentos de esclarecimento	Foi esclarecido o carácter voluntário da participação, do compromisso de garantia de confidencialidade dos dados e do anonimato, bem como do esclarecimento dos objectivos e finalidades do estudo, nomeadamente, que, deste, não decorreriam para o indivíduo quaisquer custos nem quaisquer riscos.
Procedimentos de aplicação	Os dados foram recolhidos sob a forma de um questionário auto-administrado, ou administrado por entrevista nos casos em que o próprio mostrasse não ter capacidade funcional para efectuar o seu preenchimento.

Procedimentos estatísticos	A comparação entre a qualidade de vida relacionada com a saúde e o suporte social nos diferentes grupos encontrados, efectuou-se através da aplicação dos testes *t de Student* para a diferença entre duas medidas (2 grupos) e da anova com o factor (3 ou mais grupos). As posteriores múltiplas comparações, realizaram-se com os testes de Tukey e Dunnetts. Sempre que num dos grupos em análise o n fosse inferior a 10, os testes paramétricos foram substituídos pelos seus correspondentes não paramétricos: U de mann-Whitney (2 grupos) e Kruskal-Wallis (3 ou mais grupos). Para a análise os valores de $p< 0,5$ foram considerados estatisticamente significativos. Na análise estatística foi utilizado o Statistical Package for the Social Sciences, versão 8,0 para Windows (SPSS).
Conclusão	Elevadas pontuações observadas na amostra. Para o SIP dimensão física indicam percepções de um estado de saúde não muito preocupante, ao contrário do que seria eventualmente de esperar. Os resultados vêm de encontro aos de Teplin e tal (1981), que concluem que os indivíduos com Paralisia Cerebral percepcionam a sua incapacidade de uma forma mais positiva, do que quando, a mesma, é avaliada por outros. A grande maioria de indivíduos apresenta uma elevada pontuação na escala de Suporte Social. Não foi encontrado nenhum participante com pontuação igual ou inferior a 51,00 numa escala de 28 a 145. 93,5% referiu sentir e ter suporte por parte dos familiares.
Referências	Carvalheiro, L.(1999). Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Indivíduos com Paralisia Cerebral – Um estudo em desportistas e não desportistas. Dissertação de Mestrado

	apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

Quadro 9 - Grelha da apresentação dos resultados da Escala G da Tese 7.

Nome original da escala	*Childhood Autism Rathing Scale (*CARS)
Histórico	Esta escala foi construída inicialmente para recolher informações no decorrer da observação da criança. Contudo, foi demonstrado que existem fortes correlações entre a cotação a partir da observação directa e a partir das informações fornecidas por uma pessoa que conheça bem a criança.
Currículo resumido dos autores	Eric Schopler – é professor do departamento de psiquiatria da Universidade da Carolina do Norte. Criou um protocolo padronizado para a observação de critérios sociais de comunicação e de comportamento associado com o autismo.
Objectivos da escala	Esta escala foi desenvolvida para identificar crianças com sindroma autista, permitindo ainda uma classificação clínica da sua gravidade desde ligeiro a moderado e severo.
Dimensões avaliadas	CARS é constituída por 15 itens: Relação com as pessoas; Imitação; Resposta emocional; Movimentos do corpo ;

	Utilização dos objectos; Adaptação à mudança; Resposta visual; Resposta ao som; Resposta ao paladar, cheiro e tacto; . Medo ou ansiedade; . Comunicação verbal; . Comunicação não verbal; . Nível de actividade; . Nível e consciência da resposta intelectual; . Impressão global. Dentro de cada iten a criança é avaliada de 1 a 4, depois faz-se o somatória das cotações de cada grupo. Se o valor estiver no intervalo 13 a 30 – não autista; no intervalo 30 a 36 – autista ligeiro moderado; intervalo 37 a 60 – autista severo.
Fiabilidade da escala original	Não referido na dissertação.
Direitos e distribuição	Sob licença da Western Psychological Services.
Adaptação e validação para a língua portuguesa	A tradução para português foi realizada pela Paula Freitas.
Título da tese	O desenvolvimento da interacção Social das crianças com alterações do Espectro do Autismo – Estudo exploratório da influência da educação física na promoção do relacionamento interpessoal.
País	Portugal.

Ano	2001.
Realizada por	Ricardo Miguel da Silva Lopes Hollerbusch. Orientador: Prof. Doutor Urbano Marques.
Entidades	Faculdade de Desporto Universidade do Porto
População do estudo	Crianças com alterações do espectro do autismo (sindroma de Kanner).
Amostra	A amostra foi constituída por 7 crianças autistas. Idades compreendidas entre os 5 e os 10 anos. Sexo masculino.
Área	Saúde.
Tipo de serviço	Público.
Tempo médio de aplicação da escala	O trabalho decorreu durante 9 meses, com duas sessões por semana e com uma duração média de 60 minutos.
Fiabilidade da escala do estudo	Não referido na dissertação

Serviço e local	Externato Ana Sullivan. Avenida da Boavista, na cidade do Porto, esteve sempre ligada ao ensino oficial e é administrativamente gerida pelo Ministério de Trabalho e Segurança Social.
Informações gerais	As sessões práticas foram sempre leccionadas e planeadas pelo professor de educação física da classe com a colaboração de uma educadora de infância, especializada em ensino especial por uma auxiliar da acção educativa. Foi necessária a intervenção da psicóloga da instituição e da educadora de infância supracitada, para obter dados da anamnese e diagnóstico da população envolvida neste estudo e também auxilio na análise das aptidões e competências das mesmas crianças. O local de intervenção realizou-se sempre no mesmo espaço, no pavilhão desportivo do Externato Ana Sullivan. As sessões decorreram apenas em metade do ginásio, afim de delimitar a dispersão das crianças no espaço e assim minimizar a falta de concentração na execução das tarefas diligenciadas.
Procedimentos gerais	
Procedimentos institucionais	Antes de se proceder a qualquer observação, através do registo de áudio e video, foram informados a instituição e os profissionais intervenientes, no sentido de obter o seu consentimento. Os mesmos foram informados atenpadamente do tema e âmbito do trabalho e da pretensão em filmar todas as aulas da classe onde estava inserida a população do estudo.
Informações de adaptação	Não referido na dissertação.

Procedimentos de esclarecimento	Antes de se proceder ao registo áudio e vídeo, a instituição e os profissionais intervenientes foram informados, no sentido de obter o seu consentimento.
Procedimentos de aplicação	Foi elaborada uma grelha de observação constituída por 6 itens de interacção social. Para o registo áudio e vídeo foram estabelecidos os seguintes requisitos: - Foram filmadas aulas de 60 minutos; - A câmara ficou sempre num plano superior e distante das crianças. Para conferir fiabilidade à observação, a educadora de infância que acompanha a classe de ensino especial, realizou quatro momentos de observação dos alunos no que concerne aos itens de interacção social: dois registos de observação indirecta, pela visualização do filme das aulas ministradas e duas observações directas.
Procedimentos estatísticos	No tratamento estatístico, para a descodificação dos resultados obtidos no perfil psicoeducacional revisto e na grelha geral das categorias de interacções sociais, foi utilizada a formula de observação de comportamentos de Rotherfford. ((a+b)÷c) X 100). a- número de objectivos adquiridos = 1 ponto; b- número de objectivos moderados= 0,5 pontos; c- número dos parâmetros observados. Foram extraídas as médias aritméticas referentes aos resultados e foi feita uma análise descritiva dos resultados.

Conclusão	Em termos sociais foi notado um desenvolvimento progressivo, embora pouco expressivo, no que concerne à preferência pelas actividades cooperativas, foi possível observar uma preferência pelas actividades solitárias e sem qualquer carácter competitivo. No entanto a procura do isolamento reduziu consideravelmente.
Referências	Hollerbusch, R. (2001) O desenvolvimento da interacção Social das crianças com alterações do Espectro do Autismo – Estudo exploratório da influência da educação física na promoção do relacionamento interpessoal. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

Quadro 10 – Grelha da apresentação dos resultados da Escala H da Tese 8.

Nome original da escala	*Wechsler Intelligence Scale for Children - Revised* (WISC-R)
Histórico	É um instrumento psicométrico que serve para avaliar um ou vários aspectos do potencial individual de condutas intencionais ou úteis.
Currículo resumido dos autores	David Wechsler – principais publicações: 1949- Intelegence scale for children- manual; 1955 – Manual for the Wechsler Adult intelligence scale; 1981 – WAIS-R Manual;

Objectivos da escala	Avaliar o quociente de inteligência.
Dimensões avaliadas	É constituído por um conjunto de 6 testes de escala verbal e 6 testes de escala manipulativa. Destes são considerados obrigatórios 5 de cada tipo, que são aplicados alternadamente em tipologia, com a seguinte ordem: Provas verbais: Informação; Semelhanças; Aritmética; Vocabulário; Compreensão. Provas manipulativas: Figuras incompletas; Histórias; Cubos; Quebra - cabeças; Códigos. O QI é calculado sobre o resultado destas 10 provas.
Fiabilidade da escala original	Não referido na dissertação.
Direitos e distribuição	TEA Ediciones S.A. todos os direitos reservados, proibida a reprodução total ou parcial.
Adaptação e validação para a língua portuguesa	Adaptação espanhola pelo departamento de I+D de TEA Ediciones – Escala de Inteligência de Wechsler para Niños – Revisada.

	A escala não está adaptada à língua portuguesa.
Título da tese	Estudo das características de um grupo de talentos psicomotores – estudo em crianças de ambos os sexos do 2º ciclo de escolaridade.
País	Portugal.
Ano	2002.
Realizada por	Maria Aurora de Lima Baptista. Orientador: Prof. Doutor Urbano Marques
Entidades	Faculdade de Desporto. Universidade do Porto. Escola Básica 2º/3º ciclos da Senhora da Hora – Matosinhos.
População do estudo	Crianças do 2º ciclo de escolaridade (talentos psicomotores).
Amostra	A amostra foi constituída por 11 crianças. Idades compreendidas entre os 11 e os 12 anos. 9 Do sexo masculino e 2 do sexo feminino.
Área	Educação.
Tipo de serviço	Público.

Tempo médio de aplicação da escala	Não referido na dissertação.
Fiabilidade da escala do estudo	Não referido na dissertação
Serviço e local	Escola Básica 2º/3º ciclos Senhora da Hora Matosinhos.
Informações gerais	Não referido na dissertação.
Procedimentos gerais	
Procedimentos institucionais	Não referido na dissertação.
Informações de adaptação	Não referido na dissertação.
Procedimentos de esclarecimento	Não referido na dissertação.
Procedimentos de aplicação	O teste foi aplicado individualmente a cada criança, por uma psicóloga. Para tal foi utilizado o teste WISC-R, um cronómetro e as fichas de registo.
Procedimentos estatísticos	A descrição das variáveis em estudo foi efectuada a partir das medidas descritivas média e desvio padrão. Os cálculos foram realizados no programa Microsoft Excel, versão 2000 para Windows.

Conclusão	O quociente médio de inteligência dos indivíduos da amostra é de 126, o que permite afirmar que os indivíduos pertencem à categoria média superior.
Referências	Baptista, M. A. (2002) Estudo das características de um grupo de talentos psicomotores – estudo em crianças de ambos os sexos do 2º ciclo de escolaridade. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

Quadro 11 – Grelha da apresentação dos resultados da Escala I da Tese 8.

Nome original da escala	*Self- percepcion Scale for children* (S-PSC).
Histórico	Esta escala foi construída por Harter.
Currículo resumido dos autores	Susan Harter – professora na Universidade de Denver no Departamento de Psicologia. Tem-se centrado na investigação na área do desenvolvimento sócio-emocional. O foco do seu estudo tem sido o desenvolvimento de um modelo para encontrar as causas e consequências da auto-estima. Publicações: Harter, S. (no prelo). O cognitivo e social da construção de auto-desenvolvimento. New York: Guilford Press. Harter, S., Bresnick, S., Bouchey, H., & Whitesell, NR O desenvolvimento das múltiplas funções relacionadas com a res na adolescência. Desenvolvimento e Psicopatologia, 9, 835-854.

	Harter, S., Waters, P., & Whitesell, NR (1997). Falta de voz como uma manifestação de falso self comportamento: A escola como configurar um palco em que o drama da autenticidade seja promulgada. Psicólogo Educacional, 32, 153-173. Harter, S. (1997). O pessoal de auto contexto social: Obstáculos à autenticidade. Em Ashmore R. & L. Jussim (Eds.), Self e identidade: questões fundamentais. New York: Oxford University Press. Harter, S. (1998). O desenvolvimento das auto-representações. Em W. Damon (Series Ed.) & Nancy Eisenberg (vol. Ed.), Manual de psicologia infantil, vol. 3, social, emocional, personalidade e desenvolvimento (5 ª edição), New York: Wiley.
Objectivos da escala	Avaliar a auto-estima global - Avaliar o conceito de si próprio numa perspectiva multidimensional.
Dimensões avaliadas	Competência académica – percepção que a criança tem da sua competência ou capacidade a nível do desempenho escolar; Aceitação social – percepção que a criança tem da sua aceitação pelos pares; Competência atlética – percepção que a criança tem da sua capacidade para realizar actividades desportivas; Aspecto físico – grau em que a criança se sente feliz com a sua aparência (altura, peso, corpo, rosto e cabelo); Conduta / comportamento – modo como a criança se sente em relação ao seu comportamento; Auto – estima global – avaliação do gosto por si própria como pessoa, do seu modo de vida e por ser como é. Estes 6 domínios constituem 6 subescalas com 6 itens cada uma perfazendo um total de 36 itens, cotados de 1 a 4: “baixo autoconceito” na dimensão avaliada “elevado autoconceito” na dimensão avaliada

	Somam-se os valores obtidos em cada subescala obtendo-se seis resultados diferentes.
Fiabilidade da escala original	Não referido na dissertação.
Direitos e distribuição	Não referido na dissertação.
Adaptação e validação para a língua portuguesa	Adaptada ao contexto português por Faria e Fontaine (1995).
Título da tese	Estudo das características de um grupo de talentos psicomotores – estudo em crianças de ambos os sexos do 2º ciclo de escolaridade.
País	Portugal.
Ano	2002.
Realizada por	Maria Aurora de Lima Baptista. Orientador: Prof. Doutor Urbano Marques
Entidades	Faculdade de Desporto. Universidade do Porto . Escola Básica 2º/3º ciclos da Senhora da Hora – Matosinhos.
População do estudo	Crianças do 2º ciclo de escolaridade (talentos psicomotores).

