



ESTUDO COMPARATIVO DO AUTOCONCEITO

EM ALUNOS COM NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS

*Maria Helena
Almeida Figueiredo*

Porto, 2000

*Dissertação de Mestrado em Ciências do Desporto na
especialidade de Actividade Física Adaptada
sob orientação da
Prof. Doutora Luísa Maria Soares Faria*

UNIVERSIDADE DO PORTO

Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física

**Estudo Comparativo do Autoconceito em Alunos com
Necessidades Educativas Especiais**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto, para obtenção do grau de mestre em Ciências do Desporto, área de Actividade Física Adaptada, sob a orientação da Prof. Doutora Luísa Maria Soares Faria, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Maria Helena Almeida Figueiredo

PORTO

2000

Agradecimentos

Durante o percurso percorrido para a realização deste trabalho, pude registar a colaboração e a amizade de todos os que de uma forma directa ou indirecta me apoiaram. Assim, pretendo agradecer:

À Prof. Doutora Luísa Faria, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientadora desta dissertação, que com todo o seu profissionalismo, conhecimento, compreensão e empenho, me apoiou e acompanhou durante a elaboração deste trabalho.

A todos os Presidentes/Directores Executivos das escolas do 2º Ciclo do Ensino Básico do Centro de Área Educativa de Viseu, que autorizaram a administração dos questionários aos alunos.

A todos os directores de turma e professores do ensino especial, que colaboraram na calendarização e contacto com os alunos para a administração dos questionários.

A todos os alunos que preencheram os questionários, sem os quais não era possível realizar o trabalho.

Ao Eng.º Carlos Alberto Oliveira (ex-subdelegado do Instituto Nacional do Desporto (IND)/Viseu) e ao Mestre Celso Neto (actual subdelegado do IND/Viseu), pela compreensão, apoio e flexibilidade permitida no cumprimento das minhas funções na subdelegação do IND/Viseu, sem a qual não teria sido possível concretizar este trabalho.

Às minhas primas: Teresa pela colaboração na tradução de alguns textos e companheirismo e Cláudia pelo apoio e companheirismo.

A todos os meus amigos, sem excepção, que me apoiaram e compreenderam nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais e irmão, por todo o carinho, compreensão e apoio que manifestaram desde sempre.

RESUMO

Estudo Comparativo do Autoconceito em Alunos com Necessidades Educativas Especiais

A preocupação e o interesse crescentes com a educação e o sucesso dos alunos com necessidades educativas especiais (NEE), incluídos nas escolas regulares, a par da aceitação dos efeitos positivos da inclusão e da prática de actividade física, no seu desenvolvimento global e no seu autoconceito em particular, conduziu-nos ao estudo das relações entre o autoconceito, o sucesso escolar e a prática de actividade física neste grupo. Por outro lado, a importância do estudo do autoconceito em contexto escolar prende-se com a sua capacidade para prever o sucesso escolar e o bem-estar do indivíduo a nível social, físico e emocional.

Neste estudo pretende-se analisar a relação entre o autoconceito (académico e não académico), o sucesso escolar (notas do 3º período) e a prática desportiva em alunos com e sem NEE, comparar estas relações entre os dois grupos e analisar as diferenças no autoconceito e no sucesso escolar entre os dois grupos de alunos e em função do ano de escolaridade (5º e 6º), do sexo (feminino e masculino), e do nível sócio-económico (médio-alto e médio-baixo).

A amostra é constituída por 399 alunos, de ambos os sexos, que frequentam os 5º e 6º anos de escolaridade em escolas do Centro de Área Educativa de Viseu, dos quais 124 alunos têm NEE (dificuldades de aprendizagem, dislexia, paralisia cerebral, problemas de audição e visão, perturbações emocionais e outros problemas de saúde).

Os resultados apontam para relações positivas entre as dimensões do autoconceito académico, e entre estas e o sucesso escolar, para ambos os grupos (com e sem NEE), sendo globalmente menos intensas para os alunos com NEE. O autoconceito físico e social apresentam relações positivas com a prática desportiva, para ambos os grupos, sendo também menos intensas para os alunos com NEE.

Observam-se diferenças para o autoconceito académico, global e social pais a favor dos alunos sem NEE e no autoconceito aparência física a favor dos alunos com NEE. Verificam-se, ainda, diferenças no sucesso escolar, sendo os resultados a favor dos alunos sem NEE. Relativamente às diferenças no autoconceito dos alunos com NEE em função da prática desportiva, observam-se diferenças significativas a favor dos alunos com NEE que praticam desporto.

Os resultados são discutidos e são apresentadas pistas de intervenção no sentido da promoção do autoconceito em ambos os grupos de alunos.

RÉSUMÉ

Étude Comparatif du Concept de Soi Chez les Élèves Ayant de Graves Problèmes D'Apprentissage

Le souci et l'intérêt croissant en ce qui concerne l'éducation et le succès des élèves ayant de graves problèmes d'apprentissage et qui fréquentent les écoles normales, à côté de l'acceptation des effets positifs de l'insertion et de la pratique de l'activité dans son développement global et dans son concept de soi en particulier, nous a mené à l'étude des relations entre le concept de soi, le succès scolaire et la pratique de l'activité physique chez ce groupe d'élèves. D'autre part, l'importance de l'étude du concept de soi en contexte scolaire va de faire avec la capacité de prévoir le succès scolaire et le bien-être de l'individu au niveau social, physique et émotionnel.

Nous prétendons ici analyser la relation entre le concept de soi (académique et non académique), le succès scolaire (les notes du troisième trimestre) et la pratique sportive des élèves ayant de graves problèmes d'apprentissage, ou non, comparer les relations entre ces deux groupes d'élèves et suivant l'année scolaire fréquentée (5^o et 6^o), le sexe (féminin et masculin) et le niveau socio-économique.

L'échantillon est constitué de 399 élèves, des deux sexes qui fréquentent la 5^o et 6^o année de scolarité dans les écoles du district de Viseu, desquels 124 élèves ont de graves problèmes d'apprentissage (dislexie, paralysie cérébrale, problèmes auditifs et visuels, perturbations émotionnelles et autres problèmes de santé).

Les résultats montrent des relations positives entre les dimensions du concept de soi académique et entre celles-là et le succès scolaire pour chacun des deux groupes (ayant ou non de graves problèmes d'apprentissage), étant dans son tout moins intenses pour les élèves ayant de graves problèmes d'apprentissage. Le concept de soi physique et social présent des relations positives avec la pratique sportive, pour chacun des deux groupes, étant aussi moins intenses pour les élèves avec de graves problèmes d'apprentissage.

On observe des différences en ce qui concerne au concept de soi académique, global et social parents en faveur des élèves dits "normaux" et en ce qui concerne au concept de soi de l'apparence physique en faveur des élèves ayant de graves problèmes d'apprentissage. On vérifie, aussi, des différences au niveau du succès scolaire, les résultats étant en faveur des élèves dits "normaux". En ce qui concerne les différences dans le concept de soi des élèves ayant de graves problèmes d'apprentissage par rapport à la pratique du sport, on observe des différences marquantes pour ce qui est des élèves ayant de graves problèmes d'apprentissage qui font du sport.

Les résultats sont débattres et des pistes sont présentées, pour ce qui est de la promotion du concept de soi dans chacun des deux groupes d'élèves.

ABSTRACT

Comparative Study of Self-concept on Students with Special Needs Education

Increasing concern and interest in education and success of students with special needs education who attend regular schools, together with the acceptance of the positive effects of the inclusion and practice of physical activity on their global development and on their self-concept in particular, led us to the study of the relations between self-concept, school success and the practice of physical activity in this group. On the other hand, the importance of the study of self-concept in a school context sticks to the capacity of foreseeing school success and individual's well-being, on the social, physical and emotional level.

The aim of this study is to analyse the relation between self-concept (academic and non-academic), school success (3rd term grades) and sport practice in students with and without special needs education, to compare these relations between the two groups and to analyse the differences in self-concept and school success between these two groups of students, considering the form (5th and 6th), the sex (male and female) and the socio-economic level (middle-high and middle-low).

The sample is formed by 399 students of both sexes, who attend the 5th and 6th forms of schools in Educational Area of Viseu, 124 of which present special needs education (learning disabilities, dyslexia, cerebral paralysis, hearing and vision problems, emotional disturbances and other health problems).

The results indicate positive relations between the dimensions of academic self-concept, and between these and school success, in both groups (with and without special needs education), globally less intense in students with special needs education. Physical and social self-concept present positive relations with sport practice, to both groups, also less intense in students with special needs education.

Differences are observed in academic, global and social parents self-concept, on behalf of students without special needs education and in physical appearance self-concept, on behalf of students with special needs education. Differences in school success are also noticed on behalf of students without special needs education. In what concerns differences in self-concept on students with special needs education as a result of sport practice, significant differences on behalf of the students who practice sport are observed.

Results are discussed and intervention clues for the promotion of self-concept in both groups of students are observed.

ÍNDICE

<u>Introdução Geral</u>	1
<u>Capítulo I – Contexto e Evolução da Educação Especial.....</u>	4
Introdução	5
1. Evolução da Educação Especial	6
1.1. Antecedentes da Educação Especial	6
1.2. Era das Instituições	7
1.3. Época Actual	9
2. A Educação Especial em Portugal	15
2.1. Segunda Metade do Século XIX	16
2.2. Primeira Metade do Século XX	16
2.3. Segunda Metade do Século XX	20
2.3.1. Década de 60	20
2.3.2. A Partir da Década de 70	21
3. Legislação Internacional	24
4. Legislação Nacional	26
Conclusão	31

<u>Capítulo II: Necessidades Educativas Especiais: Definição</u>	
<u>Caracterização e Contributos da Actividade Física</u>	34
Introdução.....	35
1. Definição e Caracterização das Necessidades Educativas Especiais ...	36
1.1. Dificuldades de Aprendizagem (DA)	39
1.1.1. Dificuldades de Aprendizagem Específicas – Dislexia	44
1.2. Perturbações Emocionais	47
1.3. Paralisia Cerebral	48
1.4. Deficiência Auditiva	51
1.5. Deficiência Visual	54
1.6. Outros Problemas de Saúde	57
1.6.1. Hemofilia	57
1.6.2. Diabetes	58
1.6.2.1. Diabetes Tipo II	59
1.6.2.2. Diabetes Tipo I	60
1.6.3. Epilepsia	62
Conclusão	63

<u>Capítulo III: Autoconceito: Definição e Delimitação, Avaliação e Manifestação em Populações Especiais</u>	66
Introdução	67
1. Definição e Delimitação	68
1.1. Autoconceito	68
1.2. Auto-estima	74
2. Avaliação do Autoconceito	75
2.1. Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)	77
2.2. Coopersmith Self-Esteem Inventories (CSEI)	77
2.3. The Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PHCSCS)	78
2.4. Self-Perception Profile for Children (SPPC)	79
2.5. Self-Perception Profile for Adolescents (SPPA)	80
2.6. Self-Perception Profile for College-Students (SPPCS)	80
2.7. The Adult Self-Perception Scale (ASPS)	80
2.8. Self-Description Questionnaire (SDQ)	81
3- Diferenças em Função da Idade/Ano de Escolaridade, Sexo e Nível Sócio-económico	83
3.1. Autoconceito e Idade/Ano de Escolaridade	84
3.2. Autoconceito e Sexo	86
3.3. Autoconceito e Nível Sócio-económico	88
4. Autoconceito em Populações Especiais	91

5. Benefícios da Actividade Física na Promoção do Autoconceito	95
--	----

Conclusão	98
-----------------	----

Capítulo IV: Autoconceito, Prática Desportiva e Sucesso

Escolar em Alunos com Necessidades Educativas Especiais

<u>(NEE): Estudo Comparativo com os Pares sem NEE</u>	101
--	------------

Introdução	102
------------------	-----

1. Objectivos do Estudo Empírico	103
--	-----

2. Hipóteses e sua Fundamentação	103
--	-----

3. Identificação das Variáveis e do Plano de Observação	108
---	-----

4. Método	110
-----------------	-----

4.1. Caracterização da Amostra	110
--------------------------------------	-----

4.2. Instrumentos de Avaliação	112
--------------------------------------	-----

4.2.1. Self-description Questionnaire I (SDQ I) de Marsh (1981) – Adaptação Portuguesa de Faria e Fontaine (1990)	112
---	-----

4.2.2. Questionário Sociodemográfico	114
--	-----

4.3. Procedimento	115
-------------------------	-----

5. Resultados	118
---------------------	-----

5.1. Estudo da Consistência Interna do SDQ I (Adaptação Portuguesa de Faria & Fontaine, 1990)	118
---	-----

5.2. Poder Discriminativo do SDQ I	122
5.3. Estatísticas Descritivas	125
5.4. Estudos Correlacionais	126
5.5. Estudos Diferenciais.....	130
 6. Discussão dos Resultados e Conclusão	 151
 <u>Conclusão Geral</u>	 <u>164</u>
 <u>Bibliografia</u>	 <u>169</u>
 <u>Anexos.....</u>	 <u>182</u>

INTRODUÇÃO GERAL

Cada criança, inserida no sistema educativo regular, tem características diferentes, que assentam em factores de ordem física, cognitiva, linguística, social e afectiva. A criança que apresenta diferenças significativas entre a sua capacidade e os resultados obtidos é designada por criança com necessidades educativas especiais (NEE) (Pierangelo & Jacoby, 1996, *in* Nielsen, 1999).

Estas crianças necessitam de educação especial diferenciada, de métodos pedagógicos individualizados e de serem compreendidas pelos professores em geral e, em particular, pelo professor de educação física. Estes nem sempre possuem conhecimentos específicos sobre as necessidades educativas especiais de cada criança, para assim poderem desenvolver programas e processos de ensino/aprendizagem adaptados que promovam o sucesso educativo e social, e o bem-estar psicológico, de cada criança.

A escola contribui para o desenvolvimento cognitivo, psicomotor e social dos indivíduos, bem como para o desenvolvimento do autoconceito dos alunos em geral, e dos alunos com NEE em particular.

O autoconceito é definido “como a percepção que o indivíduo tem de si próprio nas mais variadas facetas, sejam elas de natureza social, emocional, física ou académica” e “tem associado a si aspectos cognitivos, afectivos e motores” (Vaz Serra, 1995, p. 14).

O desenvolvimento do autoconceito permite proporcionar à criança bem-estar e sentido de valor pessoal, ajudando-a a construir uma auto-imagem positiva, a identificar e a desenvolver as suas qualidades (Correia, 1994). Assim, a inclusão da criança com

NEE no sistema regular de ensino pode beneficiar globalmente a imagem e a avaliação que ela faz de si própria, a vários níveis: académico, social, físico e emocional.

Um outro factor que contribui para o desenvolvimento global da criança com NEE, é a prática de actividade física, que promove o seu bem-estar físico e psicológico e também o seu autoconceito.

Torna-se, assim, importante estudar o impacto da inclusão e da prática desportiva nas várias facetas do autoconceito do aluno com NEE.

O objectivo geral deste trabalho é analisar a relação entre o autoconceito (académico e não académico), o sucesso escolar e a prática desportiva em alunos com e sem NEE, comparar estas relações entre os dois grupos e analisar as diferenças no autoconceito e no sucesso escolar entre os dois grupos de alunos.

Os estudos realizados nesta área, geralmente, comparam as diferenças nos níveis de autoconceito entre os alunos com e sem NEE. Apesar das diferenças observadas estarem dependentes das categorias das NEE, globalmente os resultados apontam para níveis mais baixos de autoconceito nas crianças com NEE. Outros estudos comparam os níveis de autoconceito entre crianças com e sem NEE que praticam desporto, sendo os resultados muito semelhantes entre os dois grupos, ou então, a favor dos alunos com NEE. Finalmente, existem ainda estudos que comparam os níveis de autoconceito em crianças com NEE que praticam desporto com aquelas que não o praticam, sendo os valores do autoconceito mais elevados para o grupo de alunos que pratica desporto.

Assim, este trabalho está dividido em quatro capítulos, terminando com uma conclusão geral, como passamos a descrever.

No *primeiro capítulo*, pretendemos caracterizar a evolução histórica da educação especial, assim como o suporte legislativo inerente à inclusão da criança com NEE no ensino regular, no contexto internacional e nacional.

No *segundo capítulo*, faremos uma abordagem sobre a definição e categorização das NEE, nomeadamente as que estão representadas neste estudo. Faremos também referência aos benefícios da actividade física e desportiva para as várias NEE caracterizadas.

No *terceiro capítulo*, procuraremos definir e delimitar o autoconceito, assim como descrever os instrumentos de avaliação mais utilizados no domínio. Analisaremos as diferenças no autoconceito em função da idade/ano escolaridade, do sexo e do nível sócio-económico (NSE), a sua manifestação em populações especiais e a importância da actividade física na promoção e desenvolvimento do autoconceito.

No *quarto capítulo*, apresentaremos um estudo empírico sobre a relação entre o autoconceito, a prática desportiva e o sucesso escolar em alunos do 5º e 6º anos de escolaridade com NEE (N=124) e em alunos sem NEE (N=275), bem como o estudo das diferenças no autoconceito em função do tipo de aluno, da idade, do número de reprovações, do nível sócio-económico, do ano de escolaridade e do sexo. Apresentaremos os objectivos do estudo, a formulação das hipóteses e sua fundamentação, o método, onde caracterizaremos a amostra, os instrumentos de avaliação e o procedimento. Este capítulo termina com a apresentação e discussão dos resultados em função das hipóteses formuladas.

Este trabalho termina com a *Conclusão Geral*, na qual pretendemos reflectir sobre o trabalho realizado, salientando os aspectos mais importantes, assim como proporemos algumas pistas para reflexão.

Capítulo I

Contexto e Evolução da Educação Especial

Introdução

Ao longo dos tempos, a posição da sociedade relativamente à educação daqueles que se desviavam negativamente da média, também designados por deficientes, não foi sempre a mesma, tendo sofrido evoluções.

Segundo Jiménez (1997b), a história da educação especial divide-se em três épocas: uma primeira, que considera a pré-história da educação especial e que se situa nas sociedades primitivas e na Idade Média; uma segunda, em que surge a educação especial entendida como a assistência prestada a um determinado tipo de pessoas e que decorria separada da educação regular; e, por último, a época que caracteriza o período actual.

Gallagher e Kirk (1979), referidos por Silva (1991) e Lowenfeld (1973), *in* Pereira (1984), reconhecem quatro períodos distintos da inserção social do deficiente, que foram denominados de *separação*, *protecção*, *emancipação* e *integração*. Sprinthall e Sprinthall (1997) fazem referência a três fases distintas: a *exclusão*, a *segregação* e a *integração*.

Apesar dos autores utilizarem diferentes terminologias para caracterizar a evolução da educação especial, esta assenta em referências históricas comuns.

A seguir, iremos caracterizar a evolução da educação especial, tendo como referência Jiménez (1997b), por nos parecer o autor que delimita melhor esta evolução histórica, fazendo ainda referência à evolução da situação portuguesa e à legislação nacional e internacional neste domínio.

1- Evolução da educação especial

1.1- Antecedentes da educação especial

Nas sociedades primitivas, o deficiente era visto com superstição e malignidade, pois nessa época o conhecimento era baseado num pensamento mágico-religioso, que considerava o deficiente como um perigo (Pereira, 1984).

Em Esparta, na antiga Grécia, as crianças com deficiência física eram abandonadas na montanha (Correia, 1999; Simon, 1991; Sprinthall & Sprinthall, 1997) ou condenadas à morte, também legalmente aceite em Roma, sendo assim, suprimidas da sociedade (Correia, 1999; Pereira, 1984).

No entanto, deficientes como Homero e Phineus, que falavam dos mistérios da vida e da morte, dos deuses e contavam histórias, eram venerados, pois acreditava-se que eram pessoas cheias de dignidade e saber (Pereira, 1984).

No início da Idade Média, a deficiência física e mental eram associadas a causas sobrenaturais e demonológicas, sendo os seus portadores vítimas de perseguições, julgamentos e execuções (Correia, 1999; Jiménez, 1997b).

Posteriormente, com o desenvolvimento das religiões monoteístas, as pessoas acreditavam que prestando assistência aos deficientes se podia obter as graças pedidas a Deus. Assim, fundaram-se asilos e hospitais, onde se colocaram os deficientes, protegendo-os da sociedade e, ao mesmo tempo, protegendo a sociedade deles, pois ainda era prática comum mutilar e cegar aqueles que cometiam graves delitos (Pereira, 1984).

Segundo Veil, citado por Simon (1991), parte da Idade Média é caracterizada pela criação de obras de caridade e de hospícios, não só para deficientes mas também para viúvas, órfãos, pobres e vagabundos. Ainda relativamente aos deficientes, a caridade tinha um carácter unicamente assistencial e resumia-se a alimentação e vestuário.

No fim desta época, associada à necessidade de mão-de-obra, a Rainha Isabel I publica uma lei – A Elizabethan Poor Law, onde sobressaía a necessidade das crianças deficientes também serem colocadas como aprendizes, o que permitiu que o deficiente comesse a ser encarado de forma diferente e mais útil para a sociedade (Pereira, 1984).

1.2- A era das instituições

A colocação de deficientes em instituições começa no século XVI, período do Renascimento, em que surge um novo interesse em estudar o homem, mas, segundo Capul (1982), referido por Simon (1991), as primeiras experiências de institucionalização consideradas positivas verificaram-se apenas nos séculos XVII e XVIII (Simon, 1991).

“O aparecimento de deficientes ilustres, nomeadamente cegos, como o matemático Nicholas Sanderson e o engenheiro civil John Metcalf, assim como a filosofia educacional e social de Rousseau, provocaram alguma reflexão sobre a educação dos deficientes, influenciando os pioneiros da educação especial” (Pereira, 1984, p. 133), dos quais salientamos:

- “O português Jacob Rodrigues Pereira, que em 1749 demonstrou, em Paris, como se podia ensinar os surdos-mudos a falar e a ler” (Pereira, 1984, p. 133);
- “O Abade Charles Michel de L’Epée, que em 1775 cria a primeira escola pública para surdos, em França, posteriormente convertida no Instituto de Surdos-Mudos” (Jiménez, 1997b, p. 22; Simon, 1991);
- “Valentin Haüy, dedicou-se ao ensino de cegos, fundando em 1784, a primeira escola para cegos, em França – Institut Nationale des Jeunes Aveugles” (Pereira, 1984, p. 133), “frequentado por Louis Braille, que criou o famoso sistema de leitura e escrita designado por Sistema Braille” (Jiménez, 1997b, p. 22; Simon, 1991);
- “Itard, em 1801, foi designado como o “pai da educação especial”, devido ao facto de ter investido parte da sua vida na recuperação de Víctor, uma criança deficiente mental encontrada nos Bosques de Avignon, em França (l’enfant sauvage), e por ter desenvolvido programas específicos de acordo com as necessidades educativas dessa criança” (Correia, 1999, p. 13; Jiménez, 1997b; Pereira, 1984).

Neste período, a institucionalização especializada de pessoas com deficiência, assim como a educação especial tinham por objectivo tentar a sua recuperação, ajustando-as à sociedade (Correia, 1999).

“No início do século XX, com o progresso dos conhecimentos nas ciências humanas devido à teoria psicanalítica de Freud, aos testes de Galton para a medição da capacidade intelectual, a partir do desempenho de tarefas sensório-motoras simples, à definição do conceito de “idade mental” e dos testes de inteligência de Binet e Simon

com a criação da escala “Binet-Simon” em 1905, para a identificação de crianças mentalmente atrasadas das escolas francesas, que não beneficiavam com a educação normal, ocorreu um fenómeno de criação e evolução das escolas especiais, onde eram colocadas as crianças rotuladas e segregadas em função da sua deficiência” (Correia, 1999, p. 13).