Amostra	A amostra foi constituída por 11 crianças. Idades compreendidas entre os 11 e os 12 anos. 9 Do sexo masculino e 2 do sexo feminino.
Área	Educação.
Tipo de serviço	Público.
Tempo médio de aplicação da escala	Não referido na dissertação.
Fiabilidade da escala do estudo	Não referido na dissertação
Serviço e local	Escola Básica 2º/3º ciclos Senhora da Hora Matosinhos.
Informações gerais	Não referido na dissertação.
Procedimentos gerais	
Procedimentos institucionais	Não referido na dissertação.
Informações de adaptação	Não referido na dissertação.

Procedimentos de esclarecimento	Não referido na dissertação.
Procedimentos de aplicação	Antes de preencherem a escala os alunos têm uma explicação de como devem responder às perguntas.
Procedimentos estatísticos	A descrição das variáveis em estudo foi efectuada a partir das medidas descritivas média e desvio padrão. Os cálculos foram realizados no programa Microsoft Excel, versão 2000 para Windows.
Conclusão	O nível de auto conceito é considerado médio, pois tem uma cotação de valor 3. Competência académica – 3,0 Competência social – 2,6 Competência atlética – 2,9 Aspecto físico – 2,9 Comportamento – 2,9 Auto – estima global – 3,0.
Referências	Baptista, M. A. (2002) Estudo das características de um grupo de talentos psicomotores – estudo em crianças de ambos os sexos do 2º ciclo de escolaridade. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto. http://www.du.edu/psychology/people/harter.htm

Quadro 12 – Grelha da apresentação dos resultados da Escala J da Tese 9.

Nome original da escala	*Self- Perception Profile for Children* (SPPC).
Histórico	Escala construida por Susan Harter em 1985.
Currículo resumido dos autores	Susan Harter - professora na Universidade de Denver no Departamento de Psicologia. Tem-se centrado na investigação na área do desenvolvimento sócio-emocional. O foco do seu estudo tem sido o desenvolvimento de um modelo para encontrar as causas e consequências da auto-estima. Publicações: Harter, S. (no prelo). O cognitivo e social da construção de auto-desenvolvimento. New York: Guilford Press. Harter, S., Bresnick, S., Bouchey, H., & Whitesell, NR O desenvolvimento das múltiplas funções relacionadas com a res na adolescência. Desenvolvimento e Psicopatologia, 9, 835-854. Harter, S., Waters, P., & Whitesell, NR (1997). Falta de voz como uma manifestação de falso self comportamento: A escola como configurar um palco em que o drama da autenticidade seja promulgada. Psicólogo Educacional, 32, 153-173. Harter, S. (1997). O pessoal de auto contexto social: Obstáculos à autenticidade. Em Ashmore R. & L. Jussim (Eds.), Self e identidade: questões fundamentais. New York: Oxford University Press. Harter, S. (1998). O desenvolvimento das auto-representações. Em W. Damon (Series Ed.) & Nancy Eisenberg (vol. Ed.), Manual de psicologia infantil, vol. 3, social, emocional, personalidade e desenvolvimento (5 ª edição), New York: Wiley.

Objectivos da escala	Determinar a auto-estima dos sujeitos
Dimensões avaliadas	Esta escala pretende analisar a forma como os sujeitos percepcionam a sua competência em diferentes domínios e a auto-estima global. A escala estrutura-se em 6 sub-escalas com um total de 36 itens. As 6 sub-escalas referem-se a domínios específicos: Competência escolar – avalia a percepção que os alunos têm das suas capacidades ou competências no desempenho académico (itens relacionados 1, 7, 13, 19, 25 e 31); Aceitação Social – avalia o grau de aceitação das crianças pelos seus pares e o modo como se sentem quanto á popularidade (itens relacionados 2, 8, 14, 20, 26 e 32); Competência atlética – avalia o modo como a criança se vê na realização de actividades desportivas ou jogos ao ar livre (itens relacionados 3, 9, 15, 21, 27 e 33); Aparência física – avalia o grau de satisfação que a criança tem relativamente ao seu aspecto , peso, tamanho etc. (itens relacionados 4, 10, 16, 22, 28 e 34); Atitude comportamental – avalia o modo como a criança se sente em relação à forma como age, se faz as coisas correctamente, se age de acordo com o que esperam dela, se evita problemas (itens relacionados 5, 11, 17, 23, 29 e 35); Auto- estima global – avalia até que ponto a criança gosta de si mesma (itens relacionados 6, 12, 18, 24, 30 e 36).
Fiabilidade da escala original	Não referido na dissertação.

Direitos e distribuição	Não referido na dissertação.
Adaptação e validação para a língua portuguesa	Adaptada para a população portuguesa por Alves Martins, Peixoto, Mata e Monteiro, 1995. Escala de auto- conceito para crianças e pré-adolescentes.
Título da tese	A auto-estima em alunos com dificuldades de aprendizagem.
País	Portugal.
Ano	2003.
Realizada por	Luís Maximiano Lopes Gouveia. Orientador: Prof. Doutora Fernanda Martins
Entidades	Faculdade de Desporto. Universidade do Porto. Escolas do 1º ciclo do Ensino Básico da cidade de Viseu, (Escola E.B:1 de Gumirães, Escola E.B.1 do Viso, Escola E.B.1 de Ranhados e Escola E.B.1 de Jugueiros), pertencentes a dois agrupamentos horizontais (Viseu Sul e Viso).
População do estudo	Crianças com dificuldades de aprendizagem.
Amostra	A amostra foi constituída por 106 individuos dos 3º e 4º anos de escolaridade. Grupo experimental (GE) 51 sujeitos, grupo de controlo (GC) 55 sujeitos.

	GE- 29 do sexo masculino e 22 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 8 e os 12 anos de idade cronológica. GC- 34 do sexo masculino e 21 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 8 e os 10 anos de idade cronológica.
Área	Educação.
Tipo de serviço	Público.
Tempo médio de aplicação da escala	A recolha de dados foi feita em dois momentos do ano (antes da intervenção) e em Junho (coincidindo com o fim da intervenção). 25 Sessões, 2 vezes por semana durante 40 minutos.
Fiabilidade da escala do estudo	Não referido na dissertação.
Serviço e local	Agrupamentos horizontais Viseu Sul e Viso. Escola E.B.1 de Gumirães; Escola E.B.1 de Viso; Escola E.B.1 de Ranhados; Escola E.B.1 de Jugueiros.
Informações gerais	Não referido na dissertação.
Procedimentos gerais	
Procedimentos institucionais	Não referido na dissertação.

Informações de adaptação	Não referido na dissertação.
Procedimentos de esclarecimento	Não referido na dissertação.
Procedimentos de aplicação	Não referido na dissertação
Procedimentos estatísticos	Estatística descritiva. Teste t de Student e análise da variância (ANOVA – Razão F de Fisher) para verificar as diferenças entre o grupo experimental e o grupo de controlo. Programas estatísticos utilizados foram o SPSS, versão 10 e STATISTICA, versão 7.0.
Conclusão	Os alunos com baixos níveis de atenção apresentam valores relativamente baixos em quase todas as dimensões da "Self-Perception Profili for Children" (Harter, 1985) depois da intervenção. Quando são analisados separadamente conclui-se que do primeiro para o segundo momento, apresentam ganhos significativos na sub-escala Competência Escolar.
Referências	Gouveia, L. (2003) A auto – Estima em alunos com dificuldades de aprendizagem. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

Quadro 12 – Grelha da apresentação dos resultados da Escala K da Tese 10.

Nome original da escala	*Medical Outcome Studay Short-From Health Survey 36 Item,* (MOS SF-36).
Histórico	É um dos instrumentos genéricos de medição do estado de saúde com maior potencial de utilização internacional e na avaliaçõa de resultados clinicos. Já foi testado em mais de 45 países. Esta medida foi criada a partir de uma bateria de questionários, que incluiam 40 conceitos de saúde e pretendia-se a criação de uma medida genérica do estado de saúde, que pudesse ser aplicado a um vasto número de tipos e gravidade de condições.
Currículo resumido dos autores	John E. Ware – professor de medicina, na Tufts University Sackler School of Graduate Biomedical Sciences.
Objectivos da escala	Medir o estado de saúde e o estado funcional.
Dimensões avaliadas	O MOS SF-36 contempla escalas de itens múltiplos para medir as 8 dimensões de saúde: Função física – pretende medir as limitações na execução de actividades físicas, das básicas ás mais exigentes; Desempenho físico e emocional – procura medir as limitações em saúde em termos de tipo e qualidade de trabalho; Saúde geral – pretende medir a percepção holística da saúde incluindo a saúde actual, resistência à doença e a aparência saudável; Função social – pretende captar a quantidade e qualidade das

	actividades sociais e o impacto dos problemas físicos e emocionais nessas actividades; Vitalidade – contempla os níveis de energia e fadiga; Saúde mental – inclui questões que se referem a quarenta das mais importantes dimensões da saúde mental: ansiedade, depressão, perda de controlo em termos comportamentais ou emocionais e bem-estar psicológico; Dor física – pretende medir a intensidade e o desconforto provocado pela dor e de que forma e em que extensão interfere nas actividades normais. Escala de transição ou mudança de saúde, não constitui por si só uma dimensão (não é considerada um conceito de saúde) tem como objectivo medir a quantidade de mudança em geral na saúde de quem responde.
Fiabilidade da escala original	Mc Dowell e Newell (1996), demonstram uma elevada fiabilidade, validade. Estes elevados níveis de fiabilidade e validade têm sido comprovados em vários estudos, quer para a fiabilidade teste-reteste, inter-observador e coerência interna, bem como para a validade de critéio, de construção e para o poder de resposta.
Direitos e distribuição	Não referido na dissertação.
Adaptação e validação para a língua portuguesa	A adaptação à versão Portuguesa do Mos SF-36 foi da responsabilidade de Ferreira em 1994 (Rosete e Ferreira, 1994) sendo reconhecida pela Medical Outcome Trust.
Título da tese	Qualidade de Vida relacionada com a saúde em indivíduos com sequelas de Acidente Vascular Cerebral – Estudo da influência de um programa de equitação terapêutica.

País	Portugal.
Ano	2004.
Realizada por	Florbela Ferreira Abrantes. Orientador: Prof. Doutor António Manuel Fonseca.
Entidades	Faculdade de Desporto. Universidade do Porto. Hospitais Distritais de Aveiro e Águeda. Clinica S. Geraldo. Centro Médico de Bustos (Oliveira do Bairro).
População do estudo	Indivíduos com sequelas de acidentes vasculares cerebrais de evolução igual ou superior a 6 meses. Incapacidade Ligeira/moderada e Moderada, avaliação feita pela Escala de Rankin Modificada.
Amostra	A amostra foi constituída por 34 indivíduos. Foram escolhidos aleatoriamente 14 para o grupo experimental (GE) e 20 para o grupo de controlo (GC). GE – média das idades é de 56 anos, mínimo 36 e máximo 75 anos, 10 do sexo masculino e 4 do feminino. GC – média das idades de 60 anos, mínimo de 40 e máximo de 74 anos, 14 do sexo masculino e 6 do sexo feminino.
Área	Saúde.

Tipo de serviço	Público.
Tempo médio de aplicação da escala	O MOS SF 36 pode ser administrado por entrevista ou auto-administrado. O tempo de administração é cerca de 10 minutos.
Fiabilidade da escala do estudo	Os testes de validação, bem como a determinação dos valores de fiabilidade, foram efectivados através da sua aplicação a uma amostra de 930 mulheres grávidas. Verificou-se a validade do instrumento e a sua utilização.
Serviço e local	Hospitais Distritais de Aveiro e Águeda Clinica S. Geraldo Centro Médico de Bustos (Oliveira do Bairro).
Informações gerais	Não referido na dissertação.
Procedimentos gerais	
Procedimentos institucionais	Para dar inicio ao estudo foi pedida a autorização às coordenações dos serviços de medicina física e reabilitação das respectivas instituições, a disponibilização da lista de utentes. Após o contacto com os individuos da amostra foi obtida a autorização da familia e/ou do próprio em concordancia em fazerem parte deste estudo.
Informações de adaptação	Não referido na dissertação.

Procedimentos de esclarecimento	A participação dos indivíduos no estudo esteve sujeita ao consentimento informado dos participantes, esclarecido o carácter voluntário da sua contribuição e que dela não decorreria qualquer custo ou risco. Foi igualmente garantida a confidencialidade e anonimato relativo aos dados.
Procedimentos de aplicação	O MOS SF-36 foi auto-administrado e aplicado por entrevista pessoal aos dois indivíduos que não sabiam ler nem escrever.
Procedimentos estatísticos	Para a análise estatística foi utilizada o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 11.5 para Windows.
Conclusão	Reconhece-se que o programa de equitação terapêutica aplicado contribuiu para uma melhoria do estado de saúde e estado funcional.
Referências	Abrantes, F. (2004) - Qualidade de Vida relacionada com a saúde em indivíduos com sequelas de Acidente Vascular Cerebral – Estudo da influência de um programa de equitação terapêutica. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto. www.tufts.edu/sackler/facultyIntros/**ware**J.html

Quadro 14 – Grelha da recolha dos resultados da Escala L da Tese 11.