A selecção de crianças para o sistema segregado, assentava num sistema de identificação e de classificação das mesmas em categorias de deficiência, baseado em testes de QI (Bénard da Costa, 1998; Felgueiras, 1994).

1.3- A época actual

“O século XX, caracteriza-se pelo início da obrigatoriedade da escolaridade básica. Nesta fase detectou-se que numerosos alunos com certas deficiências não acompanhavam o ritmo normal da classe nem atingiam um rendimento igual, tendo sido classificados de deficientes e colocados em classes especiais” (Correia, 1999; Jiménez, 1997b, p. 24). “O número de escolas especiais aumentou e diferenciaram-se em função das diferentes etiologias: cegos, surdos, deficientes mentais, paralisias cerebrais, dificuldades de aprendizagem, etc.. Estes centros especiais constituíram um sistema de educação especial diferenciado, com especialistas e programas próprios, separados das escolas regulares mas dentro do sistema educativo geral” (Jiménez, 1997b, p. 24; Rosera, Serrahima & Elías, 1992).

Podemos concluir que a educação especial era um sistema paralelo à educação geral.

Após as duas grandes guerras, as sociedades atingidas confrontaram-se com a necessidade de assumir certas responsabilidades, como as de sustentar as pessoas não produtivas e aumentar o rendimento produtivo com pouco investimento, pelo que começaram a encarar o trabalho dos indivíduos deficientes de uma forma diferente e a torná-los elementos produtivos para a sociedade (Rosadas, 1986). A lei “Disabled Persons Employment Act” de 1944 e a Declaração dos Direitos do Homem, de 1948, são um exemplo da nova forma de pensar o Homem e a Sociedade (Pereira, 1984). Assim, o deficiente começa a ser encarado em função dos seus interesses e aptidões, passando a ter a preparação necessária para exercer uma profissão.

As próprias Associações de Pais, começaram a rejeitar as escolas segregadas e a procurar que o deficiente vivesse no seio familiar e fosse um membro activo da sociedade (Jiménez, 1997b; Pereira, 1984).

Segundo Pereira (1984, pp 133-134), vários factores contribuíram para mudar a filosofia da educação especial, dos quais destacamos:

“ 1- A primeira Guerra Mundial e a depressão económica, que afectaram o pensamento da época, relativamente ao significado da diferença entre o normal e o deficiente e o papel da criança na sociedade, que culminou com a Declaração dos Direitos da Criança, em 1921;

2- As opiniões crescentes de que a segregação, nos planos educativo e social era anti-natural e indesejável, influenciaram a mentalidade educativa relativamente a estas crianças, possibilitando uma maior abertura e diversificados tipos de resposta;

3- A segunda Grande Guerra que originou milhões de homens deficientes”.

Surge então o conceito de normalização, que caracteriza a segunda metade do século XX, cujo criador foi o director de um serviço dinamarquês para deficiência

mental, Niels Bank-Mikkelsen (Sousa, 1997), que o definiu como “a possibilidade de os deficientes mentais levarem uma existência tão próxima do normal quanto possível” (Rodrigues, 1995, p. 46).

Em 1969, Bengt Nirje, director executivo da “Associação Sueca para Atrasados Mentais”, define assim normalização: “tornar acessíveis aos deficientes mentais os padrões e condições de vida quotidiana que sejam tão próximos quanto possível das normas e padrões do corpo principal da sociedade” (*in* Rodrigues, 1995, p. 46).

Na década de 70, este princípio chega à Europa, Estados Unidos e Canadá, sendo em 1972 definido por Wolf Wolfensberger (Nirje, 1974, *in* González, 1981, p. 29) como um processo de “utilização de meios tão normais quanto possível, de acordo com cada cultura, para conseguir manter condutas ou características pessoais tão próximas quanto possível das normas culturais onde a pessoa viva”.

Bénard da Costa (1995) generaliza o conceito de normalização a todos os deficientes, definindo-o assim: “normalizar é tornar os padrões e condições de vida diária dos indivíduos em desvantagem, tão próxima ou semelhante quanto possível das que são a componente principal da comunidade em que está inserido” (*in* Sousa, 1997, pp. 37-38).

Podemos concluir que com a normalização não se pretende tornar o indivíduo normal, mas proporcionar-lhe um conjunto de condições próximas ou semelhantes às do meio onde está inserido, proporcionando-lhe um desenvolvimento global de acordo com as suas limitações naturais (Correia, 1999; Jiménez, 1997b).

Uma das principais consequências do princípio da normalização é o princípio da integração completa da criança deficiente na sociedade, isto é, uma integração em termos físicos, funcionais, sociais e pessoais (Rodrigues, 1995).

Com a evolução dos conceitos de igualdade, liberdade e justiça e partindo do pressuposto de que “a escola está à disposição de todas as crianças em igualdade de condições e é obrigação da comunidade proporcionar-lhes um programa público e gratuito de educação adequado às suas necessidades” (Correia, 1999, p. 14), a criança deficiente passou a usufruir do mesmo tipo de educação que a criança dita “normal”, isto é, a criança deficiente foi integrada na classe regular.

Birch, 1974 (citado por Jiménez, 1997b, p. 29), define a integração escolar “como um processo que pretende unificar a educação regular e a educação especial, com o objectivo de oferecer um conjunto de serviços a todas as crianças, com base nas suas necessidades de aprendizagem”.

Para Kirk e Gallagher (1991), a integração escolar significa “que a criança excepcional será colocada com os seus colegas normais em classes regulares, receberá serviços especiais e interagirá tanto quanto possível com os seus colegas normais num ambiente menos restritivo” (Sousa, 1997, p. 34).

A integração escolar é uma prática educativa desenvolvida essencialmente nos estabelecimentos de ensino regular, capaz de modificar as atitudes perante a diferença (Vieira, 1995).

Concluimos então que a integração permite à criança deficiente ser colocada, sempre que possível, junto da criança dita “normal”, para fins académicos e sociais, num ambiente o mais normal possível, de acordo com as suas características (Correia, 1999).

O atendimento educativo específico a crianças deficientes, no meio familiar, na escola regular ou noutras estruturas em que ela esteja inserida, designou-se de educação especial. Relativamente à escola, esta noção de educação era encarada de um modo

aberto, diversificado e individualizado, proporcionando à criança deficiente respostas de acordo com a sua diferença (Correia, 1999).

A UNESCO definiu *educação especial* como sendo para aqueles “que se desviam física ou mentalmente, emocional ou socialmente dos grupos relativamente homogêneos do sistema regular da educação, de modo que é necessário tomar providências especiais para corresponder às suas necessidades” e cujos objectivos gerais, definidos por Sobral (1980) são:

- “1- Desenvolver as potencialidades físicas e intelectuais da criança deficiente;
- 2- Desenvolver as faculdades de comunicação e facilitar a integração das crianças deficientes no meio familiar, escolar e social;
- 3- Promover a autonomia do indivíduo dentro das limitações impostas pela deficiência;
- 4- Facilitar a aquisição da estabilidade emocional;
- 5- Preparar a criança deficiente para a formação profissional adequada às suas capacidades” (Silva, 1991, p. 40).

Em síntese, a educação especial pode definir-se como “um conjunto de ajudas – de ordem pessoal, material, metodológica, etc., proporcionadas às crianças com necessidades educativas especiais de acordo com as suas necessidades, garantindo o máximo desenvolvimento possível” (Rosera *et al.*, 1992, p. 367; Vieira, 1995).

Em 1978 surge o relatório Warnock que representa o interesse de vários grupos de deficientes e propõe a expansão da educação especial, dado que uma em cada cinco crianças necessita de alguma forma de educação especial durante o seu percurso escolar. Neste relatório surge, pela primeira vez, o termo “necessidades educativas especiais” (NEE), abolindo as categorias de deficientes (Marques, 1998).

O conceito de NEE está relacionado com tudo o que envolve uma criança: as suas capacidades, incapacidades e atitudes, assim como todos os factores que podem intervir no seu progresso escolar, facultando-lhe ajudas pedagógicas ou serviços educativos que permitam atingir os fins educativos e consequentemente o sucesso escolar (Jiménez, 1997a; Marques, 1998).

A partir da realização da “Conferência Mundial sobre Educação para Todos”, na Tailândia, no ano de 1990, começou-se a utilizar o termo “Educação para Todos”, que reforçou a ideia de que a escola básica é obrigatória e gratuita para todos os estratos sociais, independentemente das necessidades educativas dos educandos (Bénard da Costa, 1998).

Em 1994, na “Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais”, referenciada como Declaração de Salamanca, surgiu a noção de “escola inclusiva” que deve “ser capaz de desenvolver uma pedagogia centrada nas crianças, susceptível de as educar a todas com sucesso, incluindo as que apresentam graves incapacidades” (p. 6), cujo princípio fundamental “consiste em todos os alunos aprenderem juntos, sempre que possível, independentemente das dificuldades e das diferenças que apresentem” e deve adaptar-se “aos vários estilos e ritmos de aprendizagem, de modo a garantir um bom nível de educação para todos, através de currículos adequados, de uma boa organização escolar, de estratégias pedagógicas, de utilização de recursos e de uma cooperação com as respectivas comunidades” (pp. 11-12). Refere, também, que “as escolas regulares, seguindo esta orientação inclusiva, constituem os meios capazes para combater as atitudes discriminatórias, criando comunidades abertas e solidárias, construindo uma sociedade inclusiva e atingindo a educação para todos” (p. IX).

A expressão “escolas inclusivas” deixa transparecer que mais do que integrar crianças com NEE na escola, é incluir essas mesmas crianças, desde a idade escolar, independentemente das suas características físicas, sociais, linguísticas e outras, e criarlhes oportunidades de aprendizagem diferenciadas, de acordo com as suas necessidades (Declaração de Salamanca, 1994).

Correia (1999, p. 33), refere que segundo vários autores, inclusão significa “atender o aluno com NEE, incluindo aqueles com NEE severas, na classe regular com o apoio dos serviços de educação especial”, devendo as escolas adaptar-se aos diferentes ritmos de aprendizagem, procurando garantir um bom nível de educação para todos, o que implica a flexibilização do currículo, das estratégias de ensino e da gestão dos recursos (Correia, 1999; Felgueiras, 1994; Jesus & Martins, 2000; Marques, 1998).

2- A Educação Especial em Portugal

A evolução da educação especial em Portugal acompanhou sensivelmente a evolução internacional: os primeiros serviços de apoio ao deficiente partiram de instituições de caridade, particularmente das Misericórdias, que prestavam importantes apoios à comunidade (Simon, 1991).

Segundo os peritos da Organização de Cooperação e Desenvolvimento da Europa (OCDE) (1984), a história da educação especial em Portugal, divide-se em três fases: “a primeira situa-se na segunda metade do século XIX e caracteriza o período do aparecimento das primeiras instituições; a segunda fase situa-se nos anos 60, em que o Ministério dos Assuntos Sociais cria os centros de educação especial, e a terceira fase surge no início dos anos 70, quando o Ministério da Educação cria as Divisões de

Ensino Especial” (Bairrão Ruivo, Felgueiras, Fontes, Pereira & Vilhena, 1998, p. 16). Por outro lado, autores como Correia (1999), Pereira e Ferreira (1999) e Rodrigues (1989) salientam a importância que António Aurélio da Costa Ferreira teve como pioneiro da educação especial, no início do século XX, época em que surge o Instituto António Aurélio da Costa Ferreira.

2.1- Segunda metade do século XIX

De acordo com a OCDE, a primeira fase caracteriza os primórdios da educação especial e situa-se na segunda metade do século XIX, mas Rodrigues (1989) refere que foi em 1823, que o primeiro Instituto de Surdos-Mudos e Cegos foi criado, por ordem de D. João VI e que viria a ser integrado, em 1834, na Casa Pia de Lisboa. Posteriormente, em 1871, foi criada “a primeira casa de detenção e correcção para menores delinquentes, do sexo masculino, e “desobedientes e incorrigíveis”” (Nunes, 1946, *in* Rodrigues, 1989, p. 441).

Estas instituições foram criadas com fundos próprios, com muito pouca participação do Estado e tinham um carácter segregador e assistencial (Marques, 1998).

2.2- Primeira metade do século XX

Após a instituição da Primeira República, verificaram-se novos desenvolvimentos associados à educação especial, preconizados por António Aurélio da Costa Ferreira, licenciado em Filosofia e em Medicina (Grande Dicionário Enciclopédico, 2000a; Rodrigues, 1989).

Costa Ferreira contribuiu decisivamente para a mudança do rumo da educação e inovação pedagógica das duas primeiras décadas deste século, particularmente no que diz respeito ao desenvolvimento da instrução de crianças e adolescentes com problemas de aprendizagem e de integração social. Defendia os interesses dos sectores menos favorecidos da população, pois acreditava que uma instrução eficaz para todos podia melhorar as suas condições de vida, passando assim, a dedicar-se à “assistência, encaminhamento e educação de crianças deficientes, nomeadamente para aqueles que designava como “anormais pedagógicos”. Dedicou-se também ao apoio, reabilitação, reeducação e orientação profissional dos mutilados da primeira guerra” (Pereira & Ferreira, 1999, pp. 72-73).

Na primeira década do século XX, Costa Ferreira assume a direcção da Casa Pia de Lisboa, definindo que a “Casa Pia de Lisboa é um estabelecimento destinado a recolher, sustentar, educar e instruir menores do sexo masculino, indigentes e desvalidos, e a torná-los cidadãos úteis e aptos para, segundo as suas tendências, inteligência e aptidões, angariarem os meios de subsistência” (Anuário da Casa Pia de Lisboa, 1913, *in* Pereira & Ferreira, 1999, p. 83).

Como director deste estabelecimento, pôde introduzir e desenvolver as suas concepções pedagógicas, que passamos a referenciar:

- “Entendia que o ensino devia ser acessível para todos, inclusivé para os “anormais”;
- Do ponto de vista pedagógico, encarava o “anormal” como alguém com capacidades para se assistir a si próprio e para favorecer a sociedade;

- Defendia que a educação das crianças normais devia ser separada das “anormais”, para que ninguém fosse prejudicado no seu processo educativo (normal ou especial);
- Estava convicto que a educação física contribuía para a formação completa da personalidade da criança, pois apurava os sentidos, educava a atenção, exercitava a inteligência e regulava o seu crescimento anatómico;
- Entendia que a educação deveria possibilitar uma inserção na vida activa, de acordo com as possibilidades de cada aluno” (Pereira & Ferreira, 1999, pp. 123-124 e p. 126).

Pretendendo melhorar a organização do ensino do Instituto dos Surdos-Mudos (secção de ensino existente na Casa Pia de Lisboa, institucionalizada desde 1906 e sob a direcção do professor Nicolau Pavão de Sousa), Costa Ferreira promove, em 1911, a formação de professores especializados, com o objectivo de adquirirem conhecimentos que resolvessem as dificuldades de comunicação que se punham aos alunos (Pereira & Ferreira, 1999).

Em 1912, funda a Colónia Agrícola de S. Bernardino, em Peniche, procurando encontrar o “enquadramento educativo adequado para “anormais” físicos e para “anormais” pedagógicos que não tinham aproveitamento no ensino normal” (Pereira & Ferreira, 1999, p. 142; Rodrigues, 1989). O objectivo deste estabelecimento era ensinar estes alunos a serem úteis a si próprios e à sociedade (Pereira & Ferreira, 1999).

Em 1916, cria o Instituto Médico-Pedagógico da Casa Pia de Lisboa, cujas funções são:

- “ 1- Funcionar como dispensário de higiene mental infantil;
- 2- Preparar técnicos para os serviços existentes e a criar;

3- Servir de centro orientador e propaganda técnica dos problemas de saúde mental infantil em todo o país” (Fontes, 1963, *in* Rodrigues, 1995, p. 18).

Mais tarde, este Instituto passou a designar-se Instituto António Aurélio da Costa Ferreira, destinado à observação e ensino de crianças com deficiência mental e perturbações da linguagem, passando a depender do Ministério da Instrução Pública (Rodrigues, 1989).

“Em 1924, o Ministério de Instrução Pública nomeia uma comissão com o objectivo de estudar a assistência aos “anormais” escolares, fomentando a sua segregação das escolas, tal como propõe a “Reforma Camoesas”, para que não constituam um obstáculo ao progresso dos alunos normais” (Rodrigues, 1989, p. 441).

Na fase de transição da Primeira República para a Ditadura Nacional, são criadas diversas instituições de atendimento com diversos objectivos (Rodrigues, 1989), mas sob a tutela do Ministério dos Assuntos Sociais (Silva, 1991).

Posteriormente, o espírito de assistência aos deficientes começa a diminuir, mas começa a reflectir-se alguma preocupação com a sua educação, pelo que o Ministério da Instrução começa a assumir, embora parcialmente, essa responsabilidade (Silva, 1991).

No início dos anos 40, a educação especial recebe um novo impulso com a reestruturação do Instituto António Aurélio da Costa Ferreira, que a partir de 1941 e sob a direcção de Vítor Fontes, passou a ser um centro orientador de todos os serviços de tratamento, reeducação e assistência de crianças com deficiência mental, assim como foi criado o primeiro curso de preparação para professores de crianças “anormais” (Pereira & Ferreira, 1999; Rodrigues, 1989).

Em 1942, o Instituto Nacional de Educação Física (INEF), também contribuía para a formação e desenvolveu um notável trabalho sobre deficientes motores e físicos (Rodrigues, 1989).

Vítor Fontes também contribuiu para este impulso da educação especial, com a publicação da revista “A Criança Portuguesa”, sobre crianças deficientes, criou em 1946 as “classes especiais de anormais” junto das escolas primárias e desenvolveu o curso de preparação para professores de “anormais” (Rodrigues, 1989).

2.3- Segunda metade do século XX

2.3.1- Década de 60

A década de 60 “é caracterizada pela criação de centros de educação especial, organizados por tipo de deficiência, como forma alternativa de ensino para aqueles que não podiam frequentar o ensino regular. A educação especial desenvolvia-se paralelamente à educação regular, mas segregada desta” (Bairrão Ruivo *et al.*, 1998; Marques, 1998, p. 3). Como exemplo, temos a “Associação Portuguesa de Pais e Amigos das Crianças Mongolóides, fundada em 1962 e admitida na Liga Internacional de Associações de Ajuda aos Diminuídos Mentais em 1964. Posteriormente é denominada Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM), que inaugurou o primeiro centro em 1965” (Rodrigues, 1995, p. 20).

Em 1968, surge o primeiro indício de integração escolar: o Instituto António Aurélio da Costa Ferreira coloca crianças cegas na escola regular, em regime de sala de apoio (Rodrigues, 1995).

2.3.2- A partir da década de 70

Nos anos 70 inicia-se uma nova fase cuja preocupação se centra na identificação e ajuda ao deficiente, passando este a ser encarado como um ser humano que tem o direito de realização e inserção na comunidade (Jesus & Martins, 2000).

Em 1973, na chamada “Reforma Veiga Simão”, é publicada a Lei n.º 5/73 de 25 de Julho, onde se explicita como um dos objectivos gerais “proporcionar às crianças deficientes e inadaptadas, bem como às precoces, condições adequadas ao seu desenvolvimento educativo” (Rodrigues, 1989; Rodrigues, 1995, p. 23).

A mesma reforma reestruturou o Ministério da Educação, criando as Direcções-Gerais do Ensino Básico e do Ensino Secundário (DGEB e DGES) e as respectivas Divisões do Ensino Especial (DEE) (Gaspar & Pereira, 1997; Marques, 1998).

Foram atribuídas algumas competências à Divisão de Ensino Especial do Ensino Básico como por exemplo: “efectuar o rastreio das crianças deficientes ou inadaptadas; orientar, nos estabelecimentos públicos ou privados, as actividades pedagógicas dos cursos ou classes especiais; fomentar a criação de cursos ou classes especiais, dedicar especial interesse à integração das crianças diminuídas ou inadaptadas em classes normais, promovendo a criação de cursos de readaptação ou recuperação; colaborar activamente com os departamentos competentes do Ministério da Educação na formação e aperfeiçoamento dos agentes de ensino destinados às classes ou cursos especiais” (Afonso & Alves, 1980; Rodrigues, 1995, p. 23).

Posteriormente, o ensino integrado organizou-se com base em estruturas regionais de coordenação e intervenção, designadas de Equipas de Ensino Especial (EEE), cuja função era apoiar a integração familiar, social e escolar das crianças

deficientes, e estavam organizadas por sectores: visual, auditivo, motor e posteriormente intelectual (Rodrigues, 1995; Silva, 1991).

As crianças com deficiência auditiva, visual e motora foram as primeiras a ser integradas no ensino regular (Rodrigues, 1995), enquanto as crianças com deficiência mental eram apoiadas na CERCIS – Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Crianças Inadaptadas Socialmente, criadas em 1975, com o apoio da Divisão do Ensino Especial da DGEB (Felgueiras, 1994).

Em 1976, a Constituição da República Portuguesa declara que todos os cidadãos portugueses têm direito à educação e à cultura, sendo o Estado responsável por promover a democratização da educação e as condições para a sua realização (Constituição da República Portuguesa, 1976; Gaspar & Pereira, 1997). Um ano mais tarde, era decretado que os alunos portadores de deficiência física e psíquica que frequentavam o ensino estavam sujeitos ao regime especial relativamente a matrículas, dispensa e tipo de frequências e avaliação de conhecimentos (Decreto-Lei n.º 174/77).

Apesar do Ministério da Educação dar algum apoio à educação das crianças deficientes, os pais recorriam frequentemente a estruturas do ensino especial não oficiais, o que implicava encargos económicos para as famílias. Estas famílias começaram a solicitar apoio económico junto da Segurança Social, sendo atribuído um subsídio de educação especial no início dos anos 80 (Felgueiras, 1994).

No início da década de 80, ainda continuava a não haver uma determinação clara quanto à política de educação para as crianças deficientes, nem quanto às medidas que permitiam generalizar a prática da integração (Felgueiras, 1994). A publicação da Lei de Bases do Sistema Educativo em 1986, veio preencher essa lacuna, explicitando que a “educação especial organiza-se com base em modelos diversificados de integração em

estabelecimentos de ensino, podendo processar-se em instituições específicas quando o tipo e o grau de deficiência do aluno o exijam” (Lei de Bases do Sistema Educativo, 1986, Art.º 18).

Em 1991 surge o Decreto-Lei n.º 319/91 de 23 de Agosto, que vem regular a integração dos alunos portadores de deficiência nas escolas regulares, assim como substitui a classificação de necessidades educativas específicas, baseada em decisões de foro médico, pela classificação de necessidades educativas especiais, baseada em critérios pedagógicos (Decreto-Lei n.º 319/91), de acordo com o contexto do Relatório Warnock (1978).

Em 1994, na “Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais”, foi assinada a Declaração de Salamanca por representantes de 92 governos, incluindo o português e por 25 organizações internacionais (Bénard da Costa, 1998; Jesus & Martins, 2000). Esta Declaração define e clarifica o conceito de “Escola Inclusiva” e recomenda que a escola regular receba todas as crianças e jovens, “independentemente das dificuldades e diferenças que apresentem” (Bénard da Costa, 1998, p. 27).