Nome original da escala	*Self perception Profile for Adolescents* (SPPA)

Histórico	A SPPA de Susan Harter, 1988 foi administrada a uma amostra representativa de 11315 noroegueses adolescentes com idades de 13 a 20 anos. Versão original tem um formato moroso descrevendo dois adolescentes com características opostas sobre cada iten. Uma vrsºao revista do SPPA foi desenvolvida utilizando apenas uma declaração para cada iten. Alguns estudiosos consideram que não existe necessidade de conservar os morosos e complicados ietens do formato original do SPPA.
Currículo resumido dos autores	Susan Harter - professora na Universidade de Denver no Departamento de Psicologia. Tem-se centrado na investigação na área do desenvolvimento sócio-emocional. O foco do seu estudo tem sido o desenvolvimento de um modelo para encontrar as causas e consequências da auto-estima. Publicações: Harter, S. (no prelo). O cognitivo e social da construção de auto-desenvolvimento. New York: Guilford Press. Harter, S., Bresnick, S., Bouchey, H., & Whitesell, NR O desenvolvimento das múltiplas funções relacionadas com a res na adolescência. Desenvolvimento e Psicopatologia, 9, 835-854. Harter, S., Waters, P., & Whitesell, NR (1997). Falta de voz como uma manifestação de falso self comportamento: A escola como configurar um palco em que o drama da autenticidade seja promulgada. Psicólogo Educacional, 32, 153-173. Harter, S. (1997). O pessoal de auto contexto social: Obstáculos à autenticidade. Em Ashmore R. & L. Jussim (Eds.), Self e identidade: questões fundamentais. New York: Oxford University Press. Harter, S. (1998). O desenvolvimento das auto-representações. Em W. Damon (Series Ed.) & Nancy Eisenberg (vol. Ed.), Manual de psicologia infantil, vol. 3, social, emocional, personalidade e

	desenvolvimento (5 ª edição), New York: Wiley.
Objectivos da escala	Avaliar as múltiplas dimensões do auto - conceito.
Dimensões avaliadas	Este instrumento é constituído por 8 escalas: Competência académica; Aceitação social; Competência atlética; Atracção romântica (sentimentos); Comportamento; Aparência física; Amizades íntimas; Auto-estima.
Fiabilidade da escala original	Não referido na dissertação.
Direitos e distribuição	Não referido na dissertação.
Adaptação e validação para a língua portuguesa	Perfil de auto – percepção para adolescentes versão traduzida e adaptada.
Título da tese	Estilos de Vida, Actividade física e auto percepções em jovens com Perturbações do comportamento alimentar.
País	Portugal.

Ano	2004.
Realizada por	Ana Sofia Veloso Teixeira. Orientador: Prof. Doutor António Manuel Fonseca. Co-orientador: Prof. Doutora Adília Silva.
Entidades	Faculdade de Desporto Universidade do Porto – PT Hospital de São João (serviço de psiquiatria) – Porto Hospital de São Marcos – Braga
População do estudo	Adolescentes com perturbações do comportamento alimentar.
Amostra	A amostra foi constituída por 29 adolescentes. 27 adolescentes do sexo feminino e 2 adolescentes do sexo masculino. As idades dos sujeitos variam entre 15 e 26 anos, com uma média de idades de 19,6.
Área	Saúde.
Tipo de serviço	Público.
Tempo médio de aplicação da escala	Aproximadamente 30 minutos.

Fiabilidade da escala do estudo	Não referido na dissertação.
Serviço e local	Hospital de S. João – Cidade do Porto. Hospital de S. Marcos – Cidade de Braga.
Informações gerais	A administração dos questionários foi realizada individualmente, com a presença da investigadora.
Procedimentos gerais	
Procedimentos institucionais	Não referido na dissertação.
Informações de adaptação	Não referido na dissertação.
Procedimentos de esclarecimento	Os questionários foram precedidos de um texto simples, onde eram explicados os objectivos do estudo. A participação era voluntária e a confidencialidade dos dados garantida.
Procedimentos de aplicação	Os questionários foram recolhidos no hospital de S. João e S. Marcos, todos os jovens tinham o diagnóstico de anorexia nervosa o bulimia nervosa e eram estudantes. Estes jovens eram dirigidos para uma sala onde preenchiam o questionário.
Procedimentos estatísticos	A análise dos dados foi realizada através do programa estatístico SPSS, versão 11.5. o tratamento estatistico foi feito em primeiro lugar, através da análise descritiva das diferentes variáveis. Em

	seguida para comparação dos resultados foram elaboradas tabelas de contingencia e utilizado o teste Qui-Quadrado. Para a análise das correlações foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman.
Conclusão	O estudo concluiu que todos os jovens apresentaram um auto – conceito baixo. Os valores médios mais elevados pertenciam ao domínio da competência académica e os mais reduzidos ao domínio da aparência física.
Referências	Teixeira, A. (2004) Estilos de Vida, Actividade física e auto percepções em jovens com Perturbações do comportamento alimentar. Dissertação para a obtenção do grau de Mestre, Faculdade de Desporto e Educação Física da Universidade do Porto.

Quadro 14 – Grelha da apresentação dos resultados da Escala M da Tese 12.

Nome original da escala	*Pictorial Scale of Perceived Competence and Social Acceptence in Young Children (PSPCSAYC).*
Histórico	A escala foi criada por Vermeer & Veenhof em 1997.
Currículo resumido dos autores	Vermeer e Veenhof criaram a *(PSPCSAYC).*Não temos mais informações acerca do currículo destes autores.
Objectivos da escala	Avaliar as percepções das capacidades e aceitação social das crianças mais novas.

Dimensões avaliadas	Envolve duas escalas globais (competência e aceitação social) , cada uma delas com duas sub escalas, reunindo um total de 4 dimensões. Cada subescala apresenta 10 itens, cada item consiste em duas figuras, coloridas, colocadas lado a lado. Essas figuras mostram crianças a realizar uma actividade em diferentes níveis de competência ou aceitação social. A criança deverá indicar qual das figuras se parece mais consigo e qual o grau de semelhança existente entre elas. As respostas são pontuadas numa escala de quatro pontos, sendo o quatro o mais competente/aceite.
Fiabilidade da escala original	Não referido na dissertação
Direitos e distribuição	Não referido na dissertação.
Adaptação e validação para a língua portuguesa	A Escala Pictórica da competência Percebida e Aceitação Social para Crianças com Paralisia Cerebral foi adaptada para a realidade portuguesa por Corredeira em 2001. Foram desenvolvidas versões específicas da versão portuguesa da *(PSPCSAYC)* para crianças não-ambulatórias e ambulatórias (enquanto para as primeiras, as figuras representam crianças sentadas em cadeiras de rodas, para as segundas as figuras das crianças surgem em pé e para rapazes e raparigas (diferindo apenas no penteado das crianças representadas nas várias figuras, correspondentes aos diversos itens do instrumento. A subescala da "competência cognitiva" da versão portuguesa é distinta consoante o escalão etário das crianças (4-6 anos e 7-9 anos) à qual é aplicada (dos 10 itens que a constituem, 8 são

	distintos.
Título da tese	Autopercepções em Crianças e Jovens com Síndroma de Down – Estudo da Competência percebida e da Aceitação Social.
País	Portugal.
Ano	2005.
Realizada por	Maria João Carvalheiro Campos. Orientador: Prof. Doutor António Manuel Fonseca.
Entidades	Faculdade de Desporto. Universidade do Porto.
População do estudo	Crianças e jovens com Síndroma de Down.
Amostra	A amostra foi constituída por 47 indivíduos. 25 do sexo masculino e 22 do sexo feminino . Com idades compreendidas entre os 8 e os 20 anos e uma média de idades de 14,7.
Área	Saúde.
Tipo de serviço	Associação de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM).

Tempo médio de aplicação da escala	A aplicação da escala durou em média 30 minutos (entre 20 a 40 minutos).
Fiabilidade da escala do estudo	Não referido na dissertação.
Serviço e local	Instituição APPACDM.
Informações gerais	Não referido na dissertação.
Procedimentos gerais	
Procedimentos institucionais	Após o cotacto das instituições foram contactados os pais ou encarregados de educação para obter um consentimento escrito garantindo a confidencialidade das informações, bem como um consentimento verbal das crianças e jovens da amostra.
Informações de adaptação	Não referido na dissertação.
Procedimentos de esclarecimento	A investigadora explicou aos indivíduos da amostra que não existiam respostas certas ou erradas. A explicação foi dada como se se tratasse de um jogo que se chama “ com qual dos meninos és mais parecido.
Procedimentos de aplicação	Todos os participantes trabalharam sozinhos com o investigador. O local da entrevista foi determinado pelos professores, o local em

	que os alunos se sentiam mais confortáveis.
Procedimentos estatísticos	Os dados obtidos foram tratados em computador com o auxili de software especifico para o efeito, disponível nos programas Excel for Windows 2003 e Statistical Package for the social Sciences – SPSS, versão 13.0. os registos das respostas foram classificados de acordo com um sistema de codificação pré- estabelecido, o que permite quantificá-los, possibilitando a utilização de uma análise estatistica.
Conclusão	Os valores da aceitação social são superiores aos da competência percebida. A média superior refere-se à aceitação maternal e a variável com média mais baixa é a competência académica. Os indivíduos do sexo feminino apresentam pontuações médias mais baixas nos quatro domínios da escala. Os praticantes de desporto têm pontuações médias mais elevadas nas subescalas de aceitação social, enquanto que os sujeitos que não praticam desporto fora da instituição pontuam-se melhor nas competências física e académica.
Referências	Campos, M.(2005). Autopercepções em Crianças e Jovens com Síndroma de Down – Estudo da Competência percebida e da Aceitação Social. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

Quadro 16 – Grelha da apresentação dos resultados da Escala N da Tese 13.

Nome original da escala	*Satisfaction With Life Scale* (SWLS).
Histórico	A SWLS foi desenvolvida nos EUA para representar um iten multi-escala para a avaliação global da satisfação com a vida como um processo cognitivo de julgamento, em vez da utilização de domínios especificos, como por exemplo, a saúde e a riqueza pessoal. Foram desenvolvidos estudos em estudantes de psicologia e numa população geriátrica, onde a escala demonstrou ter caracteristicas psicométricas favoráveis, que serviram de base para afirmar que a escala é adequada para ser utilizada em grupos de idades diferentes.
Currículo resumido dos autores	Ed Diener – ilustre professor de Psicologia da Universidade de Illinois. Tem mais de 240 publicações, com cerca de 190 na área da psicologia do bem-estar. Emmons – professor do Departamento de Psicologia da Universidade da Califórnia. Larsen – psicólogo do Departamento de Psicologia da Universidade de Washington. O interesse dos seus estudos centra-se nas emoções e no bem-estar subjectivo. Grifin – professor de Educação do Departamento de Educação Clark University, também actua como professor adjunto de psicologia.
Objectivos da escala	Avaliar a satisfação com a vida, enquanto processo de juízo cognitivo.

Dimensões avaliadas	Não referido na dissertação.
Fiabilidade da escala original	Não referido na dissertação
Direitos e distribuição	Não referido na dissertação.
Adaptação e validação para a língua portuguesa	Foi validada em português e com adolescentes portugueses. (Castllo et al., 2004; Neto, 1993).
Título da tese	A Actividade Física e a Satisfação com a Vida em adolescentes com Necessidades Educativas Especiais.
País	Portugal.
Ano	2005.
Realizada por	Lúcia Lurdes Carvalho. Orientador: Prof. Doutor António Manuel Fonseca.
Entidades	Faculdade de Desporto. Universidade do Porto.
População do estudo	Adolescentes com Necessidades Educativas Especiais.
Amostra	A amostra foi constituída por 928 adolescentes. 462 do sexo masculino (50,4%) e 454 do sexo feminino (49,6%).

	Com idades de compreendidas entre os 12 e os 17 anos.
Área	Educação.
Tipo de serviço	Público.
Tempo médio de aplicação da escala	Uma aula de 90 minutos.
Fiabilidade da escala do estudo	Não referido na dissertação.
Serviço e local	Escolas Básicas e secundárias do Litoral Norte, Interior Norte e Madeira.
Informações gerais	Não referido na dissertação.
Procedimentos gerais	
Procedimentos institucionais	Após a selecção das escolas e o número de adolescentes por escola que era pretendido envolver no estudo, procedeu-se à reunião com asdirecções executivas de cada escola a fim de se obter a autorização para a aplicação do estudo.
Informações de adaptação	Não referido na dissertação.

Procedimentos de esclarecimento	A investigadora explicou aos indivíduos da amostra que não existiam respostas certas ou erradas. A explicação foi dada como se se tratasse de um jogo que se chama “ com qual dos meninos és mais parecido.
Procedimentos de aplicação	Após a autorização pelos órgãos competentes, foi aplicado o estudo nos dias e horas combinados pelas equipas coordenadoras e colaboradoras do projecto.
Procedimentos estatísticos	Programa informático *Statistical Package for Social Science-SPSS 12 – Windows.*
Conclusão	Em média os adolescentes com necessidades educativas especiais estavam moderadamente satisfeitos. Os sujeitos com níveis médios de satisfação com a vida mais elevados eram da Madeira e os mais baixos do Litoral Norte. Verificou-se que os níveis médios de satisfação com a vida aumentavam em função da actividade física.
Referências	Carvalho, L. (2005). A Actividade Física e a Satisfação com a Vida em adolescentes com Necessidades Educativas Especiais. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

Quadro 17 – Grelha da apresentação dos resultados da Escala O da Tese 14.

Nome original da escala	*Satisfaction With Life Scale* (SWLS).
Histórico	A SWLS foi desenvolvida nos EUA para representar um iten multi-escala para a avaliação global da satisfação com a vida como um processo cognitivo de julgamento, em vez da utilização de domínios especificos, como por exemplo, a saúde e a riqueza pessoal. Foram desenvolvidos estudos em estudantes de psicologia e numa população geriátrica, onde a escala demonstrou ter caracteristicas psicométricas favoráveis, que serviram de base para afirmar que a escala é adequada para ser utilizada em grupos de idades diferentes.
Currículo resumido dos autores	Ed Diener – ilustre professor de Psicologia da Universidade de Illinois. Tem mais de 240 publicações, com cerca de 190 na área da psicologia do bem-estar. Emmons – professor do Departamento de Psicologia da Universidade da Califórnia. Larsen – psicólogo do Departamento de Psicologia da Universidade de Washington. O interesse dos seus estudos centra-se nas emoções e no bem-estar subjectivo. Grifin – professor de Educação do Departamento de Educação Clark University, também actua como professor adjunto de psicologia.
Objectivos da escala	Medir a componente cognitiva do bem-estar psicológico.