O conceito de escola inclusiva “veio reforçar que todos têm direito a frequentar o mesmo tipo de ensino, com os mesmos objectivos educacionais e plano de estudos, sendo necessário uma flexibilização da organização escolar, das estratégias de ensino, da gestão dos recursos e do currículo, de acordo com as diferenças de cada aluno e com o atendimento escolar” (Departamento de Educação Básica, 1997, p. 1).

3 - Legislação Internacional

Internacionalmente, houve um conjunto de legislação publicada que constituiu um marco importante para a evolução da educação especial, a qual passamos a descrever:

A Declaração dos Direitos Gerais e Particulares dos Deficientes Mentais, adotada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1971, proclama que:

“Art.º I- O deficiente mental tem os mesmos direitos fundamentais que os outros cidadãos do mesmo país e da mesma idade;

Art.º II- O deficiente mental tem direito à educação, à instrução, à formação, à readaptação e aos conselhos que o ajudarão a desenvolver ao máximo as suas capacidades e aptidões” (Declaração dos Direitos Gerais e Particulares dos Deficientes Mentais).

A Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes, adotada pela Organização das Nações Unidas em 1975, afirma nos pontos 3 e 6 que:

“3- O deficiente tem o direito inerente de ver respeitada a sua dignidade humana. Quaisquer que seja a origem, a natureza e a gravidade do seu problema, tem os mesmos direitos que os seus concidadãos da mesma idade, o que supõe, em primeiro lugar, o direito de desfrutar uma vida digna e o mais possível normal e plena”;

6 - O deficiente tem direito à educação, formação, readaptação profissional e outros serviços que assegurem o aproveitamento máximo das suas faculdades e aptidões e acelerem o processo da sua integração ou reintegração social” (Declaração dos Direitos do Deficiente).

Ambas as Declarações apresentam pontos comuns, diferenciando-se pelo facto da segunda abarcar a globalidade das deficiências.

Em 1975, foi promulgada uma histórica lei federal – Public Law 94-142, nos E.U.A. “The education for all handicapped children act” (Lei da educação para todas as crianças deficientes), tendo sido referida como a magna carta da educação para todas as crianças que têm sido excluídas das classes normais em função da sua condição deficiente (Correia, 1999; Sprinthall & Sprinthall, 1997). Esta lei determina que “todas as crianças com necessidades educativas especiais (NEE) têm direito à escolaridade gratuita e que esta deve ser adequada às suas necessidades educativas e desenrolar-se num meio o menos restritivo possível” (Nielsen, 1999, p. 15). Determina também a elaboração anual de um plano educativo individualizado (PEI) para cada aluno com NEE (Correia, 1999), onde deve constar:

- “1- O registo actualizado dos níveis de desempenho do aluno;
- 2- Os objectivos a longo e a curto prazo;
- 3- Os serviços específicos a serem facultados ao aluno;
- 4- O nível de integração do aluno na classe regular;
- 5- A duração do plano;
- 6- O cronograma para o processo de avaliação;
- 7- Os critérios objectivos de avaliação que permitam determinar o grau de consecução dos objectivos” (Correia, 1999, p. 23; Nielsen, 1999).

Em 1990, a Public-Law 94-142 passou a designar-se “Individuals With Disabilities Education Act” (IDEA), substituindo o termo “Handicap” por “Disability” e acrescentando ao seu conteúdo que as escolas devem envolver-se activamente na transição do aluno com NEE para a vida activa (Correia, 1999).

“O abandono da terminologia centrada na deficiência e a sua substituição por dificuldades a nível educativo, contribuiu para reforçar o modelo educacional” (Vieira, 1995, p. 18).

4- Legislação Nacional

A Constituição da República Portuguesa (1976) refere:

“Art.º 71- os cidadãos física ou mentalmente deficientes gozam plenamente dos direitos e estão sujeitos aos deveres consignados na Constituição, com ressalva do exercício ou do cumprimento daqueles para os quais se encontram incapacitados”.

No Artigo 73 refere que todos têm direito à educação e à cultura, e no Artigo 74 que todos os cidadãos têm direito ao ensino com igualdade de oportunidades de acesso e sucesso escolar (Constituição da República Portuguesa, 1976; Correia, 1994; Monteiro, 1999).

A Lei de Bases do Sistema Educativo, Lei n.º 46/86 de 14 de Outubro, refere no Art.º 7º, que é objectivo do ensino básico:

a) “assegurar uma formação geral comum a todos os portugueses que lhes garanta a descoberta e o desenvolvimento dos seus interesses e aptidões, capacidade de raciocínio, memória e espírito crítico, criatividade, sentido moral e sensibilização estética, promovendo a realização individual em harmonia com os valores da solidariedade social”, e;

j) “assegurar às crianças com necessidades educativas específicas, devidas designadamente a deficiências físicas e mentais, condições adequadas ao seu desenvolvimento e pleno aproveitamento das suas capacidades”.

No Artigo 17º define que “a educação especial visa a recuperação e integração sócio-educativas dos indivíduos com necessidades educativas específicas devidas a deficiências físicas e mentais” e tem como objectivos:

- “a) O desenvolvimento das potencialidades físicas e intelectuais;
- b) A ajuda na aquisição da estabilidade emocional;
- c) O desenvolvimento das potencialidades de comunicação;
- d) A redução das limitações provocadas pela deficiência;
- e) O apoio na inserção familiar, escolar e social de crianças e jovens deficientes;
- f) O desenvolvimento da independência a todos os níveis em que se possa processar;
- g) A preparação para uma adequada formação profissional e integração na vida activa.”

No Artigo 18º refere que “A educação especial organiza-se preferencialmente segundo modelos diversificados de integração em estabelecimentos regulares de ensino, tendo em conta as necessidades de atendimento específico, e com apoios de educadores especializados” e que também pode processar-se “em instituições específicas quando comprovadamente o exijam o tipo e o grau de deficiência do educando”. No ponto 4 refere que “A escolaridade básica para crianças e jovens deficientes deve ter currículos e programas devidamente adaptados às características de cada tipo e grau de deficiência, assim como formas de avaliação adequadas às dificuldades específicas”.

O Despacho Conjunto 38/SEAM/SERE/88 cria as Equipas de Ensino Especial (EEE), que são “serviços de educação especial a nível local, que abrangem todo o sistema de educação e ensino não superior” e que têm como objectivo “contribuir para o despiste, a observação e o encaminhamento, desenvolvendo o atendimento directo, em

moldes adequados, de crianças e jovens com necessidades educativas decorrentes de problemas físicos ou psíquicos” (Correia, 1999, p. 27).

A Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (Lei n.º 9/89 de 2 de Maio) define o conceito de pessoa com deficiência: “Considera-se pessoa com deficiência aquela que, por motivo de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de estrutura ou função psicológica, intelectual, fisiológica ou anatómica susceptível de provocar restrições de capacidade, pode estar considerada em situações de desvantagem para o exercício das actividades consideradas normais tendo em conta a idade, o sexo e os factores sócio-culturais dominantes.”

Relativamente à educação especial, a mesma lei refere: “a educação especial é uma modalidade de educação que decorre em todos os níveis do ensino público, particular e cooperativo e que visa o desenvolvimento integral da pessoa com necessidades educativas específicas, bem como a preparação para uma integração na vida activa, através de acções dirigidas aos educandos, às famílias, aos educadores, às instituições educativas e às comunidades”.

O Decreto-Lei n.º 35/90 de 25 de Fevereiro que visa a promoção do sucesso escolar e aplica-se aos alunos que frequentam o ensino não superior, em estabelecimentos de ensino oficial, particular ou cooperativo, assinala no preâmbulo que é “facto preocupante, o baixo índice de escolarização das crianças com necessidades educativas específicas, devidas a deficiências físicas e mentais, a quem importa garantir as condições educativas adequadas às suas características e o seu pleno acesso à educação, em todo o período compreendido pela escolaridade obrigatória”, pelo que “urge enveredar pela consagração legislativa de alguns dos vectores de cuja concretização depende a promoção do sucesso educativo”.

O Decreto-Lei n.º 319/91 de 23 de Agosto vem preencher uma lacuna legislativa no âmbito da educação especial, actualizando, alargando e precisando o seu campo de acção. Introduce o conceito de necessidades educativas especiais, cuja classificação é baseada em critérios pedagógicos, substituindo o conceito de necessidades educativas específicas referido na Lei de Bases do Sistema Educativo, cuja classificação era baseada em decisões de foro médico.

Este Decreto-Lei refere no art.º 2º que: “1- O regime educativo especial consiste na adaptação das condições em que se processa o ensino-aprendizagem dos alunos com necessidades educativas especiais” e que essas adaptações podem traduzir-se nas seguintes medidas (ponto 2 do mesmo artigo):

- a) Equipamentos especiais de compensação;
- b) Adaptações materiais;
- c) Adaptações curriculares;
- d) Condições especiais de matrícula;
- e) Condições especiais de frequência;
- f) Condições especiais de avaliação;
- g) Adequação na organização de classes ou turmas;
- h) Apoio pedagógico acrescido;
- i) Ensino especial.

No Artigo 5º refere que “consideram-se adaptações curriculares, redução parcial do currículo e dispensa da actividade que se revele impossível de executar em função da deficiência”. Estas adaptações não prejudicam o cumprimento dos objectivos gerais dos ciclos e níveis de ensino.

No art.º 11º define que “1- Considera-se ensino especial o conjunto de procedimentos pedagógicos que permitam o reforço da autonomia individual do aluno com necessidades educativas especiais devidas a deficiências físicas e mentais e o desenvolvimento pleno do seu projecto educativo próprio, podendo seguir os seguintes tipos de currículos:

- a) Currículos escolares próprios;
- b) Currículos alternativos”.

“Os currículos escolares próprios são aqueles que, tendo como padrão os currículos do regime educativo comum, têm adaptações ao grau e tipo de deficiência” (ponto 2 do Art.º 11º), e “os currículos alternativos são aqueles que substituem os currículos do regime educativo comum, destinando-se a proporcionar a aprendizagem de conteúdos específicos” (ponto 3 do Art.º 11º).

Assim, a todos os alunos, dependendo das suas características, são atribuídas as medidas do regime educativo especial, procurando criar oportunidades de aprendizagem com sucesso para todos, maximizando o seu potencial académico, sócio-emocional e pessoal (Declaração de Salamanca, 1994).

O Artigo 15º faz referência aos elementos que devem constar no Plano Educativo Individual (PEI).

Ainda em 1991, surge o Despacho n.º 173/ME/91 de 23 de Outubro que estabelece as condições e procedimentos necessários à aplicação das medidas destinadas a alunos com NEE. Medidas essas que devem ser “mais integradoras e menos restritivas, de forma a que as condições de frequência se aproximem das existentes no regime educativo comum” e “são de aplicação individualizada, podendo o mesmo aluno beneficiar de uma ou de mais medidas em simultâneo”.

Conclusão

Neste capítulo, procurámos fazer uma análise descritiva e cronológica dos factos e acontecimentos que contribuíram para a evolução da educação especial, nos contextos internacional e nacional, assim como a descrição de um conjunto de legislação que marcou a evolução da educação especial em ambos os contextos.

Podemos concluir que desde os tempos primitivos até à época actual, a sociedade manifestou diferentes formas de encarar a pessoa deficiente e, consequentemente, a sua educação.

Numa primeira fase, o deficiente foi excluído da sociedade e abandonado à sua sorte, sendo mais tarde alvo da caridade religiosa e assim colocado em asilos.

A era das instituições caracterizou a segunda fase da história da educação especial. Nesta fase, os deficientes eram segregados em instituições específicas, de acordo com a sua categoria, com o objectivo de os educar e ajustar à sociedade.

Homens como Jacob Rodrigues Pereira, o Abade Charles L'Epée e Itard (considerado o “pai da educação especial”), contribuíram para o desenvolvimento da educação especial ministrada em instituições, tendo sido considerados os pioneiros deste tipo de educação.

A última fase foi caracterizada pela obrigatoriedade da escolaridade básica, que favoreceu o aparecimento de centros de educação especial, que funcionavam paralelamente à educação em geral.

Mais tarde, com a evolução dos conceitos de igualdade e justiça, e partindo do princípio que a educação é pública e gratuita para todas as crianças, o deficiente passou a fazer parte integrante da classe regular.

Surgiu então o princípio da integração subjacente ao princípio da normalização, ou seja, a criança deficiente foi colocada na escola regular com o seu colega normal, recebia uma educação especial, de acordo com as suas necessidades educativas, num meio o menos restritivo possível, que proporcionasse um conjunto de condições o mais semelhantes possíveis às do meio em que estava inserido.

Emergiu então o conceito de necessidades educativas especiais (NEE), que substituiu as classificações do deficiente, baseadas na sua categoria.

Com a Declaração de Salamanca, em 1994, apareceu a noção de “escola inclusiva”, cujo princípio é incluir na escola regular a criança com NEE, independentemente das suas características e garantir-lhe um bom nível de educação, de modo a obter sucesso escolar.

A evolução da educação especial em Portugal foi bastante idêntica à internacional.

É de salientar o feito de António Aurélio da Costa Ferreira, considerado o “pai da educação especial”. Costa Ferreira procurou mudar e inovar a educação pedagógica dos deficientes, pelo que promoveu a formação de professores especializados para leccionarem aos alunos da Casa Pia de Lisboa.

A legislação acompanhou e contribuiu para a evolução da educação especial.

A nível internacional salientamos a Public Law 94-142, designada lei da educação para todas as crianças deficientes e que determina que todas as crianças com NEE têm direito a uma educação adequada às suas necessidades educativas.

Em Portugal, o decreto-lei n.º 319/91 de 23 de Agosto, preencheu uma lacuna legislativa no campo da educação especial. Introduz o conceito de NEE e especifica o seu campo de acção.

Podemos concluir que foram estabelecidas todas as considerações necessárias para que o aluno com NEE obtenha sucesso escolar numa escola inclusiva. No entanto, estes alunos só poderão concretizar esse sucesso escolar, se os professores contribuírem positivamente para isso, isto é, o professor deve conhecer as características das categorias das necessidades educativas especiais de cada aluno, para poder fazer adaptações curriculares e escolher o melhor método de ensino, as melhores estratégias de ensino e o tipo de material didáctico mais adequado.

No capítulo seguinte iremos proceder à classificação das necessidades educativas especiais, bem como caracterizar algumas das suas categorias e reflectir sobre os benefícios da prática de actividade física na promoção do bem-estar físico e psicológico das crianças com necessidades educativas especiais.

Capítulo II

Necessidades Educativas Especiais: Definição, Caracterização e Contributos da Actividade Física

Introdução

Cada criança tem características diferentes, quer em termos de desenvolvimento, quer em relação às suas necessidades educativas. Essas diferenças assentam essencialmente em factores de ordem física, cognitiva, linguística, social e afectiva, que podem dificultar ou facilitar o desenvolvimento do seu potencial (Chaves, Coutinho & Dias, 1993).

Qualquer criança que apresente diferenças significativas entre a sua capacidade potencial e os resultados obtidos e que, por esse motivo, necessite de receber apoios educativos especiais, é designada por *criança com necessidades educativas especiais* (NEE) (Pierangelo & Jacoby, 1996, *in* Nielsen, 1999).

Para que o desenvolvimento pleno das capacidades destas crianças seja conseguido é necessário facilitar-lhes uma educação especializada, assim como meios e cuidados especiais, que diferem de acordo com as necessidades específicas de cada uma (Fonseca, 1984).

Actualmente, encontramos um elevado número de crianças com NEE incluídas nas classes regulares, que necessitam de ser compreendidas pelos professores (Nielsen, 1999). Estes nem sempre possuem conhecimentos especializados acerca da problemática de cada criança, pelo que têm dificuldades em estabelecer estratégias que permitam desenvolver o processo de ensino/aprendizagem com sucesso.

Neste capítulo vamos fazer uma abordagem sobre as necessidades educativas especiais, essencialmente definir e categorizar as NEE, bem como caracterizar algumas categorias das NEE, nomeadamente as que estão representadas na amostra deste estudo,

abordando ainda os benefícios da actividade física e da prática desportiva para as várias NEE caracterizadas.

1- Definição e Categorização das Necessidades Educativas Especiais

Bairrão Ruivo, Felgueiras, Fontes, Pereira e Vilhena (1998, p. 109) afirma que os alunos com Necessidades Educativas Especiais (NEE) “são aqueles que exigem recursos ou adaptações especiais no processo de ensino/aprendizagem que não são comuns à maioria dos alunos da sua idade, por apresentarem dificuldades ou incapacidades que se reflectem numa ou mais áreas de aprendizagem”.

Chaves, Coutinho e Dias (1993, p. 58), referem que as crianças com NEE são aquelas que apresentam as seguintes características:

“- Diferenças sensoriais, motoras e físicas (incluindo problemas auditivos e de linguagem, visuais e de ordem física);

- Diferenças cognitivas (incluindo a deficiência mental e as dificuldades de aprendizagem);

- Dificuldades de relação, problemas emocionais e de comportamento;

- Crianças cognitivamente e artisticamente superdotadas, que também requerem uma intervenção educativa especial, para que seja conseguido um efectivo e total desenvolvimento do seu riquíssimo potencial”.

Relativamente ao conceito de NEE, Brennan (1988), citado por Correia (1999, p. 48), afirma que “há uma NEE quando um problema (físico, sensorial, intelectual, emocional, social ou qualquer combinação destas problemáticas) afecta a aprendizagem ao ponto de serem necessários acessos especiais ao currículo, ao currículo especial ou

modificado, ou a condições de aprendizagem especialmente adaptadas para que o aluno possa receber uma educação apropriada. Tal necessidade educativa pode classificar-se em ligeira ou severa e pode ser permanente ou manifestar-se durante uma fase do desenvolvimento do aluno.”

Também Correia (1999, p. 48) refere que o conceito de NEE “se aplica a crianças com problemas sensoriais, físicos, intelectuais, emocionais e com dificuldades de aprendizagem derivadas de factores orgânicos e ambientais”, e “abrange as crianças com aprendizagens atípicas, que não acompanham o currículo normal, sendo necessário fazer adaptações curriculares de acordo com as suas características”. É a partir da necessidade de se efectuarem adaptações curriculares específicas que, segundo Correia (1999), se podem classificar as NEE em permanentes ou temporárias.

As NEE permanentes são aquelas que “exigem adaptações generalizadas do currículo, adaptando-o às características do aluno e essas adaptações mantêm-se durante grande parte ou todo o percurso escolar do aluno” (Correia, 1999, p. 49), e encontram-se agrupadas por categorias específicas de acordo com o carácter das desordens que influenciam significativamente o desenvolvimento da criança. Assim temos:

- “NEE permanentes de carácter intelectual - neste grupo encontramos crianças com deficiência mental (ligeira, moderada, severa e profunda), dotados e sobredotados;
- NEE permanentes de carácter processológico - fazem parte deste grupo os alunos com dificuldades de aprendizagem;
- NEE permanentes de carácter emocional - encontramos aqui todos os alunos com psicoses e outros problemas graves de comportamento que põem em causa o seu sucesso escolar e a sua segurança;

- NEE permanentes de carácter motor - engloba os alunos com incapacidades do tipo manual e/ou de mobilidade. As categorias mais comuns são a paralisia cerebral, a spina bífida, distrofia muscular e outros problemas motores derivados de amputações, poliomielite e acidentes;

- NEE permanentes de carácter sensorial – estão aqui incluídos todos os alunos com problemas de visão (cegos e amblíopes) e com problemas de audição (surdos e hipoacúsicos)” (Correia, 1999, pp. 51-52).

A partir de 1990, as instituições educacionais, mostraram um interesse especial por outros grupos que designaram de: problemas provocados por traumatismo craniano, autistas e outros problemas de saúde que incluem diabetes, asma, hemofilia, cancro, sida, epilepsia, entre outros (Correia, 1999).

As NEE temporárias “exigem uma modificação parcial do currículo escolar, adaptando-o às características específicas do aluno num determinado momento do seu desenvolvimento” (Correia, 1999, p. 49). Neste tipo de NEE estão incluídos os problemas ligeiros ao nível do desenvolvimento motor, perceptivo e sócio-emocional, e problemas ligeiros relacionados com a aprendizagem da leitura, da escrita e do cálculo.

A presença de um aluno com NEE na escola regular implica algumas considerações, nomeadamente adaptações individualizadas do projecto educativo da escola e do currículo, de acordo com as características problemáticas de cada aluno (Gonzalez, 1994; Nielsen, 1999).

A seguir vamos caracterizar algumas das categorias das necessidades educativas especiais, particularmente aquelas que estão presentes na amostra do nosso estudo empírico, classificando-as de acordo com Correia (1999).

1.1- Dificuldades de aprendizagem (DA)

Segundo Correia (1999), cerca de 48% dos alunos com NEE pertence a esta categoria, sendo portanto a categoria mais representativa.

Ao longo dos tempos, têm sido utilizados muitos termos para definir as crianças com DA, como por exemplo: “dificuldade de leitura adquirida, distúrbios perceptivos, neurofrenia, aprendizagem lenta, dificuldades visuomotoras, hiperactividade, problemas psicomotores, problemas emocionais e de comportamento, etc.” (Fonseca, 1979, p. 168).

Ao longo dos anos surgiram várias definições de DA, baseadas em termos como: “lesão cerebral, disfunção cerebral mínima e dificuldades de aprendizagem” (Kirby & Williams, 1991; Mercer, 1994, *in* Cruz, 1999, p. 52).

Samuel Kirk, em 1962, elaborou a primeira definição de DA, que passamos a citar:

“Uma DA refere-se a um atraso, desordem, ou atraso no desenvolvimento de um ou mais processos de fala, linguagem, leitura, escrita, aritmética, ou outras áreas escolares, resultantes de uma desvantagem causada por uma possível disfunção cerebral e/ou distúrbios emocionais ou comportamentais. Não é resultado de deficiência mental, privação sensorial ou factores culturais e instrucionais” (Kirk, 1962, *in* Cruz, 1999, p. 53; Fonseca, 1999).

Para além desta definição, Fonseca (1999, pp. 244-245) refere outras definições que merecem destaque quer pela sua importância, quer pela sua aceitação internacional:

- A definição de Myklebust, que apresenta as DA como “desordens psiconeurológicas da aprendizagem, incluindo os défices na aprendizagem que surgem

em qualquer idade e que são essencialmente causadas por desvios do sistema nervoso central e que não são devidas nem provocadas por deficiência mental, privação sensorial ou factores psicogenéticos”; e,

- A *Review of Educational Research*, reuniu 15 investigadores, que chegaram à seguinte definição:

“1 - As DA constituem um ou mais défices nos processos essenciais da aprendizagem que necessitam de técnicas especiais de educação (definição por défice);

2 - As crianças com DA apresentam discrepância entre o nível de realização esperado e o atingido em linguagem falada, leitura, escrita e matemática (definição por discrepância);

3 - As DA não são devidas a deficiências sensoriais, motoras, intelectuais, emocionais e /ou falta de oportunidade de aprendizagem (definição por exclusão)”.

Rebello, Fonseca, Simões e Ferreira (1995), Fonseca (1999) e Cruz (1999, p. 59), referem que a definição de DA que apresenta maior consenso e satisfaz os objectivos das investigações realizadas, é a proposta pelo *National Joint Committee of Learning Disabilities* (NJCLD), em 1988: “DA é um termo geral que se refere a um grupo heterogéneo de desordens manifestadas por dificuldades significativas na aquisição e uso da compreensão auditiva, fala, leitura, escrita, raciocínio ou habilidades matemáticas. Estas desordens são intrínsecas ao indivíduo, presumivelmente devem-se a disfunções do sistema nervoso central, e podem ocorrer ao longo da vida. Problemas nos comportamentos de auto-regulação, percepção social, e interacção social podem existir com as DA mas não constituem por eles próprios, uma DA.