Dimensões avaliadas	A escala de resposta varia entre 1 (nada satisfeito com a minha vida e 5 (muito satisfeito com a minha vida). Na escala original varia entre 1 e 7.
Fiabilidade da escala original	Não referido na dissertação.
Direitos e distribuição	Não referido na dissertação.
Adaptação e validação para a língua portuguesa	A adaptação à versão Portuguesa - Escala de Satisfação com a vida. Não foi referido o processo de adaptação nem a identidade que a realizou.
Título da tese	Actividade Física, Comportamentos de Saúde e Satisfação com a Vida: Estudo realizado em Jovens com Necessidades Educativas Especiais de várias Escolas do País.
País	Portugal.
Ano	2005.
Realizada por	Jorge Luís Sousa Esperança Orientador: Prof. Doutor António Manuel Fonseca.
Entidades	Faculdade de Desporto. Universidade do Porto.
População do estudo	Jovens com necessidades educativas especiais**.**

Amostra	A amostra foi constituída por 449 jovens. 251 do sexo masculino (55,9%) e 198 do sexo feminino (44,1%), com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos.
Área	Educação.
Tipo de serviço	Público.
Tempo médio de aplicação da escala	Não referido na dissertação
Fiabilidade da escala do estudo	Não referido na dissertação.
Serviço e local	Escolas Públicas do Ensino Básico e Secundário de várias zonas do País: Bragança; Caldas da Rainha; Madeira; Matosinhos; Oliveira de Azeméis; Oliveira de Frades; Padrão da Légua; Paredes; Penafiel; Pinhel; Seixal.

Informações gerais	Não referido na dissertação.
Procedimentos gerais	
Procedimentos institucionais	Não referido na dissertação.
Informações de adaptação	Não referido na dissertação.
Procedimentos de esclarecimento	Não referido na dissertação.
Procedimentos de aplicação	Não referido na dissertação.
Procedimentos estatísticos	Foi efectuado o calculo da média e desvio padrão bem como a análise de variância – Anova , seguido de Teste Scheffe.
Conclusão	A prática desportiva, independentemente de ser formal ou não, relacionou-se positivamente com a satisfação dos jovens com as suas vidas.
Referências	Esperança, J. (2005) Actividade Física, Comportamentos de Saúde e Satisfação com a Vida: Estudo realizado em Jovens com Necessidades Educativas Especiais de várias Escolas do País. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

Quadro 18 – Grelha da apresentação dos resultados da Escala P da Tese 15.

Nome original da escala	*Self-Esteem Scale* (RSE).
Histórico	Escala criada por Rosenberg em 1965. Foi originalmente desenvolvida para avaliar a auto-estima em adolescentes. A escala foi validada para ambos os sexos e para a população adolescente adulta e idosa. Tem sido validada para a utilização com toxicodependentes e outros grupos clínicos.
Currículo resumido dos autores	Morris Rosenberg foi membro da N.C. Jornalism Hall of FAME. Faleceu em 2007.
Objectivos da escala	Avaliar a auto-estima global.
Dimensões avaliadas	A escala é constituída por 10 itens, cinco positivos e cinco negativos. Nas afirmações positivas, as respostas 3 (discordo) e 4(discordo plenamente), são convertidos no algarismo 1 – correspondendo a uma baixa auto-estima; as respostas 1 (concordo plenamente) e 2 (concordo) são convertidas no algarismo 0- correspondendo a uma elevada auto-estima. Para afirmações negativas, as respostas 1 (concordo plenamente) e 2 (concordo) são convertidas no algarismo 1 – correspondendo a uma baixa auto-estima; as respostas 3 (discordo) e 4 (discordo plenamente9, são convertidas no algarismo 0 e correspondem a uma elevada auto-estima.

Fiabilidade da escala original	A avaliação da fiabilidade deste instrumento foi estimada por alguns autores (e.g. Abrantes, 1998), considerando que apresenta uma boa fiabilidade.
Direitos e distribuição	Não referido na dissertação.
Adaptação e validação para a língua portuguesa	A validação da escala foi efectuada por diferentes autores estrangeiros como Rogers e Evans (1993) e Rosenberg (1979), assim como, por autores portugueses como Batista (1995), Silva (1995), Vasconcelos (1995) e Lopes (1996), e os resultados obtidos apresentam-se globalmente satisfatórios.
Título da tese	A influência de um Programa de Hidroginástica no Comportamento Psicomotor de Mulheres Mastectomizadas.
País	Portugal.
Ano	2005.
Realizada por	Carla Maria Mendes Fontes. Orientador: Prof. Doutora Maria Olga Vasconcelos.
Entidades	Faculdade de Desporto. Universidade do Porto.
População do estudo	Mulheres Mastectomizadas.

Amostra	A amostra foi constituída por 14 mulheres. Sexo feminino, com idades compreendidas entre os 41 e os 65 anos.
Área	Saúde.
Tipo de serviço	Público.
Tempo médio de aplicação da escala	Não referido na dissertação.
Fiabilidade da escala do estudo	Não referido na dissertação.
Serviço e local	Hospital Conde de S. Bento de Santo Tirso. Centro de Saúde de Santo Tirso.
Informações gerais	Não referido na dissertação.
Procedimentos gerais	
Procedimentos institucionais	Não referido na dissertação.
Informações de adaptação	Não referido na dissertação.
Procedimentos de esclarecimento	Não referido na dissertação.

Procedimentos de aplicação	Não referido na dissertação.
Procedimentos estatísticos	Foi construida uma base de dados no programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 12,5. Na estatistica inferencial foi utilizada a estatistica paramétrica pela razão da amostra ser pequena . Teste Wilcoxon, Teste Mann-Witney.
Conclusão	O estudo verificou que as mulheres mastectomizadas praticantes de Hidroginástica registaram uma melhoria dos valores de satisfação com a imagem corporal, do primeiro para o segundo momento de observação.
Referências	Fontes, C. (2005) A influência de um Programa de Hidroginástica no Comportamento Psicomotor de Mulheres Mastectomizadas. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto. http://eib.emcdda.europa.eu/html.cfm/index3676EN.html http://www.jomc.unc.edu/the_news/school_news/morris_rosenberg_724_2.html

Quadro 18 – Grelha da apresentação dos resultados da Escala Q da Tese 16.

Nome original da escala	Medical Outcome Studay *Short-From Health Survey 36 Item*.
Histórico	A escala foi criada por John E. Ware em 1990.

Currículo resumido dos autores	John E. Ware é professor de Medicina da School of Graduate Biomedical Sciences, Trufts University. Um dos principais focos da sua investigação é a utilização de teorias psicometricas relativas à saúde.
Objectivos da escala	Avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde
Dimensões avaliadas	O MOS SF-36 contempla escalas de itens múltiplos para medir as 8 dimensões de saúde: Função física – pretende medir as limitações na execução de actividades físicas, das básicas ás mais exigentes; Desempenho físico e emocional – procura medir as limitações em saúde em termos de tipo e qualidade de trabalho; Saúde geral – pretende medir a percepção holística da saúde incluindo a saúde actual, resistência à doença e a aparência saudável; Função social – pretende captar a quantidade e qualidade das actividades sociais e o impacto dos problemas físicos e emocionais nessas actividades; Vitalidade – contempla os níveis de energia e fadiga; Saúde mental – inclui questões que se referem a quarenta das mais importantes dimensões da saúde mental: ansiedade, depressão, perda de controlo em termos comportamentais ou emocionais e bem-estar psicológico; Dor física – pretende medir a intensidade e o desconforto provocado pela dor e de que forma e em que extensão interfere nas actividades normais. Escala de transição ou mudança de saúde, não constitui por si só uma dimensão (não é considerada um conceito de saúde) tem como objectivo medir a quantidade de mudança em geral na

	saúde de quem responde.
Fiabilidade da escala original	Não referido na dissertação.
Direitos e distribuição	Não referido na dissertação.
Adaptação e validação para a língua portuguesa	A adaptação à versão Portuguesa do MOS SF-36 foi da responsabilidade de Ferreira em 1994 (Rosete e Ferreira, 1994) sendo reconhecida pela Medical Outcome Trust.
Título da tese	Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e Satisfação com a Vida – um estudo em indivíduos amputados do membro inferior.
País	Portugal.
Ano	2006.
Realizada por	Maria Aureliana Alves Ribeiro Dias. Orientador: Prof. Doutor António Manuel Fonseca.
Entidades	Faculdade de Desporto. Universidade do Porto.
População do estudo	Indivíduos amputados do membro inferior.
Amostra	A amostra foi constituída por 41 indivíduos.

	37 do sexo masculino (90,2%) e 4 do sexo feminino (9,8%). Com uma média de idades de 55,8.
Área	Saúde.
Tipo de serviço	Público.
Tempo médio de aplicação da escala	Não referido na dissertação.
Fiabilidade da escala do estudo	Não referido na dissertação.
Serviço e local	Não referido na dissertação.
Informações gerais	Não referido na dissertação.
Procedimentos gerais	
Procedimentos institucionais	Não referido na dissertação.
Informações de adaptação	Não referido na dissertação.

Procedimentos de esclarecimento	Não referido na dissertação.
Procedimentos de aplicação	Não referido na dissertação.
Procedimentos estatísticos	Para a análise estatistica dos dados foi utilizada o Statistical Package for the Social Sciences – SPSS, versão 11,5 para Windows.
Conclusão	Os amputados do membro inferior, no geral, percepcionam pior as dimensões do seu estado de saúde mais relacionadas com a componente física, estando a componente mental mais favorecida.
Referências	Dias, M. (2006) Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e Satisfação com a Vida – um estudo em indivíduos amputados do membro inferior. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto. http://www.tufts.edu/sackler/facultyIntros/wareJ.html

Quadro 19 – Grelha da apresentação dos resultados da Escala R da Tese 16.

Nome original da escala	*Satisfaction With Life Scale*.

Histórico	A SWLS foi desenvolvida nos EUA para representar um iten multi-escala para a avaliação global da satisfação com a vida como um processo cognitivo de julgamento, em vez da utilização de domínios especificos, como por exemplo, a saúde e a riqueza pessoal. Foram desenvolvidos estudos em estudantes de psicologia e numa população geriátrica, onde a escala demonstrou ter caracteristicas psicométricas favoráveis, que serviram de base para afirmar que a escala é adequada para ser utilizada em grupos de idades diferentes.
Currículo resumido dos autores	Ed Diener – ilustre professor de Psicologia da Universidade de Illinois. Tem mais de 240 publicações, com cerca de 190 na área da psicologia do bem-estar. Emmons – professor do Departamento de Psicologia da Universidade da Califórnia. Larsen – psicólogo do Departamento de Psicologia da Universidade de Washington. O interesse dos seus estudos centra-se nas emoções e no bem-estar subjectivo. Grifin – professor de Educação do Departamento de Educação Clark University, também actua como professor adjunto de psicologia.
Objectivos da escala	Avaliar a satisfação com a vida.
Dimensões avaliadas	Não referido na dissertação

Fiabilidade da escala original	Não referido na dissertação.
Direitos e distribuição	Não referido na dissertação.
Adaptação e validação para a língua portuguesa	A adaptação à versão Portuguesa - Escala de Satisfação com a vida. Não foi referido o processo de adaptação nem a identidade que a realizou.
Título da tese	Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e Satisfação com a Vida – um estudo em indivíduos amputados do membro inferior.
País	Portugal.
Ano	2006.
Realizada por	Maria Aureliana Alves Ribeiro Dias. Orientador: Prof. Doutor António Manuel Fonseca.
Entidades	Faculdade de Desporto. Universidade do Porto.
População do estudo	Indivíduos amputados do membro inferior.
Amostra	A amostra foi constituída por 41 indivíduos. 37 do sexo masculino (90,2%) e 4 do sexo feminino (9,8%). Com uma média de idades de 55,8.

Área	Saúde.
Tipo de serviço	Público.
Tempo médio de aplicação da escala	Não referido na dissertação.
Fiabilidade da escala do estudo	Não referido na dissertação.
Serviço e local	Não referido na dissertação.
Informações gerais	Não referido na dissertação.
Procedimentos gerais	
Procedimentos institucionais	Não referido na dissertação.
Informações de adaptação	Não referido na dissertação.
Procedimentos de esclarecimento	Não referido na dissertação.
Procedimentos de aplicação	Não referido na dissertação.

Procedimentos estatísticos	Para a análise estatistica dos dados foi utilizada o Statistical Package for the Social Sciences – SPSS, versão 11,5 para Windows.
Conclusão	No geral, os amputados do membro inferior estão moderadamente satisfeitos. A situação de amputação não parece ser um aspecto que interfira na avaliação da sua satisfação global com a vida.
Referências	Dias, M. (2006) Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e Satisfação com a Vida – um estudo em indivíduos amputados do membro inferior. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

2. Frequência de utilização das escalas

No quadro 21fazemos referencia à frequência de utilização das escalas de avaliação nas 16 teses de mestrado em AFA. Na primeira coluna temos o nome da escala original, na segunda coluna o código que a escala é apresentada nos quadros anteriores, como já tínhamos estipulado no capítulo material e métodos (quadro 1) e na última coluna o número de vezes que a escala foi aplicada nas dissertações.

Quadro 21 – Frequência de utilização das escalas de avaliação nas teses de mestrado em AFA.

Nome original da Escala	Escala	Frequência
Échelle Collective de Niveau Intellectuele	Escala A	1
Adaptive Behavior Scale-Residential and Community	Escala B	1
Nottingham Health Profile	Escala C	1
Escala de Distância Social na Classe	Escala D	1
Teacher Integration Attitudes Questionnaire	Escala E	1
Sickness impact Profile	Escala F	1
Childhood Autism Rathing Scale	Escala G	1
Intelligence Scale for Children – Revised	Escala H	1
Self Perception Scale for Children	Escala I	1
Self Perception Profile for Children	Escala J	1
Medical Outcome Studay Short-from Health Survey 36 item	Escala K Escala Q	2
Self Perception Profile for Adolescents (SPPA)	Escala L	1
Pictorial Scale of Perceived Competence and Social Acceptence in Young Children	Escala M	1
Satisfaction With Life Scale (SWLS)	Escala N Escala O Escala R	3
Self-Esteem Scale	Escala P	1

Como podemos verificar ao observar o quadro 21, foram utilizadas 15 diferentes escalas de avaliação nas teses de mestrado em AFA, realizadas desde 1997 até 2007. Apenas a MOS SF-36 foi aplicada em dois estudos e a SWLS também foi administrada em três teses distintas. As restantes escalas foram aplicadas uma única vez.

3. Domínios avaliados pelas escalas

O quadro seguinte representa os quatro domínios avaliados pelas escalas, nas teses de mestrado em AFA. Para facilitar a leitura as escalas são

apresentadas juntamente com o código que lhes foi atribuído no capítulo IV (quadro1).

A coluna da esquerda está numerada para identificarmos automaticamente quantas escalas é que foram aplicadas em cada um dos domínios.

Quadro 22 - Domínios avaliados pelas escalas nas teses de mestrado em AFA.

	Domínio Psicomotor	Domínio Cognitivo	Domínio Social	Domínio Emocional
1	Escala C (NHP)	Escala A (ECNI)	Escala B (ABS-RC:2)	Escala I (S-PSC)
2	Escala G (CARS)	Escala H (WISC-R)	Escala D (EDSC)	Escala J (SPPC)
3	Escala K (MOS SF-36)		Escala E (TIAQ)	Escala L (SPPA)
4	Escala Q (MOS SF-36)		Escala F (SIP)	Escala P (RSE)
5			Escala M (PSPCA)	Escala N (SWLS)
6				Escala O (SWLS)
7				Escala R (SWLS)
Total	**4**	**2**	**5**	**7**

Ao analisarmos o quadro 22 podemos verificar que o domínio mais avaliado nas teses de mestrado realizadas no gabinete de AFA é o domínio emocional, com sete teses, seguido pelo domínio social, com cinco, no domínio psicomotor foram apresentadas quatro dissertações e no domínio cognitivo apenas duas.

Podemos também salientar, que a escala SWLS foi aplicada em três estudos para avaliar o domínio cognitivo e a escala MOS SF-36 foi administrada duas vezes no âmbito do domínio psicomotor.

4. Populações avaliadas pelas escalas

No quadro 23 fazemos referência às populações com deficiência avaliadas pelas escalas nas teses de mestrado em AFA.

A penúltima coluna do quadro tem como título outra, pois as restantes populações avaliadas pelas escalas não se enquadravam em nenhuma das categorias, porque eram populações com NE, mas não com deficiência. E ainda existem duas escalas que foram aplicadas à população dita normal, como é o caso da Escala A e da Escala E.

Quadro 23 - Populações avaliadas pelas escalas nas teses de mestrado em AFA.

	Categorias				
	Mental	Física	Fisiológica	Outra	Normal
1	Escala B (ABS-RC:2)	Escala F (SIP)	Escala C (NHP)	Escala J (SPPC)	Escala A (ECNI)
2	Escala D (EDSC)	Escala Q (MOS SF-36)	Escala K (MOS SF-36)	Escala N (SWLS)	Escala E (TIAQ)
3	Escala M (PSPCA)	Escala R (SWLS)	Escala L (SPPA)	Escala O (SWLS)	
4	Escala H (WISC-R)		Escala P (RSE)	Escala G (CARS)	
5	Escala I (S-PSC)				
6					
Total	**5**	**3**	**4**	**4**	**2**

Ao observarmos o quadro 23 podemos verificar que foram aplicadas cinco escalas de avaliação em pessoas com deficiência mental, das quais três são referentes ao domínio social (escala B, D e M), uma ao domínio cognitivo (escala H) e outra ao domínio emocional (escala I). Na população com deficiência física, foram administradas três escalas de avaliação e as três em domínios diferentes, domínio social (escala F), domínio psicomotor (escala Q) e no domínio emocional (escala R).

Foram realizados quatro estudos tendo como amostra populações com deficiência fisiológica. Ao analisarmos as escalas aplicadas a esta população podemos verificar que o interesse se focalizou em apenas dois domínios o psicomotor (escala C e K) e o emocional (escala L e P).

Na categoria outra a escala SPPC foi aplicada a crianças com dificuldades de aprendizagem, a escala SWLS utilizada em crianças e jovens com NE e a escala CARS a crianças com síndrome autista.

Na última coluna estão representadas as duas populações ditas normais. A escala (ECNI) foi administrada a crianças do 2º ciclo e a escala TIAQ foi aplicada a professores que leccionam alunos com NE.

5. Idades das populações avaliadas pelas escalas

No próximo quadro abordamos as idades das pessoas avaliadas pelas escalas nas teses de mestrado em AFA. Dividimos o nosso quadro em três grupos etários. Grupo das crianças, com idades compreendidas entre os 5 e os 12 anos; grupo dos jovens e adultos dos 12 aos 40 anos e o grupo dos adultos e idosos que comporta pessoas dos 40 até aos 79 anos. Esta divisão etária deve-se ao facto de existir uma amostra com uma elevada dispersão de idades e esta pareceu-nos a forma mais correcta de dividir a população. Formando assim três grandes grupos: crianças, jovens adultos e adultos idosos.

Quadro 24 - Idades das populações avaliadas pelas escalas nas teses de mestrado em AFA.

	Idades		
	Crianças (5-12 anos)	Jovens e adultos (12-40 anos)	Adultos e idosos (40 -79 anos)
1	Escala A (ECNI)	Escala B (ABS-RC:2)	Escala C (NHP)
2	Escala D (EDSC)	Escala L (SPPA)	Escala K (MOS SF-36)
3	Escala G (CARS)	Escala M (PSPCA)	Escala P (RSE)
4	Escala H (WISC-R)	Escala N (SWLS)	Escala Q (MOS SF-36)
5	Escala I (S-PSC)	Escala O (SWLS)	Escala R (SWLS)
6	Escala J (SPPC)	Escala E (TIAQ)	
7		Escala F (SIP)	
Total	**6**	**7**	**5**

Ao analisarmos o quadro 24 podemos verificar que a população avaliada pelas escalas nas teses de mestrado em actividade física adaptada é maioritariamente jovem, foram aplicadas 6 escalas a crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 12 anos e 7 a jovens e adultos com idades entre os 12 e os 40 anos. À população mais velha foram apenas administradas 5 escalas de avaliação.

6. Sexo das populações avaliadas pelas escalas.

No quadro 25 estão representadas as escalas que foram aplicadas apenas no sexo feminino ou no sexo masculino e em ambos os sexos.

Quadro 25 - Sexo das populações avaliadas pelas escalas nas teses de mestrado em AFA.

	Sexo		
	Feminino e Masculino	Feminino	Masculino
1	Escala A	Escala P	Escala B
2	Escala D		Escala C
3	Escala E		Escala G
4	Escala F		
5	Escala H		
6	Escala I		
7	Escala J		
8	Escala k		
9	Escala L		
10	Escala M		
11	Escala N		
12	Escala O		
13	Escala Q		
14	Escala R		
Total	**14**	**1**	**3**

A maioria das escalas de avaliação foram aplicadas a ambos os sexos (14), 3 escalas foram administradas apenas a indivíduos do sexo masculino e uma escala a uma amostra do sexo feminino.

7. Área central das teses de mestrado em AFA

Nos dados recolhidos pela grelha (quadro 3 ao 20) encontramos três áreas centrais: educação, saúde e desporto. O quadro 26 mostra-nos em que área de interesse é que as escalas de avaliação foram aplicadas.

Quadro 26 - Área central das teses de mestrado em AFA que aplicaram escalas de avaliação.

	Área		
	Educação	Saúde	Desporto
1	Escala A (ECNI)	Escala C (NHP)	Escala B (ABS-RC:2)
2	Escala D (EDSC)	Escala G (CARS)	Escala F (SIP)
3	Escala E (TIAQ)	Escala K (MOS SF-36)	
4	Escala H (WISC-R)	Escala L (SPPA)	
5	Escala I (S-PSC)	Escala M (PSPCA)	
6	Escala J (SPPC)	Escala P (RSE)	
7	Escala N (SWLS)	Escala Q (MOS SF-36)	
8	Escala O (SWLS)	Escala R (SWLS)	
Total	**8**	**8**	**2**

Na área da educação foram aplicadas 8 escalas de avaliação, duas que fazem parte do domínio cognitivo (escala A e H), duas que estão inseridas no domínio social (escala D e E) e as restantes quatro do domínio emocional (escala I, J, N e O). Nesta área não foi aplicada nenhuma escala com vista a avaliar o domínio psicomotor. Ainda podemos verificar que a escala SWLS foi aplicada em dois estudos diferentes, mas ambos na área da educação.

Quando observamos a coluna da área da saúde podemos constatar que foram aplicadas 8 escalas de avaliação, quatro delas fazem parte do domínio psicomotor (escala C, G, K e Q) três são escalas que avaliam o domínio emocional (escala L, P e R) e apenas foi aplicada uma escala do domínio social (escala M). Tal como na área da educação, na área da saúde também foi aplicada a mesma escala em dois estudos diferentes (escala MOS-SF 36).

Quanto à área do desporto apenas foram aplicadas duas escalas de avaliação, ambas no âmbito do domínio social (escala B e F).

8. Fiabilidade das escalas

O quadro 27 tem como propósito apresentar as teses que revelaram a fiabilidade das escalas utilizadas. Na primeira coluna estão os códigos atribuídos às escalas, na segunda coluna é referida a fiabilidade da escala original e na última coluna a fiabilidade da escala aplicada no estudo.

Quadro 27 - Fiabilidade das escalas de avaliação aplicadas nas teses de mestrado em AFA.

	Fiabilidade	
	Escala Original	Escala do estudo
Escala A – Tese1	NRD*	NRD
Escala B – Tese 2	0,97	0,95
Escala C – Tese 3	NRD	NRD
Escala D – Tese 4	NRD	NRD
Escala E – tese 5	0,77	NRD
Escala F – Tese 6	0,81 a 0,91	NRD
Escala G – Tese 7	NRD	NRD
Escala H – Tese 8	NRD	NRD
Escala I – Tese 8	NRD	NRD
Escala J – Tese 9	NRD	NRD
Escala K – Tese 10	Elevada fiabilidade**	NRD
Escala L – Tese 11	NRD	NRD

Escala M – Tese 12	NRD	NRD
Escala N – Tese 13	NRD	NRD
Escala O – Tese 14	NRD	NRD
Escala P – Tese 15	Boa fiabilidade***	NRD
Escala Q – Tese 16	NRD	NRD
Escala R – tese 16	NRD	NRD

*NRD- não referido na dissertação

**Mc Dowell e Newell (1996) demonstraram uma elevada fiabilidade da escala.

***Abrantes (1998) a escala apresenta boa fiabilidade.

De todas as escalas de avaliação da nossa amostra, apenas temos acesso a três valores da fiabilidade da escala original (escala B, E e F) e duas referências qualitativas da fiabilidade na escala K e P.

Quanto à fiabilidade da escala aplicada no estudo foi referida unicamente na escala B.

Em todas as outras escalas aplicadas a fiabilidade não foi referida na dissertação.

9. Adaptação e validação das escalas

No quadro 28 apresentamos as escalas que estão adaptadas à língua portuguesa na coluna da esquerda e as que ainda não foram adaptadas na coluna da direita. Para construirmos este quadro tivemos por base os dados recolhidos pelas grelhas.

Quadro 28 – Adaptação e validação das escalas de avaliação utilizadas nos mestrados em AFA para a língua portuguesa.

	Validação e adaptação para a língua portuguesa	
	Adaptada	Não adaptada
1	Escala A (ECNI)	Escala C (NHP)
2	Escala B (ABS-RC:2)	Escala D (EDSC)
3	Escala E (TIAQ)	Escala H (WISC-R)

4	Escala F (SIP)	
5	Escala G (CARS)	
6	Escala I (S-PSC)	
7	Escala J (SPPC)	
8	Escala K (MOS SF-36)	
9	Escala L (SPPA)	
10	Escala M (PSPCA)	
11	Escala N (SWLS)	
12	Escala O (SWLS)	
13	Escala P (RSE)	
14	Escala Q (MOS SF-36)	
15	Escala R (SWLS)	
Total	**15**	**3**

De todas as escalas da nossa amostra 3 não estão adaptadas para a língua portuguesa, embora já tenham sido utilizadas em estudos no nosso país. São elas as escalas NHP, EDSC e WISC-R. Apesar de no quadro termos 15 escalas adaptadas à população portuguesa, temos que ter em consideração que a escala SWLS se repete em três estudos e que a MOS SF-36 em dois. Assim ficamos com um total de 12 escalas de avaliação adaptadas à língua portuguesa.

VI. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Discussão dos resultados

De acordo com o objectivo delineado, pretende-se discutir aqui se as escalas de avaliação utilizadas nas teses de mestrado em AFA estão validadas para a população portuguesa, quais os domínios avaliados pelas escalas aplicadas, em que populações e em que área já foram administradas e se as escalas são suficientemente fiáveis para reproduzirem resultados válidos e credíveis. Vamos iniciar este capítulo com uma reflexão acerca do preenchimento da grelha de recolha dos dados.

1. Grelha de recolha dos dados

Esta parte da discussão dos resultados tem como objectivo reflectir acerca das principais dificuldades que encontramos para conseguir completar a grelha de recolha dos dados.

Como já referimos anteriormente esta grelha pode ser dividida em três partes: parte 1 referente à escala original, parte 2 diz respeito às informações recolhidas da escala utilizada na dissertação e parte 3 os procedimentos utilizados na aplicação da escala do estudo.

Na parte 1 a grande dificuldade na recolha dos dados centrou-se em dois pontos, na fiabilidade original da escala e nos direitos e distribuição da mesma. Sendo o primeiro aspecto, a fiabilidade, fundamental para determinar a qualidade da escala (Pitanga, 2005; Strand & Wilson, 1995; Miller, 1998).
Também podemos concluir que a grande parte das dissertações não revelam os direitos e distribuição das escalas de avaliação, o que nos leva a pensar que podem ter sido utilizadas sem a devida autorização. Quando um profissional pretende utilizar um instrumento de avaliação, em primeiro lugar tem que realizar um acordo com o proprietário dos direitos de autor do instrumento (Stufflemean, 2000).