Embora as DA possam ocorrer concomitantemente com outras dificuldades (défices sensoriais, deficiência mental, distúrbios emocionais sérios), ou com

influências extrínsecas (tais como diferenças culturais, instrução insuficiente ou inapropriada), elas não são resultado dessas condições ou influências”.

Correia (1999) e Nielsen (1999), referem que a definição de DA que recebe maior consenso, por parte de diversos autores, é a que consta na Lei Pública Americana (Public-Law 94-142), que passamos a descrever:

“DA específica significa uma perturbação num ou mais dos processos psicológicos básicos envolvidos na compreensão ou utilização da linguagem falada ou escrita, que pode manifestar-se por uma aptidão imperfeita de escutar, pensar, ler, escrever, soletrar ou fazer cálculos matemáticos. O termo inclui condições como deficiências perceptivas, lesão cerebral, disfunção cerebral mínima, dislexia e afasia de desenvolvimento. O termo não engloba as crianças que têm problemas de aprendizagem resultantes principalmente de deficiência visual, auditiva ou motora, de deficiência mental, de perturbação emocional ou de desvantagens ambientais, culturais ou económicas” (Federal Register, 1997, *in* Correia, 1999, p. 55).

A definição também diz que uma criança pode ser identificada como inapta para uma aprendizagem “normal” se “apresentar uma discrepância significativa entre a realização escolar e a capacidade intelectual numa ou mais das seguintes áreas: expressão oral, compreensão auditiva, expressão escrita, capacidade básica de leitura, compreensão da leitura, cálculo matemático e raciocínio matemático” (Federal Register, 1997, *in* Correia, 1999, p. 55).

Por outro lado, Fonseca (1989) refere que a categorização põe em evidência a diferença entre os deficientes e os não deficientes, devendo ser evitada. Assim, adota a classificação de Quirós e Schrager (1978), que aplica o termo DA para todos os alunos

pertencentes às diversas categorias, subdividindo-as em dificuldades de aprendizagem primárias (DA I) e dificuldades de aprendizagem secundárias (DA II):

- “DA I são aquelas em que não se identifica uma causa orgânica evidente e compreendem perturbações nas aquisições da linguagem, da leitura, da escrita ou do cálculo e cujas causas são menos conhecidas” (Fonseca, 1989, p. 35);

- “DA II são aquelas que resultam de limitações ou deficiências devidamente diagnosticadas (deficiência visual, auditiva, mental, motora, emocional, etc.) e são uma consequência secundária de deficiências nervosas, sensoriais, psíquicas ou ambientais. Estas DA são bem conhecidas e estão relacionadas com factores biomédicos” (Fonseca, 1989, pp. 35-36).

O mesmo autor define DA como sendo “uma desarmonia do desenvolvimento normalmente caracterizado por uma imaturidade psicomotora que inclui perturbações nos processos receptivos, integrativos e expressivos da actividade simbólica” (Fonseca, 1984, p. 228), e “traduz uma irregularidade biopsicossocial do desenvolvimento global e dialéctico da criança, que normalmente envolve, na maioria dos casos, problemas de lateralidade e de praxia ideomotora, deficiente estruturação perceptivo-motora, dificuldades de orientação espacial e sucessão temporal e outros tantos factores inerentes a uma desorganização psicomotora que impede a ligação entre os elementos constituintes da linguagem, e as formas concretas de expressão que os simbolizam” (Fonseca, 1999, pp. 246-247).

Foram sugeridas diversas causas para a etiologia das DA, mas a classificação mais abrangente, completa e organizada, é a apresentada por Citoler (1996), Casas (1994) e Martín (1994), que propõem três categorias de factores:

- “Factores fisiológicos que abrangem quatro causas: disfunção neurológica ou lesão cerebral, determinantes genéticos ou hereditários, factores bioquímicos e factores endócrinos” (Cruz, 1999, p. 82).

- “Factores socioculturais que incluem: má nutrição, privação de experiências precoces, códigos linguísticos familiares restritos e valores e estratégias educativas inadequadas” (Cruz, 1999, p. 85).

- “Factores institucionais que resultam de deficiência nas condições materiais em que decorre o processo de ensino/aprendizagem e como resultado de um inadequado planeamento do sistema educativo” (Cruz, 1999, p. 87).

Os alunos com DA podem apresentar algumas das seguintes características, entre outras: “manipulação estranha de objectos, distracção, hiperactividade, problemas de coordenação a nível da percepção, dificuldade em desenvolver raciocínios, dificuldades numa ou mais áreas académicas, auto-estima diminuída, problemas de coordenação visual-motora, etc.” (Nielsen, 1999, p. 65).

Como foi referido na definição de DA apresentada por Fonseca (1999), a criança com DA apresenta uma desorganização psicomotora. As actividades desportivas, quando direccionadas para o desenvolvimento da “lateralidade, direcção, imagem do corpo, estruturação espaço-temporal e das praxias globais e finas”, contribuem para a organização psicomotora, favorecendo a maturação do sistema nervoso central (Fonseca, 1982, p. 46).

1.1.1 - Dificuldades de aprendizagem específicas - Dislexia

A dislexia é uma dificuldade específica a nível da leitura. A “Federação Mundial de Neurologia” define dislexia como “uma desordem que se manifesta pela dificuldade em aprender a ler, sem que tal esteja relacionado com a instrução convencional, adequação intelectual e oportunidades socioculturais” (Instituto Nacional de Saúde Intelectual e Humano, 1996, *in* Nielsen, 1999, p. 75).

Myklebust (1978), referido por Fonseca (1984, p. 250), define dislexia como uma “desordem da linguagem que interfere com a aquisição de significações obtidas da linguagem escrita, devido a um défice na simbolização. Pode ser endógena ou exógena, congénita ou adquirida. As limitações na leitura são demonstradas pela discrepância entre a realização esperada e a realização actual. Limitações, normalmente devidas a disfunções cerebrais manifestadas por perturbações cognitivas, mas que não são atribuídas a deficiências sensoriais, motoras, intelectuais ou emocionais, nem a um ensino inadequado ou a privação de oportunidades”.

Myklebust e Johnson (1962, *in* Valett, 1990, pp. 6-7) referem também que a dislexia é “uma síndrome complexa de deficiências psiconeurológicas associadas, que podem incluir distúrbios na orientação, no tempo, na linguagem escrita, na soletração, na memória, na percepção auditiva e visual, nas habilidades motoras e nas habilidades sensoriais relacionadas”.

Os mesmos autores alegam que em termos educacionais, identificam-se dois tipos de dislexia, que passamos a definir:

- “dislexia auditiva, que é caracterizada por dificuldades significativas na discriminação de sons, de letras e palavras compostas, e na lembrança de padrões de sons, sequências, palavras, instruções e histórias; e

- dislexia visual, que é caracterizada pela dificuldade em seguir e reter sequências visuais e em fazer a análise e integração visual de quebra-cabeças e tarefas similares. As crianças manifestam frequentemente reversões e inversões de letras, assim como confundem facilmente palavras e letras” (Valett, 1990, p. 7).

Silva (1990, p. 7) define dislexia em termos clínicos, dizendo que “está associada a uma sintomatologia que vai desde uma deficiente discriminação auditiva de sons próximos até a uma deficiente memória fonética, passando pela enunciação de todo o tipo de erros linguísticos cometidos pela criança”.

A criança com problemas de dislexia apresenta algumas perturbações como por exemplo, “orientação do esquema corporal e da lateralidade, da análise dos sons, do ritmo, atraso da fala, de carácter e afectivas, que têm repercussões a nível escolar” (Godinho, 1997, p. 25).

Manifesta também alguns comportamentos próprios deste distúrbio, que são segundo Valett (1990, p. 63):

- “disfunção, inversão e torção de símbolos;
- disfunção na memória auditivo/visual sequencial;
- problemas na padronização rítmica de sons, rimas, palavras e sentenças;
- dificuldade na sustentação de atenção focalizada;
- desordens na organização corporal, coordenação e integração social;
- distorções associadas na cópia, na escrita e no desenho”.

Em termos práticos, a criança com dislexia comete os seguintes erros na leitura e na escrita:

- “confunde as letras, como se as visse num espelho (p-q; b-d);
- confunde as letras com sons semelhantes (c-g; p-b);

- ao nível da sílaba, inverte a ordem das letras, ou das próprias sílabas (carol-calor; fralo-farol);

- ao nível da palavra e da frase: provoca inversão de sílabas, omissões de letras, palavras não começadas pela primeira letra, etc., o que dificulta a compreensão do conteúdo e a decifração rápida;

- troca a ordem dos números (17-71);

- escreve da direita para a esquerda;

- reconhece palavras isoladas, mas tem dificuldades em reconhecê-las num contexto;

- dificuldade em repetir palavras grandes;

- escrita estranha, dificuldade em copiar formas e desenhos abstractos”

(Godinho, 1997, pp. 25-26).

Fonseca (1984, p. 30) refere que se o problema de dislexia não for identificado precocemente, estas crianças “tendem para o insucesso escolar e para os problemas emocionais, perdem a sua identidade-criatividade e surgem com problemas de adaptação social”.

Como foi referido anteriormente, a dislexia caracteriza-se por um conjunto de disfunções psiconeurológicas associadas, e partindo da “premissa de que as actividades sensoriais e motoras sobrepostas e estruturadas ajudam a tornar o corpo mais organizado e têm uma influência directa nos centros de organização neurológicos do próprio cérebro” (Valett, 1990, p. 96), o professor deve promover o treino sensório-motor para ajudar a recuperar os problemas de leitura e linguagem, através do desenvolvimento das habilidades funcionais como a atenção, inibição, discriminação e organização sensorial (Valett, 1990).

1.2- Perturbações emocionais

Apesar de não haver consenso entre os autores, relativamente à definição de perturbações emocionais, por serem consideradas ambíguas, indefinidas e confusas, prevalece a definição inscrita no “Individuals With Disabilities Education Act” (IDEA), que refere (Correia, 1999; Nielsen, 1999):

“O termo perturbação emocional significa uma condição em que envolva uma ou mais das seguintes características, durante um período longo de tempo, e de tal forma que afecta significativamente o desempenho escolar:

- Incapacidade inexplicável para a aprendizagem, facto que não é causado por factores de ordem intelectual, sensorial ou de saúde;
- Incapacidade para criar ou manter relações interpessoais satisfatórias com os seus companheiros e com os professores;
- Sensação geral e persistente de infelicidade ou de depressão ou tendência para apresentar sintomas físicos ou medos associados a problemas pessoais ou escolares” (Nielsen, 1999, p. 99).

As perturbações emocionais podem ser causadas por “deficiências genéticas, problemas neurológicos, deficiências nutricionais e pelo uso de álcool ou de drogas por parte dos pais” (Nielsen, 1999, p. 99).

As crianças com perturbações emocionais apresentam algumas características e comportamentos típicos, tais como: “pouca capacidade de atenção, problemas de aprendizagem, comportamento autodestrutivo, tendência para o isolamento, imaturidade e por vezes também lhes é diagnosticada psicose severa” (Nielsen, 1999, p. 99), evidenciam dificuldades de ajustamento social e rápidas mudanças de humor e

temperamento (Fonseca, 1999), no entanto apresentam um QI normal e nalguns casos superior ao normal (Zafra, 1991b).

Relativamente à educação escolar destes alunos, Zafra (1991b) refere que é necessário fazer um diagnóstico preciso sobre os problemas e necessidades apresentadas por cada elemento pertencente a este grupo, com o fim de se elaborar um programa educativo específico e individual.

O mesmo autor especifica, também, que a maior parte dos problemas de comportamento destas crianças estão associados à falta de adaptação ao meio, pelo que o educador deve promover situações de comunicação que permitam ao aluno sentir-se capaz quando comparado com os seus colegas e centrar-se em situações que contribuam para a formação e educação do carácter.

Assim, a actividade desportiva e o consequente desenvolvimento psicomotor deve contribuir para atingir os seguintes objectivos: “desenvolvimento das capacidades da criança para se adaptar ao mundo; favorecer o conhecimento do seu próprio corpo; superar os obstáculos que dificultam o seu desenvolvimento e autonomia pessoal; restaurar e reforçar a confiança em si mesmo; e, promover a aceitação e o respeito pelos outros” (Sánchez, 1996, p. 105).

1.3- Paralisia cerebral

Nielsen (1999, p. 95) define paralisia cerebral (PC) como “um conjunto de desordens caracterizadas por disfunções de carácter neurológico e muscular que afectam a mobilidade e o controlo muscular”.

A PC pode ser causada por “infecção materna como a rubéola, icterícia grave neonatal, trabalho de parto demasiado prolongado, hemorragias, deficiência na circulação cerebral ou falta de oxigénio no cérebro e traumatismo” (Andrada, 1997; Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral, p. 5; Nielsen, 1999). Mas a causa mais comum é a anoxia, isto é, falta de oxigénio no cérebro (Routledge, 1980).

Há três tipos de PC a considerar:

- *PC Espástica*, “que é caracterizada por paralisia e aumento de tonicidade dos músculos, oferecendo resistência aos movimentos e resulta de lesões no córtex” (Associação Portuguesa de Paralisia Carebral, p. 3).

Este tipo de PC pode ser subdividida em:

- “monoplegia, quando afecta um braço e uma perna;
- hemiplegia, quando afecta a perna e o braço do mesmo lado;
- paraplegia, quando afecta as duas pernas;
- quadriplegia, quando afecta os quatro membros;
- diplegia, quando afecta os quatro membros, mas mais as pernas do que os braços” (Routledge, 1980, p. 23).

A postura mais característica das crianças com PC espástica é caracterizada por: “uma rotação interna do braço com o cotovelo semi-flectido, o pulso em pronação, os dedos em flexão e o polegar em oposição ou junto à mão. Os membros inferiores têm tendência para a extensão com as ancas em rotação interna e os pés próximos” (Encio, 1991a, p. 385).

- *PC Atetósica*, “que é caracterizada por movimentos involuntários e variações na tonicidade muscular e resulta de lesões dos núcleos do interior dos hemisférios cerebrais” (Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral, p. 3).

Neste caso, o movimento manifestado pelo deficiente não é constante nem permanente: o tonús muscular pode diminuir se o portador se encontra relaxado ou em repouso, e pode aumentar quando se encontra excitado ou perante situações que provoquem emoções (Encío, 1991a; Routledge, 1980).

A criança com PC atetósica apresenta “retorcer ou contorção da língua e das extremidades” (Routledge, 1980, p. 23) que provoca “alterações na articulação da linguagem e facilita a formação de baba”, associado a uma “mímica facial exagerada, com mudanças bruscas de expressão” (Encío, 1991a, p. 385). Nos membros superiores, os dedos “apresentam movimentos complexos de extensão, flexão, aproximação e separação, que fazem com que a mão realize gestos bruscos” (Encío, 1991a, p. 385).

- *PC Atáxica*, “que é caracterizada por diminuição da tonicidade muscular, falta de coordenação dos movimentos e equilíbrio deficiente, devido a lesões no cerebelo” (Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral, p. 3).

Este tipo de PC caracteriza-se por:

- “uma ataxia cinética que evidencia uma má coordenação nos movimentos voluntários, o que origina uma dismetria, uma discronometria ou uma hipermetria;
- uma ataxia postural com alterações do equilíbrio;
- uma ataxia locomotora, que aparece durante a marcha, por falta de um ajuste postural, conferindo-lhe um aspecto ziguezagueante” (Encío, 1991a, p. 386).

Em geral, as crianças com PC apresentam limitações físicas, estando as funções motoras afectadas em maior ou menor grau, assim como também apresentam dificuldades para aprender, mas não existe nenhuma relação directa entre o grau de limitação motora e a capacidade para aprender (Wall, 1979). Como refere a Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral, estas crianças podem ter uma inteligência normal ou

acima do normal, mas também podem manifestar deficiência mental. Segundo Wall (1979), associados à PC, também podem aparecer alguns problemas específicos de audição ou visão.

Relativamente ao campo educacional, Wall (1979, p. 41) alega que independentemente da criança apresentar deficiência mental ou não, “existe um grande grupo com condições favoráveis para beneficiar de educação e atingir pelo menos um grau equivalente à média”.

Relativamente à prática de actividade física, devemos ter em conta as características individuais, assim como as dificuldades e potencialidades destas crianças (Cordeiro & Cordeiro, 1983).

Cordeiro e Cordeiro (1983, p. 33) salientam que a actividade física “poderá ser uma oportunidade de vivências motoras (sensoriais, perceptivo-motoras, noção de esquema corporal, de controlo do seu corpo, de trabalho musculo-articular, de treino de equilíbrio, de coordenação), que ajudam a criança a ter um melhor conhecimento corporal, que por sua vez lhe irá facilitar o auto-controlo, visando uma autonomia motora”, mas também é “um meio de contacto social, que promove a dinâmica de grupo, a interajuda e a solidariedade” (Cordeiro & Cordeiro, 1983, p. 32).

1.4- Deficiência auditiva

A deficiência auditiva é uma incapacidade severa auditiva e é designada de surdez se a sua capacidade de audição não se revela funcional no dia-a-dia (Colin, 1980, *in* Encío, 1991b; Correia, 1999; Nielsen, 1999).

A criança com deficiência auditiva não consegue “identificar, discriminar e integrar estímulos sonoros” (Mendes & Fonseca, 1982, p. 348).

A *hipoacusia* é outro problema de audição em que a criança tem esta capacidade reduzida, mas funcional para a compreensão da fala, com ou sem a utilização de um aparelho auditivo (Frisina, 1974, *in* Correia, 1999; Nielsen, 1999).

A deficiência auditiva pode ser classificada em “ligeira se a intensidade do som varia entre 25 e 40 decibéis (dB); moderada se a intensidade do som varia entre os 41 e os 55 dB; moderadamente severa se se situa entre os 56 e os 70 dB; severa entre os 71 e os 90 dB e profunda se a intensidade do som for de 91 ou mais dB” (Kirk & Gallagher, 1987; Nielsen, 1999, p. 44).

A surdez profunda geralmente é congénita, enquanto a surdez parcial (moderada a severa) resulta de doenças ou lesões no ouvido (Nielsen, 1999).

As crianças com perda de audição ligeira podem falar normalmente, mas se o desenvolvimento da linguagem não é completo, “o aluno pode ter dificuldades em compreender ideias abstractas e conceitos”. As crianças com perda de audição moderadamente severa e que usam aparelho auditivo, “podem apresentar atrasos na fala e expressividade reduzida; as que têm uma perda de audição severa, não ouvem a maior parte dos sons produzidos” (Nielsen, 1999, pp. 45-46).

Dependendo da zona onde se encontra situada a lesão que origina a diminuição auditiva, a surdez classifica-se em (Encío, 1991b; Kirk & Gallagher, 1987; Thomé, 1987):

- Surdez de condução, quando a lesão se situa no ouvido externo médio, isto é, “o funcionamento do aparelho de condução que vai desde o pavilhão auditivo da orelha até ao início do ouvido interno, apresenta anomalia” (Thomé, 1987, p. 240);

- Surdez de percepção, “quando a lesão se situa no ouvido interno ou no nervo auditivo (lesão periférica) ou ao nível do córtex cerebral (lesão central)” (Encío, 1991b, p. 364).

Do ponto de vista educacional, as crianças com surdez de condução “não precisam de nenhum apoio especial, porque são casos com possíveis soluções cirúrgicas ou farmacológicas. A surdez de percepção necessita de apoio especial, porque não existe solução médica” (Encío, 1991b, pp. 364-365).

Kirk e Gallagher (1987, pp. 235-236), referem que Moore (1982) identificou cinco causas para a surdez, que são: “hereditariedade, rubéola materna, nascimento prematuro, meningite e incompatibilidade de sangue entre a mãe e a criança”, enquanto que “as deficiências menos graves são causadas pela otite média”.

Relativamente ao desenvolvimento cognitivo da criança com surdez, Kirk e Gallagher (1987, pp. 243-244) referem que estas crianças “podem pensar com lógica sem ter um sistema de linguagem, mas que o domínio de tal sistema é de grande ajuda para a criança solucionar problemas ou para o seu desempenho académico”. Por outro lado, o facto destas crianças “apresentarem problemas graves de expressão de linguagem, também apresentam sérios problemas de realização académica”.

Os problemas de expressão de linguagem e comunicação também afectam a interacção social, provocando problemas no desenvolvimento social e afectivo da criança deficiente auditiva, que a nível social tem tendência para se isolar e em termos afectivos desenvolve sentimentos de desconfiança (Encío, 1991b; Kirk & Gallagher, 1987).

A prática de uma actividade física, permite que o deficiente auditivo adquira autoconfiança, assim como favorece a sua integração e desenvolvimento social (Thomé, 1987).

1.5- Deficiência visual

A deficiência visual diz respeito à diminuição da capacidade de visão e inclui dois grandes grupos de crianças: as cegas e as amblíopes (Correia, 1999; Moura e Castro, 1994).

A criança legalmente *cega*, é aquela cuja “acuidade visual do olho com melhor visão, após correcção com lentes, é de 1/10 ou inferior, ou com acuidade visual superior a 1/10, mas acompanhada de uma restrição do campo visual a menos de 20 graus” (Decreto-Lei n.º 49331/69 de 28 de Outubro, *in* Dias, 1995, p. VII; Moura e Castro, 1994; Oliveira, 1987).

A *ambliopia* é definida como “baixa da acuidade visual qualquer que seja a sua origem: orgânica ou funcional” (Dias, 1995, p. VII) e divide-se em “grande ambliopia quando o indivíduo tem uma acuidade visual compreendida entre 1/10 e 3/10 no melhor olho depois de corrigida, e pequena ambliopia quando o indivíduo tem uma acuidade visual compreendida entre 3/10 e 5/10 no melhor olho depois de corrigida” (Dias, 1995; Fonseca, 1989; Moura e Castro, 1994, p. 22).

Guyton (1989), citado por Moura e Castro (1994, p. 21), define acuidade visual máxima como “a capacidade que permite distinguir dois pontos luminosos, com alguma dificuldade, à distância de 10 m, separados entre si de 1 mm” e campo visual como “toda a área vista por um olho num dado momento”.

Barraga (1976), referido por Kirk e Gallagher (1987, p. 180), definiu em termos funcionais, as crianças com deficiência visual, considerando que há três tipos:

1 - “Crianças cegas - as que têm somente a percepção de luz ou que não têm nenhuma visão e que precisam de aprender através do sistema *Braille* e de meios de comunicação que não estejam relacionados com o uso da visão;

2 - Crianças com visão parcial - aquelas que têm limitações de visão de distância, mas que são capazes de ver objectos e materiais quando estão a poucos centímetros ou, no máximo, a meio metro de distância;

3 - Crianças com visão reduzida - aquelas em que o problema de visão pode ser corrigido”.

Por outro lado, Bateman (1967) define a deficiência visual em termos educacionais, afirmando que “crianças cegas são as que empregam o *Braille*, e crianças com visão parcial são aquelas que usam material impresso” (Kirk & Gallagher, 1987, p. 181).

Segundo Kirk e Gallagher (1987), a maioria dos investigadores dedicou-se mais à recolha de informação sobre a cegueira do que sobre a visão parcial, pelo que iremos abordar essencialmente aspectos relacionados com a criança cega.