Na parte 2 existiram duas entraves no preenchimento da grelha: o tempo médio de aplicação da escala e a fiabilidade da escala do estudo.

O tempo médio de aplicação da escala é um aspecto muito importante pois permite a quem vai utilizar a escala prever o tempo que o estudo vai demorar a ser concluído, pode também condicionar a escolha do tamanho da

amostra. Parece-nos uma falha que deve ser colmatada para facilitar estudos futuros utilizando as mesmas escalas. Winnick (1990) considera que a economia de tempo gasto na aplicação do instrumento é um dos critérios que o investigador deve ter em conta antes de optar por determinado método de avaliação.

Quanto à fiabilidade da escala utilizada na dissertação apenas tivemos acesso a um resultado. O que não nos garante credibilidade dos resultados obtidos nos restantes estudos. Sem conhecer a fiabilidade da escala não é possível ter confiança nos resultados (Martins, 2006).

Na terceira parte da grelha, os procedimentos utilizados para a aplicação da escala estavam descritos em praticamente todas as teses de mestrado. Podemos verificar que essa tendência veio a diminuir. Quanto mais recentes são as teses, mais escassa é a descrição dos procedimentos utilizados na metodologia.

Descritas as principais dificuldades no preenchimento da grelha passamos a uma abordagem mais global de todos os pontos que a compõem.

Em todas as dissertações encontramos o nome original da escala. Quanto ao histórico, algumas dissertações faziam uma referência bastante satisfatória do historial, como é o caso da ECNI, NHP, ABS-RC:2, TIAQ, SIP, MOSS SF-36, SPPA, SWLS, RSE que nos permitiu conhecer a origem da escala, a primeira população onde foi aplicada e com que intuito é que foi criada. Outras apenas faziam uma breve descrição, onde somente nos deram a conhecer o país de origem ou o autor da escala, EDSC, WISC-R, S-PSC, SPPC e PSPCSA. Todas as escalas foram criadas na Europa e nos Estados Unidos da América, o que vai de encontro ao referido por Almeida (2000). Na Europa foi desenvolvida a ECNI, em França; a SPPA, na Noruega e NHP na Inglaterra. Nos Estados Unidos foram criadas a ABS- RC e a SWLS.

Não tivemos a oportunidade de preencher todos os currículos dos autores das escalas, em algumas grelhas apenas foi encontrada a referência da escala em questão, e não conhecemos outras obras realizadas. De qualquer forma o nome do autor da escala original está presente em todas as grelhas.

Os objectivos da escala e as dimensões avaliadas vão ser objecto de discussão mais à frente no ponto 10. A fiabilidade original da escala e os

direitos e distribuição como foram dois itens com escassa informação de recolha já foram discutidos anteriormente. A adaptação e validação das escalas para a língua portuguesa será discutida no ponto 9.

Pensamos importante incluir o título da tese de onde foram retirados os dados, bem como o país onde foi realizado o estudo e o ano de conclusão do trabalho, assim como o autor da tese e o seu orientador. Pois consideramos peças fundamentais para compreender com que finalidade a escala foi aplicada para ir de encontro ao título atribuído ao trabalho. O ano é importante quando pensamos na actualidade dos dados recolhidos. Quanto ao país, todas as escalas de avaliação da nossa amostra foram aplicadas em Portugal. A referência ao autor da tese e ao orientador não poderia deixar de ser feita pois deram um grande contributo para o preenchimento da grelha de recolha dos resultados.

As entidades envolvidas no estudo foram preenchidas com o intuito de percebermos os órgãos envolvidos na realização do trabalho que juntamente com o serviço e local, constituem marcos de referência que futuros investigadores podem consultar para obterem mais informações sobre a aplicação da escala no estudo em concreto.

A população do estudo, a área e a fiabilidade da escala do estudo vão ter o seu espaço discussão mais à frente.

O item reservado para a conclusão é um espaço com interesse, pois permite a quem consulte a grelha ter conhecimento das principais conclusões que o autor do estudo encontrou através da aplicação da escala. O último ponto da nossa grelha é composto pelas referências, onde está naturalmente a tese de mestrado de onde foram recolhidos os dados, bem como outras referências que foram consultadas para preencher espaços, que ficariam em branco só com a informação recolhida da tese.

2. Frequência de utilização das escalas

Foram utilizadas 15 diferentes escalas de avaliação nas 16 Teses de Mestrado em AFA desde 1997 até 2007 (quadro 21). A MOS SF-36 foi aplicada em dois estudos, ambos para avaliarem o domínio psicomotor (quadro22), embora num estudo a escala foi administrada a uma população com deficiência

física e noutro estudo a uma população com deficiência fisiológica (quadro 23). Em ambas as dissertações a escala foi aplicada a indivíduos com mais de 40 anos (quadro 24), na área da saúde (quadro 26). A aplicação desta escala em dois estudos no mesmo domínio e a indivíduos na mesma faixa etária demonstra que pode ser considerada uma boa opção quando um investigador pretende avaliar o domínio psicomotor numa população adulta.

A outra escala da nossa amostra que também se repete é a SWLS, mas esta foi utilizada com uma frequência superior à anterior. Existem três estudos onde esta escala foi aplicada, todos com o intuito de avaliarem o domínio emocional. Este resultado já nos dá algumas garantias para uma escolha com segurança.

3. Domínios avaliados pelas escalas

Os instrumentos de avaliação podem ser agrupados em três domínios, afectivo, cognitivo e psicomotor (Miller, 1998; Morrow et al., 2000). Já Blascho (2000) considera quatro domínios: físico, cognitivo, social e emocional. Tendo em consideração os domínios apresentados pelos autores, construímos o quadro 22, onde agrupamos as escalas de avaliação segundo o domínio em que foram utilizadas nas teses de mestrado.

Podemos verificar que o domínio mais avaliado foi o emocional, seguido do domínio social sendo o domínio cognitivo o menos avaliado, com apenas a aplicação de duas escalas de avaliação (quadro 22).

Constatamos que as teses mais recentes utilizaram escalas para avaliar o domínio emocional, a primeira tese de mestrado em actividade física adaptada a avaliar o domínio emocional foi realizada em 2002 (escala S-PSC) e a última da nossa amostra foi realizada em 2006 (escala SWLS). O que nos leva a inferir que o interesse na componente emocional dos indivíduos é relativamente recente, tendo em conta o ano da primeira tese de mestrado em AFA realizada neste âmbito (2002) e que esse interesse tem-se mantido devido ao número de teses realizadas (7) (quadro 22). Também estamos em condições de afirmar que para avaliar o domínio cognitivo a escala mais

utilizada foi a SWLS e que os três últimos estudos realizados neste âmbito utilizaram a mesma escala dois em 2005 e um em 2006.

4. Populações avaliadas pelas escalas

Poter (1987) considera três grandes categorias para agrupar as pessoas com deficiência, no quadro 22 estão agrupadas as populações avaliadas nas teses de mestrado em actividade física adaptada, segundo essas três categorias.

Podemos considerar que o interesse da investigação no gabinete de AFA se centra na população com deficiência mental, pois é aquela em que mais estudos foram realizados utilizando escalas de avaliação.

Na nossa amostra não existe qualquer tese de mestrado que tenha aplicado uma escala na área psicomotora para avaliar pessoas com deficiência mental. Na população com deficiência física, foram aplicadas três escalas de avaliação, todas em domínios diferentes.

Foram realizados quatro estudos tendo como amostra a população com deficiência fisiológica. Ao analisarmos as escalas aplicadas a esta população podemos verificar que o interesse se focalizou em apenas dois domínios o psicomotor com a escala NHP e a escala MOS SF-36 e no domínio emocional com as escalas SPPA e RSE.

5. Idades das populações avaliadas pelas escalas

Às crianças que foram aplicadas as escalas de avaliação, não podemos encontrar um domínio de preferência, pois os quatro domínios foram avaliados cognitivo (ECNI e WISC-R), social (EDSC), psicomotor (CARS) e emocional (S-PSC e SPPC).

Na população jovem e adulta é possível verificar uma elevada preferência pelo domínio social, onde foram aplicadas quatro escalas de avaliação nesta área do comportamento (ABS-RC:2, TIAQ, SIP e PSPCA) e pelo domínio emocional (SPPA, SWLS, duas vezes). Entre os 12 e os 40 anos

não foi aplicada qualquer escala de avaliação nas áreas psicomotora e cognitiva nos mestrados em AFA presentes na nossa amostra.

Quanto à população com idade mais avançada foram administradas escalas de avaliação em dois domínios, psicomotor (escala NHP, MOS SF-36 duas vezes) e no domínio emocional (escala RSE e SWLS).

Assim podemos inferir que na população mais jovem, a investigação está mais centrada no domínio social, enquanto na população mais idosa o foco de interesse volta-se para os domínios psicomotor e emocional.

6. Sexo das populações avaliadas pelas escalas

As escalas de avaliação utilizadas nas teses de mestrado em AFA foram aplicadas, na sua grande maioria, a ambos os sexos. Existindo apenas um estudo que teve uma amostra exclusivamente feminina. E três escalas administradas a um universo masculino.

A escala RSE, aplicada a um grupo do sexo feminino, insere-se no domínio emocional enquanto as escalas aplicadas aos sujeitos do sexo masculino fazem parte de dois domínios, social (ABS RC:2) e psicomotor (NHP e CARS).

7. Área central das teses de mestrado em AFA

Na área da educação o domínio mais avaliado foi o domínio emocional com as escalas (S-PSC, SPPC, SWLS). A escala SWLS foi aplicada em dois estudos nesta área.

Quanto à área da saúde o domínio mais investigado no gabinete de AFA utilizando escalas de avaliação foi o domínio psicomotor, onde foram administradas as escalas: (NHP, CARS e MOS SF-36). Aqui a escala MOS SF-36 também foi aplicada em dois estudos diferentes.

Na área desportiva o domínio que suscita maior interesse é o social com a realização de duas escalas de avaliação (ABSRC:2 e SIP).

8. Fiabilidade das escalas

Miller em 1998 considera que a fiabilidade é um dos principais aspectos que determina a qualidade de um instrumento de avaliação. Sendo assim os autores dos estudos deviam revelar a fiabilidade da escala de avaliação aplicada, para que quem a consultasse tivesse uma ideia precisa da qualidade do instrumento utilizado, podendo assim, conferir credibilidade e confiança aos resultados obtidos na avaliação efectuada por esse instrumento. A fiabilidade é um conceito bastante importante, porque se relaciona com a utilidade prática da escala de avaliação.

De todas as teses de mestrado em AFA consultadas, apenas uma revelou a fiabilidade do estudo (escala B). O mesmo acontece com a fiabilidade original da escala utilizada nas dissertações, só foi referida a fiabilidade de três escalas: (ABS-RC:2 , SIP e TIAQ). Esta parece-nos uma grande falha que se generaliza a praticamente toda a nossa amostra.

9. Adaptação e validação das escalas

Apesar de estarem 12 escalas adaptadas para a língua portuguesa, algumas destas escalas não tiveram uma adaptação cultural, apenas foram traduzidas, o que não lhes confere validade de conteúdo na nova língua e na nova população (Viana, 2008).

Das escalas da nossa amostra existem 5 que referem uma verdadeira adaptação à população portuguesa e não se limitam somente a uma tradução, são elas: (SIP, S-PSC, MOS SF-36 e PSCPA). Assim podemos afirmar que estas escalas são as únicas que nos dão garantia para serem utilizadas no nosso país, pois estão validadas para a nossa população. As restantes escalas embora já tenham sido utilizadas na população portuguesa não passaram por uma verdadeira adaptação cultural.

10. Análise das escalas em função do objectivo das dimensões e da população.

A qualidade das inferências e das decisões tomadas após os resultados das avaliações dependem directamente da qualidade do instrumento utilizado (Bond & Fox, 2001). Logo é necessário fazer uma boa escolha da escala de avaliação para produzir resultados úteis e de acordo com o que o investigador se propõe a avaliar. Com este último ponte de discussão pretendemos dar a conhecer qual a escala com maior qualidade para avaliar determinado objectivo, tendo em conta a validação e adaptação à população portuguesa.

Os investigadores devem estar conscientes das características específicas de cada instrumento para escolher o que melhor se adapta à população avaliada (Winnick, 1990). Vamos aqui revelar, para cada população qual a escala que pode ser aplicada.

Simon (1991) considera que a maioria dos instrumentos não estão adaptados à população com NE. No caso da EDSC já foi aplicada a mesma escala em crianças do 2º ciclo ditas normais e a crianças do 2º ciclo com deficiência mental. Este facto vai de encontro ao referido por Simon (1991), que a avaliação na população com NE é feita muitas vezes com instrumentos validados em indivíduos ditos normais, o que pode induzir a erros nos resultados da avaliação. Para Stufflebeam (2000), o primeiro passo para aplicar uma escala deve ser determinar as características e as necessidades dos indivíduos que vão ser avaliados. Deste modo a mesma escala não pode avaliar duas populações tão distintas como é o caso das crianças com deficiência mental e das crianças sem deficiência mental. Este facto pode justificar-se pela escassez de instrumentos de avaliação adaptados á população com NE (Corredeira, 2008), o que leva os investigadores a optarem por aplicar o mesmo instrumento criado para a população dita normal em indivíduos com NE.

Se um investigador pretender avaliar o estado de saúde em geral ou o estado funcional. Segundo a nossa amostra tem duas opções na escolha da escala. Pode optar pela NHP, que já foi utilizada em doentes cardíacos, com asma brônquica e com diabetes. Ou pode optar pela MOS SF-36, que já foi

aplicada a indivíduos com sequelas de acidente vascular cerebral e a sujeitos amputados do membro inferior. Outra informação que o investigador deve ter em consideração para a sua escolha é que a MOS SF-36 está adaptada à população portuguesa, enquanto a NHP, embora já tenha sido utilizada em mais que um estudo, no nosso país, não está validada para a população portuguesa.

Para avaliar a relação, aceitação ou suporte social, temos disponíveis três escalas de avaliação: EDSC, SIP e PSPCSAYC.

A EDSC e a PSPCSAYC são destinadas a crianças. A primeira já foi aplicada a alunos do 2º ciclo do ensino básico com ou sem deficiência, portanto está adaptada tanto à população com NE como à população dita normal. A segunda está apta para ser utilizada em crianças com paralisia cerebral e está adaptada à cultura portuguesa.

SIP é a única escala deste grupo indicada para ser utilizada na população adulta. Já foi aplicada a indivíduos com paralisia cerebral.

Quando o objectivo é avaliar o factor de inteligência podemos utilizar a ECNI ou WISC-R. As duas escalas estão recomendadas para serem aplicadas em crianças. Ambas já foram utilizadas em alunos do 2º ciclo do ensino básico. No entanto a ECNI está aferida para a população portuguesa do ensino básico, enquanto WISC-R, nem sequer está traduzida para a nossa língua.

Para avaliar a auto-estima global ou o auto conceito a oferta de escalas é elevada. São-nos apresentadas quatro opções: S-PSC, SPPC, SPPA ou RSE. Se a população que pretendemos estudar for crianças somos obrigados a optar pela S-PSC ou pela SPPC, que para além de poder ser aplicada a crianças também se destina a pré-adolescentes.

A SPPA apenas é aplicável a adolescentes. Já a RSE é a única escala da nossa amostra para avaliar a auto-estima que pode ser aplicada na população adulta.

A escala ABS-RC:2 está validada para avaliar o comportamento adaptativo em pessoas com deficiência mental, aborda duas dimensões independência social e comportamento social.

Para avaliar a satisfação com a vida podemos utilizar a escala SWLS. É a única opção da nossa amostra e também foi a escala mais aplicada nas teses de mestrado em AFA. A escala foi originalmente validada em adolescentes, mas já foi utilizada em jovens com NE e em adultos amputados do membro inferior.

A CARS é utilizada com objectivo de identificar crianças com síndrome autista, aborda as seguintes dimensões: relação com as pessoas, imitação, resposta emocional movimentos, entre outras.

TIAQ foi criada para avaliar as atitudes dos professores relativamente à disponibilidade de fundos para a aceitação ou rejeição dos alunos com NE na escola.

VII. CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Conclusões e Sugestões

Considerando o objectivo do presente estudo e dentro dos seus limites amostrais foram retiradas as seguintes conclusões principais:

- O domínio mais avaliado pelas escalas de avaliação nas teses de mestrado em AFA é o domínio emocional.

- A população mais avaliada pelas escalas de avaliação nas teses de mestrado em AFA é a população com deficiência mental.

- A população avaliada pelas escalas nas teses de mestrado em AFA é maioritariamente jovem.

- As teses de mestrado em AFA raramente revelam a fiabilidade das escalas de avaliação aplicadas no estudo.

- Poucas escalas de avaliação estão adaptadas culturalmente à população portuguesa.

- As escalas de avaliação criadas para a população dita normal são aplicadas em indivíduos com NE.

A experiência adquirida ao longo deste trabalho, bem como a análise e discussão dos dados recolhidos, sugerem a necessidade de maior investigação sobre as escalas de avaliação adaptadas à população portuguesa com NE. Julgamos pertinente a realização de trabalhos futuros:

- Com amostras de maior representatividade, por exemplo, alargar o estudo às escalas de avaliação utilizadas nos Doutoramentos em AFA.

- Construção de uma base de dados com o nome da escala os domínios onde pode ser aplicada e à população a que está adaptada.

VIII. RFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referências Bibliográficas

Abrantes, F. (2004) - Qualidade de Vida relacionada com a saúde em indivíduos com sequelas de Acidente Vascular Cerebral – Estudo da influência de um programa de equitação terapêutica. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

Almeida, M., P. (2000). O Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde. Revista de Saúde Pública da universidade de S. Paulo Vol.5 1. Consult 12 Fev de 2008 disponível em http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413812320000004&script=sci_arttext

Baptista, M. A. (2002) Estudo das características de um grupo de talentos psicomotores – estudo em crianças de ambos os sexos do 2º ciclo de escolaridade. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

Baumgartner, T. A., & Jackson, A. S. (1995) Measurement for evaluation in physical education and exercise science. Dubuque: Brown & Benchmark.

Baumgartner, T. A., & Strong, C. H. (1997). Conducting and reading research in health and human performance (2 nd ed). Boston: WCB/McGaw-Hill.

Beaton, D.; Bombardier, C.; Guillemin, F.; Ferraz, M. Recommendations for the cross-cultural Adaptation of Health Status Measures. Americanacademy of Orthopaedic Surgeons and Institute for Work&Health. Consult 17Mai de 2008 disponível em http://www.dash.iwh.on.ca

Blauwet,C.; Burgess,E.; Allen, J.; Alison, E.; Salvary, C.; Stocchino, et al. (2005). Sport for Persons with Disability perspectives the multidisciplinary series

of physical education and sport science vol.7 Intarnational Coucil of sport science and physical education. Colin Higgs & Yves Vanlandewijck.

Bond, T. G.; Fox, C. M. (2001). Applying the rasch model – Fundamental measurement in the human sciences. Lawrence Erlbaum associates. Publishers Mahawah, New Jersey London.

Bowers, L. ; Kleisius, L. (1991). Eu sou especial. Módulos instrutivos de educação física e desporto para pessoas portadoras de deficiência. Brasília – Pr/secretaria dos desportos.

Brito, C.(1998). Proficiência Motora, Desempenho Cognitivo e Académico. Interdependência e Níveis de Prestação. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

Burlingame, J., Blaschko, T. (1997). Assessement tools for recreational therapy and related fiels (3th ed). Ravensdale, WA: Idyll Arbon, inc.

Burton, A. ; Miller, D. (1998). Movement Skill Assessment . Champaign, Illinois. Human Kinetics.

Campos, M.(2005). Autopercepções em Crianças e Jovens com Síndroma de Down – Estudo da Competência percebida e da Aceitação Social. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

Carvalheiro, L.(1999). Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Indivíduos com Paralisia Cerebral – Um estudo em desportistas e não desportistas. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

Carvalho, L. (2005). A Actividade Física e a Satisfação com a Vida em adolescentes com Necessidades Educativas Especiais. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

Castro, E.(2005). Actividade Física Adaptada. Ribeirão Preto, SP: tecmedd.

Conselho da Europa (1994). Uma prática coerente para a reabilitação das pessoas com deficiência. Cadernos SNR, nº1 – Secretariado nacional de reabilitação.

Corredeira, R. (2008). Prática Desportiva e Auto-percepções am Crianças e Jovens com Necessidades Educativas especiais. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de desporto da Universidade do Porto.

Dama, M. J.; DeKetele, J. M. (1985). Observar para avaliar. Ed. Livraria Almeida, Coimbra.

David, M. (1998). A Influência do Desporto na Aquisição dos Comportamentos Adaptativos. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

DePauw , K. ; Gavron, S. (2005). Disability Sport. Second edition. Champaign : Human Kinetics.

Dias, M. (2006) Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e Satisfação com a Vida – um estudo em indivíduos amputados do membro inferior. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

Esperança, J. (2005) Actividade Física, Comportamentos de Saúde e Satisfação com a Vida: Estudo realizado em Jovens com Necessidades Educativas Especiais de várias Escolas do País. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

Fernandes, D.(1994). Instrumentos de avaliação: diversificar é preciso In: “Pensar avaliação, melhorar a aprendizagem”/IIE, Lisboa.

Fernandes, D. (1993). Avaliação na Escola Básica Obrigatória: Fundamentos para uma Mudança de Práticas.I.I.E, Lisboa.

Ferraz, M.; Carvalho, A.; Dantas,C.; Cavaco, H.; Barbosa, J.; Tourais, L.; Neves, N.(1994). Instrumentos de Avaliação: Diversificar é preciso In: “Pensar a Avaliação Melhorar a Aprendizagem” /II E Lisboa.

Fonseca, V. (1990). Estimulação Precoce – Identificação e intervenção. Educação especial e reabilitação vol. 1 nº3 11-19.

Fonseca, M.; Fox, K. (2002). Como avaliar o modo como as pessoas se percebem fisicamente? Um olhar sobre a versão portuguesa do Physical Self-Perception Profile (PSPP). Revista Portuguesa de Ciências do Desporto (2)5 , 11-23.

Fontes, C. (2005) A influência de um Programa de Hidroginástica no Comportamento Psicomotor de Mulheres Mastectomizadas. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

Gouveia, L. (2003) A auto – Estima em alunos com dificuldades de aprendizagem. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

Guion, R., M. (1998). Assessment, Measurement and prediction for personnel decisions. Lawrence e Erlaum associates, Publishers Mahwah, New Jersey London.

Hollerbusch, R. (2001) O desenvolvimento da interacção Social das crianças com alterações do Espectro do Autismo – Estudo exploratório da influência da educação física na promoção do relacionamento interpessoal. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

Horvat, M.; Block M. E.; Kelly, L. E.(2007). Developmental and adapted Physical activity assessment. Champain Human Kinetics.

Kirk, S. ; Gallagher, J. (1979). Educating Exceptional Children (3ªed). Boston: Houghton MiffliCompany.

Lei de bases de Prevenção e da Reabilitação e Integração da Pessoa com Deficiência. Lei nº 9/89 de 2 de Maio. Consult. 14 Jan 2008, disponível em http://www.pcd.pt/biblioteca/docs.php?id=228&id_doc=128&id_cat=9

Marques, U. M.; Castro, J. A.; Silva, M. A. (2001). Actividade física adaptada: uma visão crítica. Revista Portuguesa de Ciências do Desporto, vol.1, nº1, pp. (73-79).

Martins, G. (2006). Confiabilidade e validade. Consult 17 Jan de 2008 Disponível em http://200.109.97.103/seer/index.php/RBGNarticleviewfile/51/271

Meirieu, P. (1987). Pedagogie et évaluation differenciées. In C. Delorme Ed. L`evaluation en questions (pp. 149-163). Paris, Editions ESF.

Miller, D. K. (1998). Measurement by the physical educator. Why and how. Third edition. Bonton, Massachasetts, Burr Ridg, Illinois, Dubuque, Iowa, Madison, Wisconsin, New York, San Francisco, California, St. Louis, Missouri.

Moreira, M. (1998) – Programas de Reabilitação Cardíaca e Qualidade de Vida Em Doentes Coronários. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

Morrow, J.R.; Jackson, A. W.; Disch, J.G.; Mood, D. P. (2000). Measurement and Evaluation in Human Performance. Second edition. Chanpaign Illinois. Human Kinetics.

Morrow, J. (1995). Measurement and evaluation in human performance. Champaingn, Illinois, Human Kinetics.

Niza, S. (1996). Necessidades Especiais de Educação da Exclusão à inclusão na Escola Comum. Inovação 9 – Instituto de Inovação Educacional.

Organização Mundial de Saúde (1989). Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (Handicaps). Um manual de classificação das consequências das doenças. Lisboa: Ministério do emprego e Segurança Social – Secretariado Nacional de Reabilitação.

Pitanga, (2005). Testes, medidas e avaliação em educação física e esportes . 4ª ed. São Paulo : Phorte Editora.

Pires, A. (1998) Análise de alguns factores associados com a obtenção dos objectivos mínimos na disciplina de educação física de alunos com deficiência mental, sujeitos a currículos alternativos numa escola regular do 2º Ciclo do ensino Básico. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

Potter, J. C. (1987). Desporto para deficientes. Desporto e sociedade – antologia de textos. Ministério da educação e cultura Direcção geral dos desportos.

Rohlfs. I. C.; Carvalho, T.; Rotta, T. M.; Jornada, R. (2004). Aplicação de instrumentos de avaliação de estados de humor na detecção da síndrome do excesso de treinamento Rev Bras Med Esporte vol.10 no.2 Niterói. Consult. 22 Jul de 2008, disponível em Krebshttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15178692200400 0200005&lng=en&nrm=isso

Salvia, J.; Ysseldike, J. (1991). *Avaliaçao em educaçao fisica e corrective.* (4ª ed). São Paulo:Manole.

Savage, C. W. ; Ehrlich, P. (1992). Philosophical and foudational issues in measurement theory. Lawrence Erlbaum Associates Publishers Hillsdale, New Jersey Hove and London.

Serrano, R. (1998). As Atitudes dos Professores de Educação Física face À Integração Escolar de Alunos Deficientes. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

Sherril, C. (1997). Disability, identity and involement in sport and exercise. In K:r. Fox (Ed.) the physical self – from motivation to well-being. USA: Human Kinetics, pp 257-286.

Sherrill, C. (1998). Leadership training in adapted physical education. Books champaign Illinois. Human kinetics.

Simon, J. (1991). A Integração Escolar das Crianças Deficientes. Colecção Práticas Pedagógicas. Edições Asa.

Strand, B.; Wilson, R. (1995). *Assessing sport skills.* Utah State University. Human Kinetics Publishers.

Stuffebeam, D. L.; (2000). Manual for the Checklists Development Checklist (CDC): definitions and justifications for the checkpoints. In: Stuffebeam, D. L.; Madaus, G. F.; Kellaghan, T. (ed), *Evaluation models: viewpoints on educational and human services evaluation.* (2ª ed). Boston: Kluwer Academic Publishers, pp. 120-162.

Teixeira, A. (2004) Estilos de Vida, Actividade física e auto percepções em jovens com Perturbações do comportamento alimentar. Dissertação para a obtenção do grau de Mestre, Faculdade de Desporto e Educação Física da Universidade do Porto.

Telmo, I. C. ; Santos, M. P. ; Fernandes M. A. ; Madeira R. (1990). A criança Diferente – Manual de apoio aos educadores de infância e professores do ensino básico. 1ª Ed. Ministério da Educação – Gabinete de estudos e planeamento. Lisboa.

Torres, S. (2006). A Escola como a Oficina da Humanidade. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto e Educação Física da Universidade do Porto.

UNESCO (1994). Declaração de Salamanca e enquadramento da acção na área das necessidades educativas especiais. Lisboa: Instituto de inovação educacional.

Vasconcelos, O. (2000). Inventário de alguns instrumentos de avaliação do desenvolvimento da criança e do adolescente – documento não publicado – Faculdade de Desporto e Educação Física da Universidade do Porto.