A deficiência visual pode ser congénita ou adquirida (Oliveira, 1987), sendo considerada congénita quando “a criança cegou até ao primeiro ano de vida (Hatwell, 1966, *in* Moura e Castro, 1994, p. 22), no entanto para fins educacionais, considera-se “cegueira congénita quando é adquirida até aos 5 anos de idade” (Schooll, 1986, *in* Moura e Castro, 1994, p. 22). É considerada cegueira adquirida “quando ocorre a partir dos 6/7 anos de idade” (Oliveira, 1987, p. 197).

Kirk e Gallagher (1987, p. 192), referem que diversos investigadores se interessaram pelo estudo das relações entre as outras funções sensoriais e a deficiência visual, e concluíram que “é possível que as pessoas com deficiência visual usem melhor as suas capacidades disponíveis relacionadas com as outras áreas sensoriais”.

Relativamente ao desenvolvimento cognitivo, os mesmos autores referem que, pelo facto das crianças deficientes visuais terem capacidade para ouvir e comunicar oralmente, são capazes de “desenvolver as suas capacidades intelectuais de modo suficiente para terem um desempenho dentro da norma nos testes padronizados” (Kirk & Gallagher, 1987, p. 194). No entanto, podem apresentar dificuldades em “compreender ideias e conceitos abstractos que estejam associados a estímulos visuais” (Nielsen, 1999, p. 54).

No campo das habilidades motoras, Cratty (1971) verificou que as crianças cegas não têm a lateralidade bem definida ou não apresentam preferência para utilizar um dos lados do corpo (Kirk & Gallagher, 1987). Hatwell (1966 *in* Moura e Castro, 1994) e Zafra (1991a) referem que estas crianças têm muita dificuldade de orientação espacial.

Hill e Blasch (1980), citados por Pereira (1993, p. 58), consideram importante desenvolver, através da prática desportiva, “a noção de corpo, de espaço e meio circundante, noções essas necessárias para o desenvolvimento do processo de orientação”.

Kosel (1984, p. 301) refere que a prática desportiva deve ter como objectivo “favorecer a educabilidade da orientação, da audição e do tacto”, pois possibilitam que a criança deficiente visual adquira “segurança na orientação espacial e também autonomia”.

A actividade desportiva contribui também para a formação da personalidade, para o desenvolvimento a nível social e emocional (Arnhim, Auxter & Crowe, 1984; Kosel, 1984).

1.6- Outros problemas de saúde

Nesta categoria encontramos um conjunto de problemas de saúde tais como a hemofilia, a diabetes e a epilepsia entre outros.

1.6.1- Hemofilia

A hemofilia é uma condição congénita e hereditária em que se verificam “hemorragias espontâneas ou traumáticas causadas por insuficiência de factor coagulante no sangue” (Armour Pharmaceutical Company, 1992; Nielsen, 1999, p. 129).

Existem dois tipos de hemofilia, a hemofilia A e a hemofilia B (Armour Pharmaceutical Company, 1992; Nielsen, 1999).

A *hemofilia A* é a mais comum e “consiste numa deficiência funcional do factor VIII, designado factor anti-hemofílico” (Moore, 1973, p. 1595), este factor “regula a activação do factor X, no processo intrínseco da coagulação” (Grande Dicionário Enciclopédico, 2000d, p. 3151) e é produzido por vários órgãos como o fígado, o baço e os rins (Jones, 1990).

A *hemofilia B* é mais rara e “é caracterizada pela deficiência funcional do factor IX, também designado factor Christmas” (Moore, 1973, p. 1597); este factor é “um

proenzima que depois de convertido numa protease, activa o factor X, em conjugação com o factor VIII” (Grande Dicionário Enciclopédico, 2000d, p. 3151), e é produzido no fígado, com a ajuda da vitamina K (Jones, 1990).

Na generalidade, a hemofilia pode ser classificada em:

- “Grave, quando não tem qualquer actividade de coagulação (0%);
- Moderada, quando se verifica 1 a 5% de actividade de coagulação; e
- Ligeira, quando se verifica mais de 5% da actividade coagulante” (Jones, 1990, p. 61; Mosher, 1997).

“Os hemofílicos graves sangram espontaneamente e têm frequentes hemorragias profundas nos músculos e articulações”, enquanto que “os hemofílicos moderados, geralmente, têm hemorragias causadas por lesões” (Jones, 1990, p. 61).

O hemofílico deve ser aconselhado a praticar desporto (Moore, 1973), pois a sua prática regular “ajuda na concentração mental, exercita os músculos, aumenta a coordenação e resistência e pode dar ao doente severamente afectado um sentido de realização pessoal” (Jones, 1990, p. 168). No entanto, deve evitar praticar desportos em que se verifique contacto físico ou se utilizem aparelhos que possam provocar hemorragias internas ou externas (Jones, 1990; Moore, 1973; Nielsen, 1993).

1.6.2- Diabetes

A diabetes é um distúrbio metabólico em que o organismo não produz insulina suficiente para efectuar o transporte do açúcar para as células, através do fluxo sanguíneo (Nielsen, 1999).

Existem dois tipos de diabetes: tipo I e tipo II (Ramires, 1993b). A diabetes tipo I também é designada por diabetes juvenil, porque aparece no indivíduo jovem e apresenta maior gravidade. A diabetes tipo II, também é designada diabetes *Mellitus* ou diabetes do adulto (Grande Dicionário Enciclopédico, 2000b), porque na generalidade aparece no indivíduo adulto e idoso (Marques, 1989; Ramires, 1993b).

Após uma caracterização dos dois tipos de diabetes, vamos debruçar-nos essencialmente sobre a diabetes tipo I, por ser a que caracteriza a população em idade escolar.

1.6.2.1- Diabetes tipo II

A *diabetes tipo II*, também é conhecida por diabetes não-insulinodependente.

Neste tipo de diabetes, os indivíduos portadores “não têm anti-corpos das células beta (β) do pâncreas, assim como não apresentam destruição das mesmas” pelo que se verifica “uma diminuição da sensibilidade dos tecidos periféricos à insulina e por consequência uma diminuição do transporte de glicose para dentro da célula, provocando um menor uso de glicose pelos tecidos, o que resulta num elevado nível de glicose circulante (hiperglicémia)” (Ramires, 1993b, p. 151).

Esta doença está associada a um conjunto de factores que estão inter-relacionados e que são: a obesidade, uma alimentação desequilibrada e uma actividade física reduzida (Marques, 1989; Ramires, 1993b).

1.6.2.2- Diabetes tipo I

A *diabetes tipo I* também é designada por diabetes insulínodépendente.

Neste tipo de diabetes verifica-se “uma destruição das células β do pâncreas, o que provoca uma redução ou ausência da secreção de insulina” (Marques, 1989; Pina, 1998; Ramires, 1993b, p. 150), pelo que o indivíduo fica dependente da administração de insulina (insulínodépendente) (Nielsen, 1999; Ramires, 1993b).

Num diabético insulínodépendente “a glicémia é a resultante entre a ingestão de hidratos de carbono, o exercício físico e a insulina exógena administrada subcutaneamente e deve oscilar entre valores de 80 a 160 mg/dl” (Correia, 1998, p. 10).

No caso dos “valores serem inferiores a 80 mg/dl verifica-se uma hipoglicémia, se os valores forem superiores a 160 mg/dl, verifica-se uma hiperglicémia” (Correia, 1998, p. 10).

O tratamento diário de um jovem diabético deve incluir a insulínoterapia, uma alimentação adequada e exercício físico, entre outras componentes (Pina, 1998).

De acordo com Pina (1998), “a insulínoterapia continua a ser o tratamento principal da criança diabética, mas não deve ser esquecido o tipo de alimentação que deve ser semelhante à indicada para o seu grupo etário, o grau de actividade física e um suporte de nutrientes adequados ao seu crescimento” (Pina, 1998, p. 8).

A prática de actividade física deve ser recomendada, pelos benefícios que tem sobre o controlo e equilíbrio glicémico do indivíduo diabético (Afonso, 1998; Potter, 1987; Ramires, 1993a).

Afonso (1998, p. 22) refere que “a actividade física provoca um aumento de consumo ou utilização da glicose e de gordura” e “aumenta a sensibilidade do músculo

à actuação da insulina”. No entanto há factores que devem ser considerados quando se pensa em praticar desporto, porque podem influenciar as respostas metabólicas ao exercício (Afonso, 1998). Esses factores são:

- “A intensidade e a duração do exercício físico;
- o tipo e a dose de insulina administrada;
- o local da injeção de insulina;
- a hora das refeições anteriores ao exercício;
- o nível de controlo metabólico” (Afonso, 1998, p. 23; Ramires, 1993a).

Quando a actividade física é intensa e prolongada, existe o risco de surgir uma hipoglicémia, que pode ser evitada com a “diminuição da dose de insulina administrada antes do exercício e com um reforço alimentar rico em hidratos de carbono” (Afonso, 1998, p. 23).

Outro factor que pode aumentar o risco de hipoglicémia, é a diferença de tempo entre a administração da insulina e o início da actividade física, que pode coincidir com o período de maior acção da insulina. O local de aplicação da insulina também deve ser escolhido em função do exercício, isto é, deve-se escolher o local do corpo que vai ser menos exercitado, para evitar que a insulina administrada entre em circulação mais rapidamente (Afonso, 1998; Ramires, 1993a).

O risco de hiperglicémia surge numa situação em que se verifique insuficiência de insulina. Neste caso, “a utilização da glicose pelo músculo não é tão eficiente, o que favorece a sua acumulação no sangue” (Afonso, 1998, p. 23). Quando se verifica uma situação de hiperglicémia, a actividade física deve ser interrompida, até que seja estabelecido o equilíbrio metabólico (Afonso, 1998).

A prática de actividade física também desempenha um papel importante a nível psicológico, pois proporciona o aumento da sociabilidade, a ocupação dos tempos livres e a diminuição da ansiedade (Afonso, 1998; Potter, 1987).

1.6.3- Epilepsia

A epilepsia “é uma doença paroxística cerebral que se manifesta por convulsões e perda dos sentidos” (Grande Dicionário Enciclopédico, 2000c, p. 2315).

As crises de epilepsia “têm origem cerebral e são muito diversas, tendo como causa imediata uma descarga eléctrica, brusca e de grande intensidade, proveniente de um grupo de neurónios. Manifestam-se por alterações motoras, sensoriais, psíquicas e do estado de consciência” (Boaventura, 1987; Grande Dicionário Enciclopédico, 2000c, p. 2314; Wall, 1979).

A “Liga Portuguesa Contra a Epilepsia” (LPCE) (LPCE, 2000, p. 1), refere que existem várias causas para a epilepsia, mas as mais frequentes são: “traumatismo craniano (que pode provocar cicatrizes cerebrais); traumatismo de parto; certas drogas ou tóxicos; interrupção do fluxo sanguíneo cerebral causado por acidente vascular cerebral ou problemas cardiovasculares e doenças infecciosas ou tumores”.

Podemos considerar dois grupos de epilepsia:

- “O grande mal de epilepsia, que é caracterizado pela perda absoluta da consciência, com violentas convulsões, e está associado a outras manifestações como o atraso no desenvolvimento psicomotor que incapacitam a criança para a vida educacional. Durante uma crise deste tipo, a criança passa por uma fase tónica de contracção muscular, caindo a seguir num sono profundo que pode durar horas;

- O pequeno mal de epilepsia, que é caracterizado por uma perda momentânea e quase imperceptível da consciência, sendo os ataques de pouca gravidade. Estas crianças têm um desenvolvimento físico e intelectual normal” (Boaventura, 1987; Grande Dicionário Enciclopédico, 2000c, p. 2315; Nielsen, 1999; Wall, 1979).

Nunes (1995), refere que os jovens com epilepsia devem ser encorajados a praticar desporto, dado que têm benefícios essencialmente a nível do humor e na prevenção de uma possível depressão.

O mesmo autor refere que os principais receios associados à prática do desporto estão relacionados com “o medo que o exercício físico possa precipitar mais crises e que os traumatismos decorrentes da actividade possam piorar a epilepsia” (Nunes, 1995, p. 20). No entanto, a maior parte dos profissionais de saúde refere que a prática regular de actividade física não provoca crises e que não há suporte científico que prove que os traumatismos provocados pela actividade física possam piorar a epilepsia (Nunes, 1995).

Conclusão

Ao longo deste capítulo procurámos definir e categorizar as NEE, enfatizando as que estão representadas na amostra do nosso estudo empírico e referindo a importância e os benefícios da prática de actividades desportivas para cada uma das NEE em particular.

Podemos concluir que a criança com NEE é aquela que possui um problema físico, sensorial, intelectual, emocional ou social, ou qualquer combinação destes, que

afecta a aprendizagem, pelo que é necessário efectuar algumas alterações especiais ao seu currículo.

As NEE podem ser ligeiras ou severas, temporárias ou permanentes e podem ser agrupadas em categorias específicas, de acordo com o carácter das desordens que influenciam o desenvolvimento da criança.

Assim, temos o grupo das NEE permanentes de carácter processológico, onde estão incluídos os alunos com dificuldades de aprendizagem (DA) e, no nosso caso específico, os alunos com dislexia. As crianças com DA apresentam uma discrepância significativa entre a realização escolar e a capacidade intelectual, devido a disfunções do sistema nervoso central, que no caso da dislexia se manifestam por uma dificuldade a nível da leitura.

No grupo das NEE permanentes de carácter emocional encontramos as crianças com perturbações emocionais, que evidenciam dificuldades de ajustamento social, de aprendizagem e de comportamento.

As crianças com paralisia cerebral encontram-se no grupo das NEE permanentes de carácter motor. Estas crianças apresentam disfunções de carácter neurológico e muscular que afectam as funções motoras e a capacidade de aprendizagem. Podem manifestar deficiência mental, mas também podem ter uma inteligência normal ou acima do normal.

O grupo das NEE permanentes de carácter sensorial é constituído por alunos com problemas de audição e com problemas de visão. As crianças com problemas de audição apresentam a capacidade de raciocínio lógico, no entanto apresentam dificuldades académicas por não dominarem o sistema de linguagem e o de comunicação oral, que também provocam problemas a nível do desenvolvimento social.

As crianças com problemas de visão podem desenvolver as suas capacidades intelectuais e obter um desempenho académico normal, dado que têm capacidade para ouvir e comunicar oralmente, apesar de terem dificuldades em compreender conceitos abstractos relacionados com estímulos visuais.

Por último, o grupo das NEE designado por “outros problemas de saúde” inclui alunos com hemofilia, diabetes e epilepsia, que dependem de tratamentos do foro médico.

De um modo geral, os alunos com NEE podem e devem praticar desporto, pois este contribui para a sua integração e desenvolvimento social, para a realização pessoal, para aumentar a autoconfiança e para o equilíbrio emocional.

Relativamente à especificidade de cada NEE, a prática desportiva também pode contribuir para minimizar o problema, como no caso das DA, contribuindo para a maturação do sistema nervoso central e consequentemente para a organização psicomotora, ajudando a recuperar e minorar os problemas de leitura e linguagem. Contribui para desenvolver a noção de corpo facilita o seu controlo, nas crianças com paralisia cerebral e com deficiência visual, e ainda relativamente a esta última categoria, também promove o desenvolvimento da noção de orientação espacial. Por último, a prática desportiva pode ajudar a criança com diabetes a controlar o equilíbrio glicémico.

A prática desportiva promove o desenvolvimento global da criança, pois origina um leque diversificado de vivências que vão contribuir para o aumento do auto-conhecimento e da auto-estima, facilitando o desenvolvimento do autoconceito.

O capítulo seguinte será dedicado à definição e delimitação do autoconceito, assim como à sua manifestação e caracterização em alunos com NEE.

Capítulo III

Autoconceito: Definição e Delimitação, Avaliação e Manifestação em Populações Especiais

Introdução

O autoconceito “é um construto integrador que leva a reconhecer a unidade, a identidade pessoal e a coerência do comportamento de um indivíduo independentemente das influências do meio ambiente” (Vaz Serra, 1986, p. 57).

A investigação no domínio do autoconceito apresenta-se controversa, devido à coexistência de diversos termos para designar este construto, assim como de diversas definições e consequentemente de diferentes instrumentos de avaliação.

Ao longo do seu crescimento, o indivíduo vive experiências que contribuem para desenvolver o seu autoconceito e a sua personalidade, desenvolvimento esse que pode ser influenciado por algumas variáveis tais como: a idade/ano escolaridade, o sexo, e o nível sócio-económico. Para além destas variáveis, podem existir outras que influenciem positiva ou negativamente o desenvolvimento do autoconceito, ou seja, a existência de necessidades educativas especiais.

Sabe-se que a actividade física contribui para o desenvolvimento biopsicossocial do indivíduo, promovendo o seu bem-estar psicológico global, o que pode contribuir para o desenvolvimento de um autoconceito positivo no indivíduo, em geral, e nas crianças com necessidades educativas especiais, em particular.

Neste capítulo, vamos procurar definir e delimitar o autoconceito, assim como descrever alguns instrumentos de avaliação (mais utilizados). Analisaremos também as diferenças no autoconceito em função da idade/ano de escolaridade, do sexo e do nível sócio-económico, assim como a manifestação do autoconceito em populações especiais, salientando o papel da actividade física na sua promoção e desenvolvimento

1– Definição e delimitação

1.1- Autoconceito

A vasta produção científica realizada sobre o autoconceito, revela uma diversidade de terminologia para denominar este construto (Martins, 1999), tornando difícil estabelecer uma definição clara e universal do mesmo (Muller *et al.*, 1988; Shavelson *et al.*, 1976; Wylie, 1974; 1979, *in* Faria & Fontaine, 1990).

Sabe-se que o estudo e o interesse pelo autoconceito remontam à época da Grécia Antiga (Harter, 1996), no entanto, o primeiro psicólogo a desenvolver a teoria do autoconceito foi William James (1890/1963) (Harter, 1996; Marsh & Hattie, 1996; Peixoto & Mata, 1993; Veiga, 1988), que baseou o seu trabalho na “Psicologia do Eu” (Oliveira & Oliveira, 1996; Vaz Serra, 1986; Veiga, 1988).

James (1890, 1892) fez a distinção entre dois aspectos fundamentais do *self* global: o “eu” (I) e o “mim” (me) (Harter, 1996; Peixoto & Mata, 1993). Definiu o “eu” como agente activo e conhecedor (Harter, 1996; Marsh & Hattie, 1996; Oliveira & Oliveira, 1996), que organiza e interpreta subjectivamente as experiências individuais (Harter, 1996), e o “mim” como conhecedor do contexto das experiências (Marsh & Hattie, 1996), isto é, o sujeito objecto conhecido, alvo de auto-percepções (Peixoto & Mata, 1993), baseadas em emoções, motivações e avaliações (Oliveira & Oliveira, 1996).

Apesar de se constatar uma distinção clara entre o “eu” e o “mim”, ambos coexistem formando o *self* (Harter, 1996), contribuindo para que o indivíduo tenha um conhecimento sobre a sua própria pessoa (Peixoto & Mata, 1993).

Harter (1996), refere que o “mim” foi classificado como o autoconceito, sendo definido por James (1890, *in* Harter, 1996) como a soma total das auto-percepções que o indivíduo tem de si, totalidade essa, que pode ser subdividida em constituintes principais, que são: o *self* material, o *self* social e o *self* espiritual (Harter, 1996).

James (1890) alega que “para se ter um verdadeiro conhecimento do eu, é necessário ter em conta os seus constituintes, assim como as emoções e sentimentos por eles evocados, bem como os actos que preparam” (Wells & Marwell, 1976; *in* Vaz Serra, 1986, p. 57).

Baldwin (1897), caracteriza o *self* ou o “eu próprio” com base na relação com o outro. Ele refere que “a minha noção de mim próprio desenvolve-se por imitação de ti e a minha noção de ti desenvolve-se no sentido da minha noção de mim próprio” (Antunes & Fontaine, 1996, p. 82).

Ao contrário de James, Cooley (1902) considera o *self* como uma construção social (Harter, 1996), e este “forma-se como o reflexo das respostas e avaliações dos que pertencem ao meio social do indivíduo” (Veiga, 1988, p. 47).

Para Cooley (1902) e Mead (1934), as auto-avaliações são avaliações reflectidas (fenómeno de espelho), baseadas nas avaliações que os outros fazem sobre o seu próprio comportamento específico (Vaz Serra, 1986).

De acordo com Rosenberg (1965), o autoconceito é constituído por várias auto-imagens, que correspondem a um conjunto de percepções relativas ao próprio sujeito, quando este se constitui como objecto da sua própria observação (Vaz Serra, 1986).

Fitts (1972) afirma que o “autoconceito acumula ou apreende a essência de diversas variáveis como motivos, necessidades, atitudes, valores e personalidade, o que

permite constituir uma variável mais simples e geral” (Oliveira & Oliveira, 1996; Vaz Serra, 1986, p. 58).

Shavelson, Hubner e Stanton (1976), definem o autoconceito como uma auto-percepção que o indivíduo forma, baseada nas experiências com o meio, nas interpretações das experiências, nas atribuições que a pessoa faz aos seus comportamentos e nas avaliações e reforços que têm significado para o indivíduo (Antunes & Fontaine, 1996; Marsh & Hattie, 1996; Oliveira & Oliveira, 1996; Vaz Serra, 1986; Veiga, 1988; Vispoel, 1995). Assim, para estes autores, o autoconceito é um construto hipotético e útil que permite explicar e prever como a pessoa actua nos mais diversos contextos (Marsh & Hattie, 1996).

O autoconceito, definido por Shavelson e colaboradores (1976), é caracterizado por sete circunstâncias críticas (Faria & Fontaine, 1990; Marsh & Hattie, 1996; Vaz Serra, 1986; Veiga, 1988), que passamos a descrever:

- *Organizado e estruturado*, pois o indivíduo organiza e estrutura em categorias específicas todas as informações obtidas através das próprias experiências, atribuindo-lhes um certo sentido;

- *Multifacetado*, o autoconceito é um conjunto de facetas específicas, que sintetizam as experiências do sujeito e estão organizadas por áreas distintas;

- *Hierárquico*, a sua organização parte de uma dimensão geral (autoconceito geral) para as experiências individuais do sujeito em situações específicas. No topo da hierarquia situa-se o conceito de si próprio geral, que se divide em autoconceito académico e autoconceito não académico. Estes autoconceitos dividem-se em áreas específicas, que por sua vez, se subdividem em facetas mais específicas e situam-se na base da hierarquia;

- *Estável*, no topo da hierarquia é mais estável, diminuindo conforme se atinge os níveis inferiores, isto é, os níveis de situações mais específicas;

- *Desenvolvimental*, à medida que o indivíduo evolui, desde a infância até à idade adulta, o autoconceito torna-se multifacetado, diferenciado e estruturado em diferentes domínios da experiência do indivíduo;

- *Avaliativo*, o indivíduo desenvolve auto-descrições (componente descritiva) e auto-avaliações (componente avaliativa) perante as várias situações que vivencia;

- *Diferenciável*, diferencia-se de outros construtos com os quais estabelece relações.

Wells e Marwell (1976) referem que o autoconceito é um construto hipotético, desenvolvido a partir das vivências do indivíduo e revela-se útil para descrever, predizer e explicar o comportamento humano, assim como para saber como a pessoa se auto-percepciona (Vaz Serra, 1986).

Gecas (1982), define o autoconceito como “o conceito que a pessoa faz de si própria enquanto ser físico, social e espiritual ou moral” (Veiga, 1988, p. 47).

O'Malley e Bachman (1983) caracterizam o autoconceito como uma disposição pessoal, duradoura, que resulta de uma auto-avaliação regulada por acontecimentos ambientais (Veiga, 1988).

Para Gottfredson (1985), o autoconceito consiste “numa constelação de percepções e avaliações a respeito de si próprio. Tem por isso duas dimensões: identidade do indivíduo (conteúdos das auto-percepções) e a auto-estima (auto-avaliação e emoções)” (Oliveira & Oliveira, 1996, pp. 150-151).

Kulik, Sledge e Mahler (1986) entendem o autoconceito como a forma distinta como cada sujeito se vê, e “define um enquadramento organizado com base no qual os

sujeitos podem interpretar e reconhecer o seu próprio comportamento em interação com o exterior social envolvente” (Senos, 1996, p. 112).

Fontaine (1991), define o autoconceito em termos gerais e específicos. O autoconceito em termos gerais caracteriza-se “pela percepção que o sujeito tem de si próprio”, e em termos específicos, caracteriza-se por “um conjunto de atitudes, sentimentos e conhecimentos, acerca das capacidades, competências, aparência, aceitabilidade social e outras características pessoais. Essas percepções formam-se através da experiência nos vários contextos da vida em que o sujeito se move, nomeadamente através de reforços do meio e de outros significativos” (Antunes e Fontaine, 1996, p. 82).

Faria e Fontaine (1992, p. 42) descrevem o autoconceito como “a percepção que cada um tem de si próprio, das suas capacidades e competências em vários domínios de existência, como por exemplo, o social, o físico, o cognitivo e o emocional”.

Para Oliveira e Oliveira (1996, p. 150), o autoconceito é “uma variável estável, preditiva e abrangente da personalidade, incluindo uma dimensão cognitiva e afectiva (motivos, necessidades, atitudes, valores, etc.)”.

Como referimos anteriormente, não tem havido consenso quanto à terminologia para designar este construto. Têm-se utilizado vários termos, a saber: percepção de si mesmo, auto-imagem, consciência de si próprio, para referir “um conjunto de traços, de imagens e de sentimentos que o indivíduo reconhece como fazendo parte de si mesmo, conjunto influenciado pelo ambiente e organizado de maneira mais ou menos consciente” (L’ Écuyer, 1985, *in* Veiga, 1995, p. 30).

Alguns autores como Engel (1965) e Bachman e O’Malley (1977), consideram o autoconceito como um “traço” estável, cuja estruturação está dependente da

hereditariedade (Martins, 1999), e outros destacam a influência do meio social (Baldwin, 1897; Cooley, 1902; Gordon, 1968; Mead, 1934; Sullivan, 1953; Ziller, 1973, *in* Veiga, 1995), defendendo que a estruturação deste construto tem origem nas experiências sociais (Martins, 1999; Veiga, 1995).

Face a estas duas posturas, surge uma outra que aceita “que a estabilidade do autoconceito deve ser vista como uma mudança ordenada do que como uma constante mutacional através do tempo (Damon & Hart, 1986; Markus & Kunda, 1986, *in* Martins, 1999, p. 74).

Outra discordância entre os diversos autores situa-se na distinção entre o autoconceito unidimensional (Coopersmith, 1967; Marx & Winne, 1978, *in* Correia, 1994), e o autoconceito mutidimensional (Allport, 1961; Harter, 1983, *in* Veiga, 1995). Os defensores do autoconceito unidimensional argumentam que as facetas do autoconceito são fortemente dominadas por um factor geral (Marsh & Hattie, 1996), enquanto os defensores do autoconceito mutidimensional justificam que o autoconceito é constituído por facetas específicas que condensam as experiências do indivíduo (Faria & Fontaine, 1990).

Verifica-se, assim, uma necessidade de delimitar o autoconceito relativamente a outros construtos afins, que frequentemente são motivo de confusão conceptual, como por exemplo a auto-estima.

1.2- Auto-estima

Alguns autores usam de forma indistinta os termos autoconceito e auto-estima (Fitts, 1965; Korman, 1968, *in* Veiga, 1995) e outros consideram que o autoconceito e a auto-estima são termos semelhantes (Yamamoto, 1972, *in* Veiga, 1995).

O autoconceito tem uma faceta afectivo-avaliativa, geralmente designada por auto-estima (Wells & Marwell, 1976, *in* Veiga, 1995), que pode ser considerada como uma atitude positiva ou negativa relativamente ao próprio sujeito (Rosenberg, 1965, *in* Veiga, 1995).

Rosenberg (1976) considera que a auto-estima é uma dimensão do autoconceito e “é entendida como a direcção de atitude (baixa ou alta) que a pessoa tem para consigo própria” (Veiga, 1995, p. 27).

Wells e Marwell (1976) dividem a auto-estima em dois subtipos: a auto-estima baseada num sentido de competência, poder ou eficácia, e a auto-estima baseada num sentido de virtude ou de valor moral:

- “A auto-estima baseada num sentimento de competência, está intimamente ligada à execução eficaz e aos processos de auto-atribuição e de comparação social;
- A auto-estima baseada na virtude, considerada representativa do valor pessoal, está ligada às normas e valores respeitantes ao comportamento pessoal e interpessoal, em termos de justiça, reciprocidade e de honra” (Vaz Serra, 1986, p. 62).

Segundo Gécas (1982), há três motivações associadas ao autoconceito, que são: motivação de auto-eficácia, motivação de auto-estima e a motivação de auto-consistência. A auto-estima compreende a auto-consistência e a auto-relevância (Vaz Serra, 1986, *in* Oliveira & Oliveira, 1996).

Vaz Serra (1986) refere que a auto-estima é a faceta mais importante do autoconceito e corresponde à avaliação que o indivíduo faz sobre as suas próprias qualidades ou desempenhos. Refere ainda que a auto-estima “é a parte afectiva do autoconceito, em que a pessoa faz julgamentos de si próprio, em que liga sentimentos de bom e de mau aos diferentes dados da sua própria identidade” (Vaz Serra, 1986, p. 60).

Para Leal (1989, p. 144), a auto-estima “exprime um valor que o sujeito concede ou atribui a si próprio”.

Battle (1992), citado por Keith e Bracken (1996), define a auto-estima como a percepção que o sujeito tem sobre o seu próprio valor, que quando é firme, positivo e estável, tende a resistir às possíveis mudanças.

2 – Avaliação do autoconceito

Na literatura sobre o autoconceito, tem-se observado a falta de acordo relativamente à noção de autoconceito, o que implica também uma diversidade nas formas de avaliação do construto (Correia, 1994; Faria & Fontaine, 1995; Veiga, 1995).

Os primeiros instrumentos de avaliação começam a surgir a partir do momento em que o autoconceito foi conceptualizado como um construto cognitivo (Roger, 1951; Sarbin, 1952, *in* Keith & Bracken, 1986).

Alguns autores que desenvolveram instrumentos de avaliação, criaram escalas que permitiam avaliar os construtos cognitivos ou afectivos, classificados como unidimensionais e que davam ênfase ao autoconceito global, como por exemplo a *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES, Rosenberg, 1965) e o *Coopersmith Self-Esteem Inventory* (CSEI, Coopersmith, 1981) (Keith & Bracken, 1996).

Outros investigadores conceptualizaram o autoconceito como um construto comportamental e desenvolveram instrumentos de avaliação baseados em princípios comportamentais (Boersma & Chapman, 1992; Bracken, 1992, *in* Keith & Bracken, 1996).

Apesar de alguns investigadores defenderem a unidimensionalidade do autoconceito, a maioria dos teóricos aceita o autoconceito como sendo um construto multidimensional. O desenvolvimento teórico neste domínio, conduziu também ao desenvolvimento de muitos instrumentos de avaliação, que avaliam simultaneamente algumas facetas do autoconceito, bem como a sua componente global (Keith & Bracken, 1996).

Antes de 1980, a pesquisa sobre o autoconceito foi criticada, pois verificaram-se pequenos defeitos metodológicos e instrumentos de medição inadequados, com pouco suporte teórico (Vispoel, 1995).

A partir de 1980, as definições e os objectivos relativos ao autoconceito mudaram consideravelmente, o que permitiu o aparecimento de novos instrumentos de avaliação, que permitiram avaliar domínios específicos do autoconceito (Sherrill, 1998).

O método mais usado para a avaliação do autoconceito é o questionário autodescritivo, em que o indivíduo responde sobre o que pensa acerca de si próprio (Veiga, 1995).

A seguir iremos descrever de forma breve alguns instrumentos de avaliação do autoconceito mais utilizados na investigação.

2.1 - Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)

Foi o primeiro instrumento de avaliação do autoconceito, cuja publicação inicial foi em 1965, sendo considerado um marco histórico no campo dos instrumentos neste domínio (Keith & Bracken, 1996).

É um instrumento muito utilizado para avaliar a auto-estima global como construto unidimensional. É composto por 10 perguntas, cada uma pontuada numa escala de *Guttman* com valores entre 0 e 6, classificando a auto-estima em alta, média e baixa (Keith & Bracken, 1996; Veiga, 1995).

Alguns estudos realizados por Rosenberg e por Silber e Tippet (1965) comprovaram a validade deste instrumento (Keith & Bracken, 1996; Veiga, 1995).

2.2 - Coopersmith Self-Esteem Inventories (CSEI)

Para Coopersmith, o autoconceito é um construto unidimensional, pois na sua perspectiva, as crianças não são capazes de diferenciar as suas competências específicas em vários domínios (Correia, 1994).

Com a primeira publicação em 1967, o CSEI é uma versão melhorada da “Rosenberg Self-Esteem Scale” (Keith & Bracken, 1996).

Os itens inicialmente seleccionados, foram posteriormente reformulados e complementados, dando origem a dois grupos: um com itens referentes à auto-estima alta e outro com itens relativos à auto-estima baixa (Veiga, 1995).

Revisto em 1981, passou a ser composto por 50 itens, referentes à auto-estima alta ou baixa agrupados em 4 factores (Veiga, 1995), que são: companheiros, escola, pais e vida familiar, e si-mesmo (Keith & Bracken, 1996; Veiga, 1995).

Posteriormente foram desenvolvidos dois tipos de CSEI; um destinado a crianças com idades compreendidas entre os 8 e os 15 anos de idade, sendo composto por 50 itens, que correspondem a subescalas do autoconceito geral, social pares, pais e académico, e o outro para indivíduos com 16 ou mais anos, sendo constituído por 25 itens (Keith & Bracken, 1996).

2.3 - The Piers-Harris Children`s Self-Concept Scale (PHCSCS)

Publicado em 1969, o PHCSCS é um instrumento de medida do autoconceito unidimensional, com itens referentes aos domínios comportamentais, intelectuais/escola, aparência física/atributos, ansiedade, popularidade e felicidade/satisfação (Keith & Bracken, 1996).

Inicialmente, este instrumento era constituído por 164 itens relacionados com os domínios referidos anteriormente, sendo depois, reduzido para 80 itens que reflectem o autoconceito geral. Alguns itens são formulados no sentido positivo, outros no sentido negativo e para cada item existem duas hipóteses de resposta: sim/ não (Veiga, 1995).

O questionário pode ser administrado individualmente ou em grupo e demora sensivelmente 20 minutos a ser preenchido (Keith & Bracken, 1996).

Inicialmente, este instrumento media o autoconceito unidimensional. Após ter-se verificado a existência de vários factores, houve necessidade de construir medidas para

avaliar essas facetas específicas, que atribuem características multidimensionais ao autoconceito (Correia, 1994).

Veiga (1995, p. 41) refere que “é um dos instrumentos de medição do autoconceito mais merecedor de considerações no âmbito da investigação”.

2.4 - Self-Perception Profile for Children (SPPC)

Publicado pela primeira vez em 1979 e reformulado em 1982, o SPPC de Harter inclui 6 domínios (Keith & Bracken, 1996), que constituem seis escalas, e cada escala é constituída por 6 itens, perfazendo 36 (Faria & Fontaine, 1995). As subescalas dividem-se em competência escolar, aceitação social, competência atlética, aparência física, conduta/comportamento e auto-estima global (Faria & Fontaine, 1995; Keith & Bracken, 1996; Martins, 1999).

Este instrumento é apropriado para crianças com 8 anos de idade ou mais, podendo ser utilizado com adolescentes até ao 9º ano de escolaridade (Faria & Fontaine, 1995).

A cada item do SPPC é atribuído um valor que varia entre 1 e 4, sendo o nível 1 correspondente a um “baixo autoconceito” e o nível 4 correspondente a um “elevado autoconceito” (Faria & Fontaine, 1995; Keith & Bracken, 1996; Senos & Diniz, 1998).

Com este instrumento, Harter pretendeu “captar a complexidade e a multidimensionalidade do autoconceito, cujo objectivo é avaliar as suas diferentes dimensões, tendo em conta que os sujeitos podem percepcionar-se de forma diferente, em diferentes domínios da sua existência, e fazem uma avaliação global de si próprios” (Faria & Fontaine, 1995, p. 130).

2.5 - Self-Perception Profile for Adolescents (SPPA)

O SPPA (Harter, 1998) é uma extensão do “Self-Perception Profile for Children”, partilhando os seus 6 domínios, aos quais foram acrescentados três escalas específicas, que fazem a avaliação do adolescente nas áreas de competência no trabalho, amizades e relações amorosas. Cada subescala tem 5 itens o que perfaz um total de 45 itens (Keith & Bracken, 1996).

2.6 - Self-Perception Profile for College-Students (SPPCS)

O SPPCS de Neeman e Harter (1986) é constituído pelas seguintes escalas: competência escolar, competência atlética, aceitação escolar, competência profissional, relações amorosas, amizades, capacidade intelectual, moralidade, aparência e auto-estima global, perfazendo um total de 54 itens.

Neeman e Harter acrescentaram três escalas, especialmente para a população estudante, que são: criatividade, relações com os pares e sentido de humor (Keith & Bracken, 1996).

2.7 - The Adult Self- Perception Scale (ASPS)

Baseado na orientação teórica e na estrutura do “Self-Perception Profile for Children”, o ASPS (Messer & Harter, 1986) é constituído por 12 subescalas, que são: sociabilidade, competência profissional, competência desportiva, aparência física, educar e responsabilizar-se pelos outros, moralidade, competências domésticas, relações

íntimas, inteligência, sentido de humor, auto-estima global e cuidar dos outros (Keith & Bracken, 1996), totalizando 50 itens.

2.8 - *Self-Description Questionnaires (SDQ)*

O *Self-Description Questionnaire I* (SDQ I, Marsh, 1988) foi baseado no modelo proposto por Shavelson, Hubner e Stanton (1976), sendo considerado como um instrumento de medida multidimensional (Keith & Bracken, 1996).

Este instrumento avalia três áreas do autoconceito académico (autoconceito verbal, matemática e assuntos escolares em geral), quatro áreas do autoconceito não académico (autoconceito em competência física/desportiva, em aparência física, na relação com os pares e com os pais), que fazem parte do modelo de Shavelson e colaboradores. Posteriormente, englobou uma nova área, que foi o autoconceito global, que avalia o autoconceito global do próprio indivíduo (Faria & Fontaine, 1990; Keith & Bracken, 1996).

O SDQ I é constituído por 76 itens, distribuídos por 8 subescalas que correspondem às 8 dimensões de avaliação referidas, e permite obter resultados globais: o autoconceito total, o autoconceito académico, o autoconceito não académico e o autoconceito global (Faria & Fontaine, 1990; Fontaine, 1991a).

Os itens são frases formuladas quer na afirmativa quer na negativa, sendo cada item avaliado através de uma escala de *Likert* de 4 pontos (na versão adaptada à população portuguesa), correspondendo o 1 ao “discordo totalmente” e o 4 ao “concordo totalmente”, passando por dois níveis de concordância ou discordância moderada (Faria & Fontaine, 1990; Fontaine, 1991a).

O SDQ I é de fácil administração, demorando cerca de vinte minutos a ser preenchido (Keith & Bracken, 1996) e é destinado a crianças que frequentam entre o 4º e o 6º anos de escolaridade, podendo ser utilizado até ao 9º ano (Faria & Fontaine, 1990).

O *Self-Description Questionnaire II* (SDQ II, Marsh, 1990) também foi baseado no modelo teórico multidimensional e hierárquico do autoconceito, desenvolvido por Shavelson, Hubner e Stanton (1976) (Keith & Bracken, 1996).

Marsh manteve as oito escalas do SDQ I, tendo dividido a escala do autoconceito pares em duas novas escalas, pares do sexo oposto e pares do mesmo sexo, e acrescentando ainda a estabilidade emocional e a honestidade, perfazendo um total de 102 itens (Keith & Bracken, 1996).

Este instrumento destina-se a avaliar o autoconceito dos jovens que frequentam desde o 7º até ao 10º ano de escolaridade, é de fácil administração e demora sensivelmente 30 minutos a ser preenchido (Keith & Bracken, 1996).

Também contribuiu para o desenvolvimento da avaliação no domínio do autoconceito, dado que é um instrumento de medida baseado num forte e consistente modelo teórico (Keith & Bracken, 1996).

O SDQ III foi elaborado por Marsh e colaboradores (1984) e também se baseia no modelo hierárquico e multidimensional do autoconceito de Shavelson e colaboradores (1976) (Faria & Fontaine, 1992).

Este instrumento avalia 13 dimensões do autoconceito, que são: matemática, língua materna, assuntos escolares em geral, aparência física, competência física, estabilidade emocional, relação com os pais, relação com os pares do mesmo sexo, relação com os pares do sexo oposto, honestidade/fiabilidade, resolução de problemas,

valores espirituais/religião e uma dimensão global (Faria & Fontaine, 1992; Vispoel, 1995).

Estas subescalas organizam-se em três dimensões do autoconceito que são: o autoconceito académico, constituído por três subescalas específicas; o autoconceito não académico que compreende nove subescalas específicas, e o autoconceito global (Faria & Fontaine, 1992).

Este instrumento destina-se a avaliar o autoconceito em estudantes universitários, que respondem a 136 itens, dos quais metade são formulados na negativa, com a utilização de uma escala de *Likert* de oito pontos, que variam entre “concordo totalmente” e “discordo totalmente” (Byrne & Gavin, 1996; Faria & Fontaine, 1992).

3 – Diferenças em função da idade/ano de escolaridade, sexo e nível sócio-económico

Ao longo do ciclo de vida, a criança vai tendo experiências que contribuem para o conhecimento de si própria (Shakespeare, 1977), aumentando assim “o número de domínios do autoconceito que cada criança é capaz de diferenciar e articular” (Correia, 1994, p. 393).

O estudo do autoconceito é também justificado pela sua relação com outras variáveis, como a idade/ano de escolaridade, o sexo e o nível sócio-económico, que são variáveis “classificadoras e mediadoras do sujeito ou de controlo” (Veiga, 1995, p. 58).

3.1 – Autoconceito e idade/ano de escolaridade

Wylie (1979), fez uma revisão de vários estudos que relacionam o autoconceito com a idade e verificou que não havia nenhuma relação positiva ou negativa evidente, entre indivíduos com idades compreendidas entre os 6 e os 50 anos de idade. Esta conclusão foi baseada em avaliações realizadas com instrumentos de avaliação do autoconceito bem conhecidos e de qualidade. Porém, encontrou resultados que mostravam aumento, descida ou estabilidade do autoconceito em função da idade, mas os instrumentos de avaliação foram considerados pobres e pouco conhecidos.

Autores como Bracken (1992) e Marsh, Parker e Barnes (1985) referem que a idade contribui muito pouco para a variância do autoconceito, sobretudo quando se utilizam instrumentos mais sofisticados e com boas qualidades psicométricas (Crain, 1996).

Bracken (1992, *in* Crain, 1996) avaliou seis domínios específicos do autoconceito através da *Multidimensional Self-Concept Scale* (MSCS, Bracken, 1982), relacionando a idade cronológica com o nível de autoconceito e verificou que a idade não teve qualquer efeito significativo.

Marsh (1991) afirma que existe uma relação curvilínea entre o autoconceito e a idade, verificando-se um declínio durante a pré-adolescência, uma inversão desse declínio durante o início ou o meio da adolescência e um aumento na fase final da adolescência e no início da fase adulta.

Marsh (1989) sugere que o declínio do autoconceito que ocorre na pré-adolescência é devido a “uma visão mais realista e objectiva do autoconceito, que

ocorre como resultado da maturação cognitiva e da experiência de vida” (Crain, 1996, p. 402).

Segundo Harter e Pike (1984, *in* Correia, 1999, p. 393), a partir dos 4 e até aos 7 anos de idade, a criança consegue fazer julgamentos sobre a sua “competência cognitiva, aceitação social e comportamento, ainda que estes domínios não estejam suficientemente diferenciados”, mas a partir dos 8 anos de idade a “criança já é capaz de fazer julgamentos sobre o seu valor global e de distinguir mais domínios específicos”.

Marsh e colaboradores (1984) utilizaram o *Self-Description Questionnaire I (SDQ I)* para avaliar o autoconceito em alunos que frequentavam entre o 2º e o 5º/6º anos de escolaridade e verificaram que existia um efeito linear da idade no autoconceito, excepto na escala “relação com os pais” em que não se verificou qualquer modificação, e na escala “relação com os pares”, onde se verificou uma diminuição do autoconceito entre o 2º e o 4º anos de escolaridade, aumentando no 5º ano de escolaridade (Antunes & Fontaine, 1996; Crain, 1996; Fontaine, 1991a).

A evolução do autoconceito, no início e meio da adolescência, revela uma recuperação dos níveis anteriores do autoconceito (Antunes & Fontaine, 1996). No entanto, para autores como McCarthy e Hobe (1982), O'Malley e Bachman (1983), a recuperação do autoconceito começa a partir do 7º ano de escolaridade (verificado através de estudos longitudinais), enquanto para Marsh, Parker e Barnes (1985) esta recuperação verifica-se a partir do 9º ano de escolaridade (Fontaine, 1991a).

Crain (1996) afirma que não há conclusões coerentes sobre o efeito da idade no autoconceito multidimensional de crianças e adolescentes, mas verifica-se que os domínios específicos do autoconceito podem diferir em função da idade. No entanto, para Marsh (1989) e para Stipek (1981) não há uma idade particular para o declínio,

mas sim uma maturação cognitiva que permite à criança e ao adolescente avaliar as suas capacidades nos diferentes domínios de forma progressivamente mais realista (Crain, 1996).

3.2 – Autoconceito e sexo

O sexo dos sujeitos “tem sido uma variável muito estudada em psicologia e aparece frequentemente ligada a expectativas familiares, escolares e sociais diferentes” (Veiga, 1995, p. 61).

Nos estudos realizados sobre a influência do sexo no autoconceito, encontraram-se resultados que não são concordantes quanto ao modo como estas duas variáveis estão associadas (Peixoto & Mata, 1993).

Wylie (1979) concluiu que não existiam diferenças significativas e evidentes no autoconceito geral entre rapazes e raparigas, independentemente da idade, mas as pesquisas actuais sugerem que os rapazes apresentam valores mais elevados de autoconceito geral e de auto-estima, relativamente às raparigas.

É de salientar que a maior parte dos estudos revistos por Wylie (1979), apresentavam amostras pouco significativas e grupos de diferentes culturas (Veiga, 1995) e os instrumentos utilizados serviam para avaliar o autoconceito numa perspectiva unidimensional (Crain, 1996).

Piers (1984), através de estudos realizados com a “Piers-Harris Children’s Self-Concept Scale” (Piers, 1969, 1984), conclui que há diferenças de sexo, relativamente aos domínios específicos do autoconceito, apresentando os rapazes valores mais

elevados nas dimensões de popularidade, aparência física e ansiedade (menos ansiosos) (Crain, 1996; Veiga, 1995).