Viana, B. H. (2008). Directrizes para adaptação cultural de escalas psicométricas. Consult 15 Mai de 2008 disponível em

http://www.efdeportes.com/efd116/adaptacao-cultural-de-escalas-psicometricas.htm

Winnick, J. P. (1990). Adapted physical education and sport. Boocks champaing Illinois. Human Kinetics.

IX. ANEXO

Sistematização dos instrumentos de avaliação utilizados no Mestrado em Actividade Física Adaptada na Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Ano	Autor da tese	Tema	Instrumento
1 1997	Célia da Conceição de Almeida Estêvão	Auto-conceito e Rendimento Escolar	1Identificação pessoal 2Questionário sobre o Auto-Conceito Acadêmico 3Questionário sobre Auto-Conceito Físico
2 1998	Maria Elisabete Ferreira de Almeida	Auto-conceito	1Ficha Individual 2Questionário sobre a Actividade Diária 3Inventário Clínico de Auto-Conceito(A. Vaz Serra – 1985) 4Inventário de Auto-Conceito Físico(A. Vaz Serra -1988)
3 1998	Maria Teresa Pena Escudeiro Oliveira Bastos	Qualidade de Vida Autoconceito	1Questionário de Caracterização 2Questionário sobre o Estado de Saúde 3Índice de Barthel (Mahoney e Barhel) 4Inventário Clínico do Autoconceito (Vaz Serra-1985)
4 1998	Claúdia Maria Pontes Meireles Ferreira de Brito	Proficiência Motora, Desempenho Cognitivo e Académico	1Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky 2Escala Colectiva de Nível Intelectual (ECNI)
5 1998	Maria Madalena Carvalhido David	Aquisição dos Comportamentos Adaptativos	ABS-RC:2(1969-1974)ECA-RC:2(Carmo Fernandes e Paulo Gonçalves)
5 1998	Maria Teresa F. R. Gonçalves Cerejeira P. Ferreira	Esquema Corporal significado em Psicopatologia Infantil	Teste de Goodenough (Teste do Desenho da Figura Humana - 1926) Teste de Bergés-Lézine – Teste de Imitação de Gestos – 1963) Teste de Brunet-Lézine (nível intelectual - 1951)
6 1998	Maria de Lurdes Morais Moreira	Reabilitação cardíaca e qualidade de vida	Nottingham Health Profile (NHP –derivado do SIP – Taveira, 1994)
7 1998	Laura Maria dos Santos Oliveira	Auto-conceito e deficiência mental	Self-descrition Questionnaire (SDQ II, Marsh et al. 1994)

			Adaptação Fontaine, Anne Marie e Faria, L, 1991)
8 1998	Amílcar António Pires	Obtenção de objetivos mínimos em currículos alternativos	Escala de Distância Social na Classe (EDSC – Rut Cunnigham, in Minicucci, 1984) Sistema de Observação de Comportamentos de Indisciplina (SOCI)
9 1998	Raquel Maria Martins Serrano	Atitudes dos professores e integração escolar	Teacher Integration Attitudes Questionnaire (TIAQ, 1997) Escala de Atitudes de Sideridis e Chandler (1997)
10 1998	Maria Silvana Alves da Silva	Autoconceito e deficiência física	Questionário de pesquisa Inventário de auto-conceito físico (Serra, 1988)
11 1999	Luís Manuel N. S. Cavalheiro	Qualidade de Vida relacionado a saúde e PC	Questionário de caracterização Escala Instrumental e Expressiva do Suporte Social de Ensel e Woefel (1986) Sickness Impact Profile (Bergner, 1976)
12 2000	Artur João Domingos Ferreira	Integração e aulas de EF	Inquérito (validação do instrumento(?)
13 2000	Maria Filomena Carvalho Palma	Actividade Física e rendimento escolar	Caracterização da amostra Tabela de Identificação de Dificuldades de Aprendizagem (adaptado por Vitor da Fonseca) Teste de proficiência motora Bruininks-Oseretsky (Vítor da Fonseca, Rui Martins, Nilson R. Moreira, 1990)
13 2000	Jorge dos Anjos Reis	Motivação e atletas de boccia	Caracterização da amostra Intrinsic Motivation Inventory Task and Ego Orientation Questionnaire Physical Self Profile
14 2000	Maria do Céu Cracel Viana	NEE e Educação Física	Questionário (validação do instrumento)
15 2000	Agostinho Costa Sousa	Compreensão das condições de sucesso académico	Teste de proficiência motora Bruininks-Oseretsky (TPMBO, Bruininks, 1978 – Forma reduzida, Fonseca, 1994) Inquérito Estilo de Vida e Actividade Física Habitual (EVIA, Sobral, 1992)

16 2001	Ricardo Miguel da Silva Lopes Hollerbusch	Interação social e autismo	Versão reduzida das escalas de Cars, 1988 e Portage, 1976 para observação de filmagem
17 2001	Anabela Costa Ferreira da Silva Lopes	Actividade Física no tempo livre e deficiência	Questionário aos professores de apoio educativo Questionário de ocupação de tempos livres (validação dos instrumentos)
18 2001	Ana Luísa Sousa Esperança	Indicadores de participação e NEE	Inquérito por questionários (validação dos instrumentos)
19 2001	Giselly Félix Coutinho	Avaliação motora e depressão	Testes do Eurofit (1990)
20 2001	Maria Alexandra Azevedo Dias Tavares	Competição e NEE	Registro de Assiduidade Inquérito Estilo de Vida e a Actividade Física Actual (EVIA, Sobral, 1992, validado para NEE por Sousa, 2000)
21 2001	Pedro Miguel Monteiro Rodrigues	Desporto e Internet	Questionário (Carmo e ferreira, 1998; Quivy et al., 1998; Mullin et al., 2000) (Versão Final Nicholas Theodorakis, Grécia e Pedro Rodrigues)
22 2001	Ana Alexandro Oliveira de Magalhães	Atitudes de alunos e Actividade Física	Caracterização da Amostra Questionário CATPA – Children's Attitudes Toward Physical Activity
23 2002	Maria Aurora de Lima Baptista	Características de talentos psicomotores	Caracterização da amostra (anamnese) Wisc-R (Wechsler, 1999) QI Pautas de Avaliação de turmas Lista de itens para observação na sala de aula (Guenther,2000, características gerais) Bateria Psicomotora BPM, Fonseca, 1992) Teste de aptidão física (Marques et al, 1990) Self-perception Scale for children S-PSC -(Escala de Competência Percebida, Harter, S. 1985, auto estima global)
24 2002	Eugénia Dias	Atitudes dos professores Face a inclusão	Questionário
25	Liliana Paiva Rocha	Aptidão física de	Caracterização da amostra

2002	da Maia	DM com ou sem SD	Avaliação antropométrica (Sobral e Silva, 2001ª) Avaliação da Aptidão Física (EUROFIT, 1990)
26 2002	Maria Margarida da Silva Mimoso	Padrão temporal de ansiedade e autoconfiaça pré-competição de basquetebol	Caracterização da amostra Competitive State Anxiety Iventory-2 (CSAI-2, Martens et al., 1990)
27 2002	Elizabeth Pedrosa Ribeiro	Atividade física, depressão, ansiedade e cegueira	Inventário de Depressão Beck (Cunha, 2001) Inventário de Ansiedade Beck-BAI (Cunha, 2001) Entrevistas Observações participantes (Rodríguez Gomez et al., 1996) Diário de campo
28 2002	Natércia Rodrigues	Estado de conhecimento da modalidade goolball	Questionário de opinião Avaliação de performace motora (teste de equilíbrio estático e dinâmico) Teste de tempo de reação simples e de escolha Percurso de orientação e mobilidade (adaptado de Moura e Castro, 1993)
29 2002	Paula Cristina Martins dos Santos Simões	Imagem corporal, actividade física e toxicodependência	Questionário I (Não toxicodependentes) Questionário II (Toxicodependentes) Teste de silhueta corporal (Rodrigues, 1999) Questionário A minha Imagem Corporal (Rodrigues, 2000)
30 2002	Raimundo Ricardo	Qualidade de vida e seqüelas de AVC	Caracterização da amostra Avaliação de Qualidade de Vida (SF 36) Inventário de Beck de depressão Inventário de auto avaliação IDATE partes I e II traço-estado
31 2003	Paulo Miguel Monteiro Correia	Diferenças pedagógicas de aulas para PC e cadeirantes	Entrevista Análise de conteúdo
32 2003	Cristina Luísa Figueiredo Esteves Gonçalves	Factores de Influência e asma	Questionário (Telama et al., 1997, Ledent et al., 1997-b; validado por Piéron et al., 1997)

33 2003	Luís Maximiano Lopes Gouveia	Auto-estima e dificuldade de aprendizagem	Teste de Percepção de Diferenças (TPD, Thurstone, aferido por Rocha e Coelho, 1985) Self-Perception for Children (SPPC, Harter, S.; adaptado por Alves Martins, Peixoto, Mata e Monteiro, 1995)
34 2003	Ana Alexandra Beja da Silva Costa Lobo	Equitação terapêutica e comportamento DM Leve	Questionário de Auto-Avaliação para Jovens – 11 a 18 anos (YSR 11-18, 1991, T. M. Achenbach; traduzidos por J. Paulo Almeida) Inventário do Comportamento da Criança para Pais (T. M. Achenbach, 1991, adaptado por Fonseca et al., 1994) Inventário do Comportamento da Criança para Professores (T. M. Achenbach, 1991, adaptado por Fonseca, 1995)
35 2003	Luís Manuel Mendes de Oliveira	Análise dinamométrica da marcha e neuropatia diabética	Questionário Internacional de Avaliação da Actividade Física (IPAQ, forma reduzida)
36 2004	Florbela Ferreira Abrantes	Qualidade de Vida relacionada à saúde e AVC	Caracterização da amostra MOS short-form Health Survey SF-36 (Rand corporation e Jonh E. Ware, 1990) Indice de Barthel
37 2004	Sónia Manuela Silva Moreira	Factores condicionantes a participação por alunos com NEE	Questionário (validado por Esperança, 2001)
38 2004	João Manuel Lopes Nunes	Atitudes dos professores e integração	Questionário Teacher Integration Attitudes Questinnaire (TIAQ de Sideridis e Chandler, 1997; adaptado por Serrano, 1998)
39 2004	Helena Isabel Dias Abrunhosa Pereira Rodrigues	Técnica de crawl e DM, imagem e video	Ficha de Observação/Avaliação (Costill et al., 1992, Maglicho, 1993 e Chollet, 1997)
40 2004	Ana Sofia Veloso Teixeira	Estilo de Vida, Actividade Física, Autopercepções e	The Health Behaviour in Schoolchildren (HBSC, 1995/86): AWHO cross-national survey (Wold, 1995)

		comportamento alimentar	Índice da AF por Balaguer, 2000 (Inventário de Condutas de Saúde em Adolescentes) Self-perception Profile for Adolescents (SPPA, Harter, 1988 - Perfil de Autopercepção para adolescentes
41 2005	Maria João Carvalheiro Campos	Autopercepções com SD	Escala Pictória da Competência Percebida e aceitação social para crianças com Paralisia Cerebral (Vermeer e Veenhof, 1997; adaptado por Corredeira, 2001, baseado na Pictorial Scale of Perceived Competence and Social Acceptance in Young Children (Harter e Pike, 1984 -)
42 2005	Lúcia Lurdes Carvalho	Satisfação na Vida e Adolescentes com NEE	Satisfaction with Life Scale (SWLS, Diener et al. 1985; validada por Castllo et al. 2004; Neto, 1993) The Health Behaviour in Schoolchildren (HBSC, 1995/86): AWHO cross-national survey , Wold, 1995) Índice da AF por Balaguer, 2000
43 2005	Maria Manuel Soares Carvalho	Estilo de Vida, Actividade Física e Autopercepções e DM	The Health Behaviour in Schoolchildren (HBSC, 1995/86): AWHO cross-national survey , Wold, 1995) Índice da AF por Balaguer, 2000
44 2005	Maria Aureliana Alves Ribeiro Dias	Qualidade de Vida relacionada com a saúde e Satisfação com a Vida	Caracterização da amostra MOS short-form Health Survey SF-36 (Rand corporation e Jonh E. Ware, 1990) Satisfaction with Life Scale (SWLS, Diener et al. 1985; validada por Castllo et al. 2004; Neto, 1993)
45 2005	Jorge Luís Sousa Esperança	Comportamentos de saúde, Satisfação com a Vida e jovens	The Health Behaviour in Schoolchildren (HBSC, 1995/86): AWHO cross-national survey , Wold, 1995) Satisfaction with Life Scale (SWLS, Diener, Emmons, Larsen e Griffin, 1985; validada por Castllo et al. 2004; Neto, 1993
46 2005	Carla Maria Mendes Fontes	Comportamento psicomotor de	Caracterização da amostra Minnesota Manual Dexterity Test – TDMM

		mulheres mastectomizadas	Discrimination Weigths (TDP, modelo 16015) Body Image Satisfaction Questionnaire (BIS – de Lutter et al. 1990) Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE - Rosenberg, 1965
47 2005	Maria Andrea Rodrigues dos Santos Graça	Tempo Livre na Escola	Estudo de Caso – Entrevistas e Observações
48 2006	Minerva Leopoldina de Castro Amorim	Adaptação de Teste de Atenção para indivíduos com Deficiência Visual	Teste de Atenção de BAMS
49 2006	Salomé Soraia da Silva Castro	Valores do desporto para pessoas com deficiência	Roteiro de entrevista
50 2006	Cláudia Cristina Cerqueira Rodrigues	Diferenciação pedagógica de aulas de EF para alunos com DM	Roteiro de entrevista
51 2006	Sara Clavel Sobral Torres	A escola como oficina da humanidade	Roteiro de entrevista
52 2007	Ana Luísa Oliveira Martins Gonçalves	Coordenação motora e crianças com paralisia cerebral	Minnesota Manual Dexterity Test – TDMM Pursuit-Rotor (Lafayette Instruments) Tapping Pedal (Desporto escolar, 1990) Teste de Estrutura Rítmicas de Mira Stamback Escala de Equilíbrio de Berg