Marsh e colaboradores, aplicaram as diferentes versões do “Self-Description Questionnaire” (SDQ) a indivíduos com idades compreendidas entre a pré-adolescência e o fim da adolescência (Crain, 1996), e concluíram que não há diferenças significativas para o autoconceito geral entre os rapazes e as raparigas (Peixoto & Mata, 1993). No entanto, observaram diferenças em certas dimensões específicas do autoconceito (Crain, 1996; Fontaine, 1991a; Peixoto & Mata, 1993).

Estes estudos revelaram que durante a pré-adolescência, os rapazes têm autoconceito mais alto do que as raparigas nas áreas da matemática, autoconceito geral, aparência física e capacidade física, enquanto as raparigas têm um autoconceito mais alto nas áreas verbal e global (Marsh *et al.*, 1984; Marsh, Relich & Smith, 1983, *in* Crain, 1996).

Durante a adolescência, os rapazes apresentam valores mais altos nos domínios do autoconceito relativos à capacidade física, aparência física e matemática e as raparigas apresentam valores mais altos nas áreas verbal, honestidade e relacionamento com pares do mesmo sexo (Crain, 1996; Fontaine, 1991a; Veiga, 1995).

Marsh *et al.* (1991) utilizaram uma versão do SDQ I para crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 8 anos de idade e encontraram resultados muito idênticos aos que Marsh e colaboradores obtiveram com as crianças mais velhas (Crain, 1996).

Osborne e LeGette (1982), usaram a “Piers-Harris Children’s Self-Concept Scale”, a “Self-Concept of Ability Scale” e o “Coopersmith Self-Esteem Inventory” e verificaram que não havia diferenças significativas no autoconceito geral em função do sexo, contudo, os rapazes apresentam valores mais altos em domínios mais específicos

do autoconceito, tais como: aparência física, atributos e ansiedade (valores mais altos correspondem a menos ansiedade), enquanto as raparigas apresentam valores mais altos de autoconceito nos domínios específicos de comportamento e social.

“Estas diferenças nas áreas específicas do autoconceito em função do sexo apresentam-se geralmente consistentes com os estereótipos sexuais, além de permanecerem relativamente estáveis ao longo da adolescência” (Fontaine, 1991b; Marsh, 1985, 1989, *in* Veiga, 1995, p. 64; Peixoto & Mata, 1993). Os estereótipos sexuais sugerem que as raparigas têm mais rendimento nos conteúdos verbais e os rapazes têm mais rendimento na matemática, o que pode justificar as diferenças no autoconceito verbal ou académico (Almeida, 1986; Marsh *et al.*, *in* Veiga, 1995).

Os diferentes estudos realizados mostram que a grande diferença entre os dois sexos verifica-se, essencialmente, nos domínios específicos de capacidade física e aparência física, a favor dos rapazes. Os valores mais altos relativos à capacidade física, justificam-se pelo facto de haver uma maior participação dos rapazes no desporto, associado a uma grande variedade de desportos de acesso mais fácil para eles (Crain, 1996). Os valores mais altos de aparência física, justificam-se pelo facto das raparigas se sentirem mais insatisfeitas com a sua aparência física do que os rapazes, na fase da adolescência (Harter, 1990, *in* Crain, 1996).

3.3 – Autoconceito e nível sócio-económico

Segundo Coopersmith (1981), as pessoas pertencentes a um nível sócio-económico alto são mais valorizadas socialmente, o que contribui para uma auto-percepção positiva do seu valor (Peixoto & Mata, 1993). Enquanto que as pessoas

pertencentes a um nível sócio-económico baixo, têm motivos para se considerarem com menos valor (Veiga, 1995).

Veiga (1995), refere que a maioria dos estudos realizados concluem pela existência de níveis de autoconceito significativamente superiores nas classes com nível sócio-económico mais elevado (Buri *et al.*, 1987; Fu, Hinkle & Korsslund, 1983; Hare, 1977; Kennedy, 1975; Musitu, 1984; Olowu, 1986; Richman *et al.*, 1985), outros estudos não revelaram diferenças significativas no autoconceito em função do nível sócio-económico (Healey & DeBlassie, 1974; Long & Henderson, 1970), e outros ainda apresentam resultados contraditórios (Wylie, 1979).

Peixoto e Mata (1993, p. 403), referem que alguns estudos revelaram que “as crianças socialmente desfavorecidas apresentam auto-estima baixa (Ausubel & Ausubel, 1963; Groveto, Fischer & Boudreaux, 1967, cit. Ramos da Silva, 1988) e auto-percepções menos positivas, do que as crianças mais favorecidas socialmente” (Soares & Soares, 1969; cit. Ramos da Silva, 1988).

Rosenberg (1979) afirma que as crianças, os adolescentes e os adultos têm percepções diferentes da relação do autoconceito com a classe social, sendo menor na criança e maior no adulto. O mesmo autor baseia-se em quatro princípios, para justificar esta diferença, que são:

“- *Avaliações reflectidas*: percepções de si-mesmo reflectidas nos outros. Os sujeitos, em cujo espelho a criança se observa (pais, irmãos e companheiros), pertencem ao mesmo status sócio-económico, pelo que esta variável não apresenta um efeito discriminador;

- *Auto-atribuições*: os êxitos pessoais para as crianças e para os pré-adolescentes têm mais directamente a ver com o meio familiar e com as relações estabelecidas com os companheiros e contextos, estes menos influenciados pela classe social;

- *Comparação social*: os bairros habitacionais e algumas escolas são menos variados na classe social do que os centros de trabalho dos adultos e, por outro lado, o ambiente interpessoal destes últimos sujeitos é, social e economicamente, mais heterogéneo;

- *Centralidade psicológica*: os interesses das crianças e dos pré-adolescentes não incluem a classe social como ponto especialmente importante, enquanto que nos adolescentes e sobretudo nos adultos, o status social seria bem mais central (importante) em relação ao autoconceito” (Veiga, 1995, p. 60).

Fontaine (1991a, 1991b) salienta que estudos realizados, centrados nas subescalas académicas do autoconceito (SDQ I e II), também revelam resultados contraditórios. Alguns estudos apresentam diferenças significativas a favor do nível sócio-económico alto (Richman *et al.*, 1985; Veiga, 1990), outros salientam que não se verificam diferenças significativas (Bachman & O’Malley, 1986; Mayurama, Rubin & Kingsbury, 1981; O’Malley & Bachman, 1979), e por último existem estudos que apresentam valores significativos a favor dos alunos pertencentes ao nível sócio-económico mais baixo (Marsh & Parker, 1984; Trowbridge, 1972).

Estas contradições podem ser justificadas pelo facto de, por vezes, se compararem escolas frequentadas maioritariamente por alunos pertencentes a um nível sócio-económico baixo, com aquelas que são frequentadas essencialmente por alunos pertencentes a um nível sócio-económico alto (Fontaine, 1991a).

Fontaine (1991a) refere que não há uma relação directa entre os resultados escolares e o autoconceito académico dos alunos pertencentes ao nível sócio-económico baixo (que geralmente têm resultados académicos inferiores) e os alunos pertencentes ao nível sócio-económico alto.

Marsh (1987) salienta a importância do contexto escolar para o desenvolvimento do autoconceito, pois “a comparação com níveis de capacidade e de realização dos colegas, em contextos referenciais com níveis de exigências desiguais, vai reforçar o conceito académico dos sujeitos de classe baixa” (Fontaine, 1991a, p. 17).

Podemos concluir que “a compreensão das diferenças do autoconceito, entre níveis sócio-económicos, exige ter em consideração os vários quadros de referência utilizados no processo de comparação social que, a nível de capacidade igual, parecem beneficiar os sujeitos de nível sócio-económico baixo, pelo menos na adolescência” (Fontaine, 1991a, p. 17).

4 – Autoconceito em populações especiais

Numa primeira fase, o autoconceito da criança começa a ser formado no seio familiar. Posteriormente, e quando a criança vai para a escola, a interacção com os pares e outros agentes exteriores à família também contribuem para a formação do autoconceito. Nesta fase, a criança com deficiência apercebe-se de que é diferente das outras crianças, o que pode afectar o seu autoconceito (Serrill, 1998).

O progresso de um estágio de vida para outro, pode afectar o autoconceito, porque as crianças têm que enfrentar novas expectativas sociais e ajustá-las às suas mudanças físicas (ex. puberdade) e às suas capacidades (Serrill, 1998).

Tem havido debates educacionais relativos à inclusão de crianças com necessidades educativas especiais (NEE), no sistema educativo regular, e ao seu efeito no desenvolvimento do autoconceito. Sinclair e Forness (1983) concluíram que ainda se notam efeitos negativos da inclusão, devido aos rótulos e categorizações atribuídas aos alunos com NEE. Por outro lado, Gurney (1988) refere que a inclusão destes alunos pode trazer influências negativas, pois podem tornar-se mais cientes das suas limitações devido às auto-comparações com os alunos sem NEE, e desenvolverem uma auto-estima negativa (Prout & Prout, 1996).

Correia (1999) refere que vários estudos realizados com professores do ensino regular, permitiram concluir que estes concordam que a inclusão da criança com NEE traz ganhos sociais consideráveis e autoconceitos mais positivos.

Dunham e Dunham (1987) referiram que as limitações visíveis e perceptíveis das pessoas portadoras de deficiência física, dificultam o seu envolvimento em experiências de vida social que, conseqüentemente, afectam as interações sociais. Assim, estes indivíduos podem apresentar autoconceitos físicos e sociais negativos.

Sethil e Sen (1981) compararam a auto-estima de deficientes físicos com um grupo de controlo sem deficiência, ambos os grupos com idades compreendidas entre os 8 e os 12 anos e com QI semelhante. Concluíram que as crianças com deficiência física apresentam níveis de autoconceito mais altos, embora pouco significativos, relativamente ao grupo de controlo, justificando isto com o facto da avaliação ser baseada essencialmente no QI (Prout & Prout, 1996).

Loeb e Sarigiani (1986) compararam crianças com visão reduzida e com audição reduzida, com crianças que não tinham qualquer deficiência (idades compreendidas entre os 8 e os 15 anos). As crianças com audição reduzida apresentavam um

autoconceito mais baixo relativamente ao grupo de crianças sem deficiência, enquanto as crianças com visão reduzida não apresentavam qualquer diferença (Prout & Prout, 1996)

Meighan (1971) aplicou a “Tennessee Self-Concept Scale” a adolescentes com deficiência visual (cegos), matriculadas em escolas para cegos, e verificou que apresentavam níveis negativos nas dimensões básicas do autoconceito, não havendo qualquer relação entre o bom desempenho e um autoconceito positivo (Kirk & Gallegher, 1987).

As crianças com deficiência visual têm dificuldade em elaborar uma auto-imagem adequada, por não terem referências visuais para se observarem e compararem com os outros, o que as pode levar a desenvolverem autoconceitos caracterizados por sentimentos de inferioridade e incompetência, perante a vida diária e escolar (Gómez, Peña & Moreno, 1999).

Montenegro (1997) aplicou a escala de autoconceito de Piers-Harris a crianças deficientes auditivas (surdas), pretendendo avaliar os seus perfis, em comparação com crianças com audição normal. Concluiu que as crianças deficientes auditivas apresentam valores inferiores de autoconceito, principalmente nas subescalas de comportamento e de popularidade. Estas diferenças justificam-se pelas dificuldades específicas de integração que podem levar ao isolamento.

Relativamente aos alunos com dificuldades de aprendizagem (DA), a maioria dos estudos realizados, compararam-nos com alunos ditos “normais”. Winne, Woodlands e Wong (1982) não encontraram diferenças no autoconceito geral entre os alunos com DA, os alunos normais e os alunos dotados, que frequentavam desde o 4º até ao 7º ano de escolaridade, enquanto que DeFrancesco e Taylor (1985) e Hall e Richmond (1985)

concluíram que os alunos com DA apresentam valores mais baixos no autoconceito, relativamente aos seus pares normais (Prout & Prout, 1996).

Stone (1984) avaliou as variáveis autoconceito, nível sócio-económico e expectativas dos pais, em estudantes com idades compreendidas entre os 7 e os 13 anos e categorizados com DA. Neste estudo não foram encontrados resultados significativos relativamente à categorização DA, no entanto, a análise dos resultados sugeriu que as expectativas dos pais podem ter maior influência no autoconceito.

Prout e Prout (1996), referem outros estudos que relacionaram o autoconceito com problemas de saúde e com distúrbios emocionais, estudos esses que passamos a referir.

Brown (1985) estudou o autoconceito em crianças com diabetes e idades compreendidas entre os 8 e os 10 anos. Ferrari, Matthews e Barabas (1983) compararam crianças de 6 a 12 anos de idade com diabetes e crianças com epilepsia, com um grupo de crianças normais. Em ambos os estudos, as crianças com diabetes não apresentaram resultados diferentes do grupo de controlo, enquanto as crianças com epilepsia apresentavam autoconceitos mais baixos.

Lund (1987) estudou crianças com distúrbios emocionais e comportamentais que frequentavam programas especiais, com crianças que frequentavam a escola regular, e concluiu que as crianças com distúrbios emocionais apresentavam valores significativamente mais baixos do que as outras crianças, relativamente à auto-estima. Outro estudo que comparou o autoconceito de crianças normais com o de crianças com distúrbios emocionais, com idades compreendidas entre os 8 e os 13 anos, foi realizado por Politino e Smith (1989), que concluíram que o grupo com distúrbios emocionais tinha um autoconceito significativamente mais baixo do que o dos sujeitos normais.

5 – Benefícios da actividade física na promoção do autoconceito

Hoje em dia, atribui-se grande importância à prática de actividade física e desportiva, pois acredita-se que contribui para o desenvolvimento social, físico e psicológico dos indivíduos (Batista, 2000).

No campo do desenvolvimento humano, a psicologia tem-se preocupado em estudar o impacto da actividade física sobre o funcionamento psicológico dos indivíduos (Ribeiro, 1988).

A relação entre o exercício físico e os benefícios psicológicos está associada à promoção do bem-estar psicológico, entendido como “o grau de satisfação do indivíduo com a sua vida” (Cruz, Machado & Mota, 1996, p. 98), e pode traduzir-se “na melhoria da auto-imagem, aumento da auto-confiança e do auto-conhecimento; melhoria da imagem corporal e da estabilidade; alterações positivas de humor; libertação da tensão, ira, irritação, depressão e ansiedade; melhoria do bem-estar mental, da vigilância e da clareza do pensamento; aumento de prazer na prática do exercício físico e nos contactos sociais” (Botelho & Duarte, 1999, p. 5).

Alguns autores (e. g. Biddel e col., 1993; Folsom-Meek, 1991; Melnick & Mookerjee, 1991) defendem que “os benefícios da actividade física podem ser notados no autoconceito, na auto-estima, na personalidade, na confiança, na imagem corporal e no ajustamento social, induzindo assim, a alterações de comportamento” (Batista, 2000, p. 9).

Cruz, Machado e Mota (1996), referem que alguns estudos longitudinais realizados indicam que o exercício físico provoca melhorias significativas no autoconceito, como por exemplo, o estudo realizado por Plante e Rodin (1990), que

permitiu verificar que o exercício físico melhora o humor e o bem-estar psicológico, assim como a auto-estima e o autoconceito.

Wilfley e Kuncze (1986) realizaram uma experiência em que 83 adultos normais foram submetidos a um programa de exercício individual durante oito semanas. No final de experiência tinha havido ganhos significativos em características psicológicas tais como persistência, autoconceito físico e redução da tensão psicológica (Ribeiro, 1988).

Plummer e Koh (1987) implementaram um programa de exercício aeróbico, com 116 mulheres, durante 10 semanas, utilizando outras 117 mulheres como grupo de controlo, com o objectivo de verificar o impacto no autoconceito. Os autores concluíram que a participação na actividade aeróbica aumentou o autoconceito de forma significativamente maior do que no grupo de controlo (Ribeiro, 1988).

Como já foi referido neste capítulo, a auto-estima é a componente avaliativa ou afectiva do autoconceito, e está relacionada com os julgamentos que o indivíduo faz de si próprio (Vaz Serra, 1986).

A auto-estima está dependente da satisfação com a imagem corporal, sendo assim, dominada pela aparência física (Batista, 2000). O interesse pela aparência física aumenta na fase da adolescência, período este marcado por mudanças físicas significativas (Rego, 1998).

Segundo Cruz *et al.* (1996, p. 106), os resultados de uma análise efectuada sobre exercícios e o desenvolvimento da auto-estima nas crianças, sugeriram que “os jogos dirigidos ou os programas de educação física, isoladamente ou em grupo, contribuíam para o desenvolvimento da auto-estima das crianças”.

A prática desportiva pode ser encarada como um meio para melhorar a vida das crianças com NEE, quer em termos de reabilitação, quer em termos integradores, assim

como contribuir para melhorar a saúde e o autoconceito (Prat, 1998; Willis & Campbell, 1992).

Outro aspecto importante está relacionado com o contributo da prática desportiva para estabelecer inter e intra-relações de solidariedade e companheirismo, contribuindo para o desenvolvimento social e para melhorar o autoconceito do indivíduo (Moura e Castro, 1996).

Gruber (1986) concluiu que em 53 dos 65 estudos revistos, a actividade física contribuiu para o desenvolvimento do domínio afectivo e que os programas de educação física contribuem para desenvolver o autoconceito das crianças. Observou também que as crianças com NEE mostravam maiores ganhos no autoconceito do que as crianças normais, talvez pela riqueza dos programas que incutiam a importância do sucesso (Willis & Campbell, 1992).

O aumento da participação nos eventos competitivos, por parte das pessoas com deficiência, revela que estas estão a descobrir os benefícios emocionais e mentais do desporto. No entanto, ainda existe pouca informação disponível sobre a influência e benefícios do desporto nos aspectos psicológicos do indivíduo (Willis & Campbell, 1992).

Quase todas as pesquisas relacionadas com atletas deficientes revelam que estes têm auto-percepções e auto-avaliações iguais ou superiores às dos atletas sem deficiência, assim como apresentam um autoconceito superior relativamente àqueles deficientes que não praticam desporto (Sherrill, 1998).

Baseados em pesquisas e estudos sobre o autoconceito, Hutzler e Bar-Eli (1993), concluíram que houve modificações significativas nos níveis de autoconceito das pessoas com deficiência, após terem participado em programas desportivos.

Concluíram, também, que as pessoas deficientes que praticam desporto, apresentam valores mais altos de autoconceito relativamente aos indivíduos normais que não praticam desporto (Serrill, 1998).

Um estudo comparativo entre deficientes que praticavam desporto com um grupo de deficientes não atletas, mostrou que o primeiro grupo apresentou níveis mais altos de auto-estima, nomeadamente de felicidade e de satisfação com a vida (Valliant, Bezzubik, Daley & Asu, 1985, *in* Willis & Campbell, 1992).

Os benefícios do exercício e da actividade física parecem ser evidentes, principalmente pelo impacto positivo no desenvolvimento da auto-estima e do autoconceito quer nas populações especiais, quer na população em geral (Cruz, Machado & Mota, 1996).

Conclusão

De um modo simples, pode definir-se o autoconceito como a percepção que um indivíduo tem de si nas mais variadas facetas, sejam elas de natureza social, emocional, física ou académica, sendo caracterizado por sete circunstâncias críticas: organizado e estruturado, multifacetado, hierárquico, estável, desenvolvimental, avaliativo e diferenciável.

A auto-estima é a faceta avaliativa ou afectiva do autoconceito.

O desenvolvimento e aprofundamento teórico do autoconceito levou também à evolução dos instrumentos de avaliação. Os primeiros instrumentos avaliavam o autoconceito como um construto unidimensional, dando maior ênfase ao autoconceito geral, enquanto que os instrumentos mais actuais avaliam o autoconceito

multidimensional, atribuindo também valores às diferentes facetas que constituem o autoconceito geral.

O estudo do autoconceito também é justificado pela sua relação com outras variáveis como a idade/ano de escolaridade, sexo e nível sócio-económico.

Relativamente à influência da idade no autoconceito geral, não se verificam conclusões uniformes, no entanto, podem verificar-se modificações em função da idade em alguns domínios específicos do autoconceito.

Os diferentes estudos mostram que não há grandes diferenças no autoconceito geral em função do sexo, mas verificam-se diferenças em domínios específicos, como a aparência física e a capacidade física, a favor dos rapazes e o domínio verbal e social a favor das raparigas.

Os resultados dos estudos realizados sobre a influência do nível sócio-económico no autoconceito geral e no autoconceito académico, são contraditórios. Alguns estudos apresentam diferenças significativas a favor do nível sócio-económico alto, outros mostram que não há diferenças significativas e outros ainda favorecem o nível sócio-económico baixo.

As crianças com NEE, geralmente, apresentam níveis de autoconceito mais baixos que os seu pares ditos “normais”. Alguns estudos mostram que os níveis de autoconceito diferem em função das categorias das crianças com NEE que são comparadas nos estudos, por exemplo, as crianças com audição reduzida têm autoconceito mais baixo relativamente às crianças com visão reduzida. Outros estudos permitem concluir que as crianças com NEE que frequentam programas específicos de educação, apresentam níveis mais baixos de autoconceito, relativamente àquelas que estão incluídas nas escolas regulares.

A actividade física contribui para o desenvolvimento social, físico e psicológico do ser humano. A maior parte dos estudos realizados, permitem concluir que a actividade física contribui para melhorar a imagem corporal, a auto-estima e consequentemente o autoconceito, da população em geral e das crianças com NEE em particular, quer estejam sujeitas a programas desportivos ou a programas de educação física.

Podemos concluir, que a prática desportiva deve fazer parte do dia-a-dia das crianças com NEE, como meio para desenvolver e /ou reforçar o seu autoconceito geral e as suas dimensões específicas, contribuindo assim para fomentar e estruturar a sua personalidade.

No capítulo seguinte apresentaremos um estudo empírico que tem como objectivo comparar o autoconceito, numa perspectiva multidimensional, entre alunos com NEE e os seus pares “normais”, relacionando também o autoconceito com o sucesso escolar e com a prática de actividade física.

Capítulo IV

**Autoconceito, Prática Desportiva e Sucesso Escolar em
Alunos com Necessidades Educativas Especiais (NEE):
Estudo Comparativo com os Pares sem NEE**

Introdução

Neste capítulo, iremos apresentar um estudo empírico sobre a relação entre o autoconceito, a prática de actividade desportiva e o sucesso escolar, realizado junto de alunos com (N=124) e sem necessidades educativas especiais (N=275), que constituem uma amostra total de 399 alunos, que frequentam o 5º e o 6º anos de escolaridade, em escolas do Centro de Área Educativa de Viseu.

Serão definidos os objectivos do estudo e as hipóteses, fundamentadas em estudos realizados neste domínio, já apresentadas na parte de revisão teórica deste trabalho. Apresentaremos, também, a caracterização da amostra, a descrição dos instrumentos de avaliação, utilizados para avaliar o autoconceito numa perspectiva multidimensional e para recolher os dados relativos aos alunos, bem como a descrição do procedimento.

Apresentaremos os resultados do estudo das qualidades psicométricas do Self-description Questionnaire I, utilizado para avaliar o autoconceito, os estudos correlacionais (para a amostra total e em função do tipo de aluno) e os estudos diferenciais, em que comparamos o autoconceito, a prática desportiva e o sucesso escolar em função do tipo de aluno (com e sem NEE), da idade (entre os 10 e os 14 anos), das reprovações (0 a 3 reprovações), do nível sócio-económico (médio-alto e médio-baixo), do ano de escolaridade (5º e 6º anos) e do sexo (masculino e feminino).

Por último, discutiremos os resultados em função das hipóteses elaboradas e da investigação produzida no domínio.

1- Objectivos do estudo empírico

Este estudo tem como objectivo geral analisar a relação entre o autoconceito (académico e não académico), o sucesso escolar e a prática desportiva em alunos com e sem necessidades educativas especiais, comparar estas relações entre os dois grupos, e analisar as diferenças no autoconceito e no sucesso escolar entre os dois grupos de alunos (com e sem NEE).

Tem como objectivos específicos:

- (i) Comprovar as qualidades psicométricas do *Self-description Questionnaire I*, que é o instrumento utilizado para avaliar o autoconceito, numa perspectiva multidimensional;
- (ii) Analisar as diferenças no autoconceito (académico e não académico) e no sucesso escolar em função da idade, número de reprovações, nível sócio-económico, ano de escolaridade e sexo;
- (iii) Analisar as diferenças no autoconceito de alunos com NEE, em função da prática de actividade desportiva.

2- Hipóteses e sua fundamentação

Com base na investigação revista no domínio do autoconceito (académico e não académico) e a sua relação com a idade/ano de escolaridade, o sexo, o nível sócio-económico, o sucesso escolar, as necessidades educativas especiais, e a prática desportiva apresentada no capítulo III, formulamos as seguintes hipóteses:

Hipótese 1:

O grupo de alunos com necessidades educativas especiais é composto por várias categorias. Estudos realizados em função de categorias específicas de NEE mostram que esta população, geralmente, apresenta níveis de autoconceito inferiores aos dos alunos sem necessidades educativas especiais (Brown, 1985; DeFrancesco & Taylor, 1985; Ferrari, Matthews & Barabas, 1983; Loeb & Sarigiani, 1986; Lund, 1987; Meighan, 1971, *in* Prout & Prout, 1996; Montenegro, 1997). Formulamos assim a seguinte *hipótese 1*:

Os alunos sem necessidades educativas especiais apresentam níveis de autoconceito superiores aos alunos com necessidades educativas especiais.

Hipótese 2:

A revisão da literatura permite concluir que a idade contribui pouco para a variância do autoconceito multidimensional (Bracken, 1992; Marsh, Parker & Barnes, 1985, *in* Crain, 1996; Wylie, 1979), no entanto, os domínios específicos do autoconceito podem diferir em função da idade (Harter & Pike, 1984, *in* Correia; Marsh *et al.*, 1984, *in* Antunes & Fontaine, 1996; Crain, 1996), tornando-se mais diferenciados com a idade (Durrant *et al.*, 1990; Fontaine, 1991, Harter, 1983; Marsh, Parker & Smith, 1983, *in* Fontaine, 1991b). Por outro lado, os estudos desenvolvidos por Marsh (1985, 1989), Fontaine (1991), O'Malley & Bachman (1983), Veiga (1990), *in* Fontaine (1991b), mostram que existe uma redução dos níveis do autoconceito com a idade, devido ao aumento do realismo e da capacidade para interpretar e integrar a informação exterior e, assim, adaptar a imagem de si próprio ao *feedback* externo. Assim, formulamos a *hipótese 2*:

Os alunos do grupo etário mais baixo apresentam níveis de autoconceito mais elevados do que os alunos do grupo etário mais alto.

Hipótese 3:

Considerando o efeito negativo que o fracasso escolar produz no sentimento de competência pessoal dos alunos, nomeadamente no domínio académico, formulamos a seguinte hipótese 3:

Os alunos sem reprovações apresentam níveis mais elevados de autoconceito académico do que os alunos com reprovações (H 3a);

Os alunos com melhores notas terão níveis superiores de autoconceito, sobretudo no domínio académico (H 3b).

Hipótese 4:

A maioria dos estudos realizados indicam que os indivíduos de nível sócio-económico alto apresentam níveis superiores de autoconceito (Buri *et al.*, 1987; Fu, Hinkle & Korsslund, 1983; Hare, 1977; Kennedy, 1975; Musitu, 1984; Olowu, 1986; Richman *et al.*, 1985, *in* Veiga, 1995); outros estudos não revelaram diferenças significativas no autoconceito em função do nível sócio-económico (Healey & deBlassie, 1974; Long & Henderson, 1970, *in* Veiga, 1995), e outros ainda apresentam resultados favorecendo o nível sócio-económico baixo (Wylie, 1979). Com base nos estudos realizados no contexto português, propomos a seguinte hipótese 4:

Os alunos pertencentes ao nível sócio-económico médio-alto apresentam níveis de autoconceito mais elevados do que os alunos pertencentes ao nível sócio-económico médio-baixo.

Hipótese 5:

Os estudos revistos sobre as diferenças de autoconceito em função do ano de escolaridade, comparam diferentes ciclos de ensino. A maioria dos estudos revelam a existência de uma redução progressiva de nível do autoconceito entre o 2º e o 5º ou 6º anos de escolaridade (Marsh, 1989, *in* Crain).

No estudo realizado com adolescentes portugueses do 5º ao 9º ano de escolaridade, Fontaine (1991a) avaliou o autoconceito com o SDQ I de Marsh (Marsh *et al.*, 1983) e observou a diminuição dos níveis de autoconceito até ao 9º ano, excepto para a aparência física que estabilizou no 7º ano. Baseados nestes estudos, formulamos a seguinte *hipótese 5*:

Os alunos do 5º ano de escolaridade apresentam níveis mais elevados de autoconceito do que os alunos do 6º ano de escolaridade.

Hipótese 6:

Alguns estudos realizados por Marsh (1989, *in* Crain), Piers (1984, *in* Crain, 1996; Veiga, 1995), Osborne e LeGette (1982), concluíram que não há diferenças significativas para o autoconceito geral entre rapazes e raparigas, no entanto verificaram que existiam diferenças significativas em certas dimensões específicas do autoconceito. Marsh *et al.* (1984, *in* Crain, 1996) concluíram que os rapazes apresentam níveis mais elevados de autoconceito nas dimensões de matemática, aparência física e capacidade física, enquanto as raparigas apresentam níveis mais elevados de autoconceito nas dimensões verbal, social e global. Com base nestes resultados, formulamos a seguinte *hipótese 6*:

Os rapazes apresentam níveis mais elevados de autoconceito nas dimensões de matemática, aparência física e capacidade física do que as raparigas. As raparigas apresentam níveis mais elevados de autoconceito nas dimensões de autoconceito verbal, social e global do que os rapazes.

Hipóteses 7 e 8:

Estudos desenvolvidos mostram que a prática desportiva contribui para melhorar o autoconceito, a auto-estima e a imagem corporal (Biddel e col., 1993; Folsom-Meek, 1991; Melnick & Mookerjee; 1991, *in* Batista, 2000; Plante & Rodin, 1990, *in* Cruz, Machado & Mota, 1996; Plummer & Koh, 1987, *in* Ribeiro, 1988). Relativamente à população de alunos com NEE, os diferentes estudos observaram que a prática desportiva contribui para o desenvolvimento do autoconceito, quando comparados com aqueles que não praticam desporto (Sherril, 1998; Valliant, Bezzubek, Daley & Asu, 1985, *in* Willis & Campbell, 1992), ou mesmo quando comparados com a população normal que não pratica desporto (Serril, 1998). Formulamos assim as seguintes hipóteses 7 e 8:

Os alunos com necessidades educativas especiais e praticantes de actividade física apresentam níveis mais elevados de autoconceito do que os alunos com necessidades educativas especiais e não praticantes de actividade física (H 7).

O autoconceito, principalmente o físico e o social, apresenta correlações positivas com os níveis de prática desportiva, para ambos os grupos de alunos com e sem NEE (H 8).

Hipótese 9:

Partimos do princípio que as expectativas, modelos de vida e ambientes culturais dos níveis sócio-económicos altos são mais consentâneos com as regras de funcionamento da escola, promovendo deste modo o sucesso escolar das classes altas (Veiga, 1995).

Por outro lado, as características do trabalho escolar parecem mais adaptadas às raparigas do que aos rapazes, exigindo persistência, diligência e o cumprimento de regras.

Finalmente, os alunos sem NEE, sem reprovações e mais novos terão maior facilidade na adaptação às exigências escolares, pelo que formulamos a seguinte *hipótese 9:*

Os alunos sem NEE (H 9a) mais novos (H 9b), sem reprovações (H 9c) e de classe alta (H 9d) apresentarão melhores resultados escolares do que, respectivamente, os alunos com NEE, mais velhos, com reprovações e de classe baixa.

3- Identificação das variáveis e do plano de observação

As variáveis dependentes deste estudo são o *autoconceito* (académico e não académico), o *sucesso escolar*, avaliado pelas *notas escolares* dos alunos (matemática, português, educação física e média de todas as notas) referentes ao terceiro período e a *prática desportiva* (número de horas praticadas por semana).

As variáveis independentes são o tipo: de aluno, a idade, as reprovações, o nível sócio-económico, o ano de escolaridade e o sexo que apresentam os seguintes grupos:

1. *Tipo de aluno* – compreende duas categorias: alunos classificados com necessidades educativas especiais e alunos ditos “normais” (sem NEE);
2. *Idade* – avaliada através da idade do aluno no momento em que preencheu os questionários. Compreende cinco categorias que variam entre os 10 e os 14 anos: a categoria dos 10 anos corresponde à reunião de duas faixas etárias (9 e 10 anos) e a categoria dos 14 anos corresponde à reunião de três faixas etárias (14, 15 e 16 anos);
3. *Reprovações* – avaliado a partir do número de reprovações do aluno, desde que começou a estudar. Compreende quatro categorias: ausência de reprovações, uma reprovação, duas reprovações e três reprovações; esta última categoria é composta pelo conjunto de alunos que têm três, quatro ou cinco reprovações;
4. *Nível sócio-económico* – avaliado a partir de dois indicadores que são: profissão e nível de escolaridade do pai e da mãe e compreende dois níveis sócio-económicos: médio-alto e médio-baixo. O nível médio-alto corresponde à junção de três níveis (alto, médio-alto e médio) e o nível médio-baixo corresponde à junção de dois níveis (médio-baixo e baixo).

Esta aglutinação foi realizada a *posteriori* devido ao reduzido número de alunos presentes em alguns dos níveis sócio-económicos;
5. *Ano de escolaridade* – compreende duas categorias: 5º e 6º anos de escolaridade;
6. *Sexo* – compreende duas categorias: sexo masculino e sexo feminino.

O plano de observação deste estudo é de tipo factorial 2 x 2 x 2 x 2, tipo de aluno (2 grupos), nível sócio-económico (2 grupos), ano de escolaridade (2 grupos) e sexo (2 grupos). Utiliza ainda os métodos correlacional e comparativo.

4- Método

4.1- Caracterização da amostra

A amostra deste estudo é constituída por dois grupos distintos, num total de 399 sujeitos, de ambos os sexos, e que frequentavam o segundo ciclo do ensino básico (5º e 6º anos), em escolas do Centro de Área Educativa de Viseu (Quadro 1).

Um dos grupos é formado por alunos ditos “normais” (sem necessidades educativas especiais), num total de 275 alunos e representam 68,9% da totalidade da amostra. O outro grupo é constituído por 124 alunos, com necessidades educativas especiais, o que corresponde a 31,1% da amostra total.

As idades dos alunos variam entre os 9 e os 16 anos ($M = 11,8$ e $D.P. = 1,45$), sendo a maioria do sexo masculino (58,4%), a frequentarem o 6º ano (57,6%) e pertencentes a um nível sócio-económico médio-baixo (77,7%).

Os alunos com necessidades educativas especiais foram agrupados por categorias, sendo a mais representativa a de “dificuldades de aprendizagem”, que representa 80,7% da amostra total, apresentando as restantes categorias valores inferiores, que variam entre 1,6% e 5,7% da amostra de alunos com necessidades educativas especiais (Quadro 2).

Quadro 1 – Distribuição da amostra total em função de ter ou não necessidades educativas especiais (NEE), ano de escolaridade, nível sócio-económico (NSE) e sexo

NEE	SIM			NÃO			TOTAL		
Ano	5º	6º	Total	5º	6º	Total	5º	6º	Total
NSE M. Alto									
Sexo									
Feminino	0	1	1	23	23	46	23	24	47
Masculino	4	2	6	17	19	36	21	21	42
Total	4	3	7	40	42	82	44	45	89
NSE M. Baixo									
Sexo									
Feminino	20	15	35	35	49	84	55	64	119
Masculino	39	43	82	31	78	109	70	121	191
Total	59	58	117	66	127	193	125	185	310
Total									
Sexo	20	16	36	58	72	130	78	88	166
Feminino	43	45	88	48	97	145	91	142	233
Masculino									
Total	63	61	124	106	169	275	169	230	399

Quadro 2 – Distribuição da amostra para os alunos com NEE em função da categoria e do ano de escolaridade

Ano	5º Ano		6º Ano		Total	
Categoria	N	%	N	%	N	%
Dificuldades Aprendizagem	53	42,8	47	37,9	100	80,7
Perturbações Emocionais	3	2,4	4	3,2	7	5,7
Deficiência Auditiva	1	0,8	2	1,6	3	2,4
Deficiência Visual	0	0	2	1,6	2	1,6
Hemofilia	1	0,8	1	0,8	2	1,6
Diabetes	1	0,8	1	0,8	2	1,6
Epilepsia	2	1,6	3	2,4	5	4,0
Paralisia Cerebral	2	1,6	1	0,8	3	2,4
Total	63	50,8	61	49,1	124	100

Do número total de alunos pertencentes à amostra, 130 (32, 6%) praticam desporto, distribuídos equitativamente pelos 5º e 6º anos de escolaridade.

Destes 130 alunos, 33,1% têm necessidades educativas especiais, sendo 28,5% do sexo masculino e 4,6% do sexo feminino, que frequentam o 5º e 6º anos de escolaridade. Os restantes alunos (66,9%) não têm necessidades educativas especiais, sendo 40% do sexo masculino e 26,9% do sexo feminino, frequentando o 5º e o 6º anos

de escolaridade. Observa-se, assim, que no grupo de praticantes de actividade desportiva predominam os indivíduos de sexo masculino e sem NEE.

Quadro 3 – Distribuição da amostra de alunos que praticam desporto em função de NEE, ano de escolaridade e sexo

NEE	SIM				NÃO				TOTAL			
ANO	5º	6º	Total	%	5º	6º	Total	%	5º	6º	Total	%
Sexo												
Masculino	22	15	37	28,5	19	33	52	40,0	41	48	89	68,5
Feminino	3	3	6	4,6	21	14	35	26,9	24	17	41	31,5
Total	25	18	43	33,1	40	47	87	66,9	65	65	130	100

4.2- Instrumentos de Avaliação

4.2.1- *Self-description Questionnaire I* (SDQ I) de Marsh (1981) – Adaptação portuguesa de Faria & Fontaine (1990)

O autoconceito foi avaliado a partir da versão portuguesa do *Self-description Questionnaire I* (SDQ I) de Marsh e col. (1981), adaptado por Faria e Fontaine (1990), que é adequada para crianças do 4º ao 6º anos de escolaridade (Keith & Bracken, 1996), podendo ser usada até ao 9º ano (Faria & Fontaine, 1990).

Este instrumento integra-se no modelo teórico do autoconceito de Shavelson, Hubner e Stanton (1976), assumindo uma estrutura hierárquica e multidimensional do conceito de si próprio (Antunes & Fontaine, 1996; Faria & Fontaine, 1990; Keith & Bracken, 1996).

O SDQ I é constituído por 76 itens distribuídos por 8 subescalas, que são:

1 – Competência física/desportiva: avalia a competência e o interesse por actividades físicas, jogos e desportos. Esta subescala é constituída pelos itens 1, 10, 17, 24, 32, 40, 48, 56, 64;

2 – Aparência física: avalia a atractividade física, permite comparar a sua aparência com a dos outros e verificar como os outros avaliam a sua aparência. É constituída pelos itens 5, 8, 15, 22, 30, 38, 46, 54, 62;

3 – Relação com os pares: avalia o grau de popularidade, a facilidade em fazer amigos e a intensidade do desejo dos outros serem seus amigos. Esta subescala compreende os itens 7, 14, 21, 28, 36, 44, 52, 60, 69;

4 – Relação com os pais: avalia a facilidade em falar com os pais, se os pais gostam deles e vice-versa, assim como a qualidade da relação com os pais. É constituída pelos itens 4, 12, 19, 26, 34, 42, 50, 58, 66;

5 – Leitura/domínio verbal: avalia o domínio verbal e a capacidade, interesse e prazer na leitura. Esta subescala é constituída pelos seguintes itens: 3, 11, 18, 25, 33, 41, 49, 57, 65, 73;

6 – Matemática: avalia a capacidade, interesse e prazer na matemática. Compreende os seguintes itens: 6, 13, 20, 27, 35, 43, 51, 59, 68, 74;

7 – Assuntos escolares em geral: avalia a capacidade, interesse e prazer em todos os assuntos escolares. É constituída pelos itens 2, 9, 16, 23, 31, 39, 47, 55, 63, 71;

8 – Autoconceito global: avalia o conceito global de si próprio. Esta subescala é constituída pelos seguintes itens: 29, 37, 45, 53, 61, 67, 70, 72, 75, 76.

Este instrumento de avaliação do autoconceito permite obter quatro resultados globais, a saber:

- O **autoconceito total** que corresponde ao somatório das oito subescalas;
- O **autoconceito académico** que corresponde ao somatório dos valores do autoconceito verbal, em matemática e em assuntos escolares em geral (total de 30 itens);
- O **autoconceito não académico** que corresponde ao somatório dos valores do autoconceito em competência física/desportiva, em aparência física, na relação com os pares e com os pais (total de 36 itens);
- O **autoconceito global** que permite uma avaliação do conceito global de si próprio (total de 10 itens).

O indivíduo deve verificar se cada item (sendo alguns formulados na negativa), corresponde ao que pensa sobre si próprio, utilizando uma escala de quatro pontos, que são: concordo totalmente (4), concordo moderadamente (3), discordo moderadamente (2) e discordo totalmente (1) (Faria & Fontaine, 1990; Fontaine, 1991a). A pontuação de cada item varia entre 1 e 4.

A adaptação do SDQ I para a população portuguesa confirmou as qualidades psicométricas da versão original e apoiou a estrutura multidimensional do autoconceito (Antunes & Fontaine, 1996; Faria & Fontaine, 1990), sendo um bom instrumento para avaliar o autoconceito na população portuguesa pré-adolescente e adolescente (ver Anexo I).

4.2.2- Questionário Sociodemográfico

O *questionário sociodemográfico*, construído por nós, permite recolher dados relativos ao percurso escolar, ao sexo, à idade, ao ano de escolaridade, ao nível sócio-

económico e à prática de actividade desportiva dos alunos pertencentes à amostra (Anexo II).

Este instrumento é constituído por quatro grupos de questões, que são:

- 1- **Dados biográficos:** permite obter dados relativos ao aluno, como por exemplo a escola que frequenta, o ano de escolaridade, a idade e o sexo;
- 2- **Dados escolares:** permite obter dados relativos ao percurso escolar do aluno (retenções), sendo formado por duas questões fechadas, duas questões abertas e um item referente à auto-avaliação académica, em que o aluno avalia, com base numa escala de 4 pontos (concordo totalmente, concordo moderadamente, discordo moderadamente e discordo totalmente), a sua percepção pessoal enquanto aluno;
- 3- **Actividade desportiva:** permite obter dados relativos à actividade desportiva praticada pelo aluno e é constituído por uma questão fechada e quatro questões abertas, sobre o desporto que pratica, local e frequência semanal;
- 4- **Nível sócio-económico:** avaliado a partir de dois indicadores indirectos, a saber: profissão e instrução do pai e da mãe, sendo escolhido, para efeitos de caracterização da família, o nível mais elevado entre o pai e a mãe (Anexo III).

4.3 - Procedimento

Neste estudo utilizaram-se dois instrumentos, o *Self-description Questionnaire I* (SDQ I) de Marsh (adaptação portuguesa de Faria & Fontaine, 1990) e um questionário sociodemográfico, elaborado por nós, já descritos anteriormente.

Cada questionário possui uma breve introdução, com a explicação dos respectivos objectivos e com instruções sobre o processo de preenchimento.

A ordem de apresentação e preenchimento dos questionários obedeceu a critérios como a capacidade de concentração do sujeito e a dimensão do questionário, sendo primeiro preenchido o SDQ I e depois o Questionário Sociodemográfico.

Os questionários foram aplicados entre o início do mês de Fevereiro e o início do mês de Maio de 2000 (ano lectivo 1999/2000), respeitando as interrupções das actividades lectivas nos períodos do Carnaval e da Páscoa.

Antecedeu a aplicação dos questionários o pedido de autorização, ao Coordenador do Centro da Área Educativa de Viseu, e aos Directores Executivos/Presidentes das Comissões Instaladoras das escolas, por escrito, com a explicação do âmbito do estudo e dos objectivos a atingir (Anexo IV).

Com a colaboração dos professores do Ensino Especial e dos Directores de Turma, calendarizou-se a aplicação dos questionários.

Posteriormente, reuniram-se os alunos numa sala (em algumas escolas, a turma completa, em outras apenas os alunos com necessidades educativas especiais), tendo-se procedido: à apresentação da investigadora; à entrega dos questionários; a uma breve introdução com explicação dos objectivos e das instruções e, finalmente, ao preenchimento dos questionários onde se enfatizou a importância da colaboração, da espontaneidade e da sinceridade de cada aluno.

Em média, os alunos demoraram vinte minutos a preencher o SDQ I e cinco minutos a preencher o Questionário Sociodemográfico. Durante o preenchimento do SDQ I, apresentaram algumas dúvidas relativas às afirmações formuladas na negativa e ao significado de algumas palavras como por exemplo: “habitualmente”, “aspecto

físico”, entre outras, que foram esclarecidas para toda a turma. No preenchimento do Questionário Sociodemográfico, a maioria dos alunos apresentou dúvidas em relação ao significado da palavra “escolaridade” e em relação ao nível de escolaridade dos pais.

Atendendo a que a maioria dos alunos com necessidades educativas especiais revelaram essencialmente dificuldades de leitura, que se poderiam reflectir na interpretação das palavras e das frases, estes foram alvo de um acompanhamento particular durante o preenchimento dos questionários: quando se encontravam inseridos na própria turma, a investigadora procurou estar mais próxima dos mesmos, acompanhando-os na leitura e esclarecendo as dúvidas individualmente. Quando os alunos com necessidades educativas especiais se encontravam em pequenos grupos, separados da turma, a investigadora lia cada item do questionário, à medida que iam respondendo, esclarecendo de imediato cada item e qualquer dúvida que surgisse.

A investigadora contou com a colaboração de um director de turma, que leu os questionários a um aluno deficiente visual (cego), e assinalou as respostas nos mesmos, de uma professora do ensino especial, que ajudou a comunicar com um aluno deficiente auditivo (com prótese auricular), particularmente na explicação de alguns conceitos abstractos e, finalmente, com a colaboração de uma outra professora do ensino especial, que ajudou a preencher os questionários e a interpretar as respostas dadas por um aluno com paralisia cerebral, que apresentava dificuldades de expressão verbal.

Enquanto preenchiam os questionários, os alunos faziam alguns comentários do género: “Há frases repetidas”, “Já respondi a esta”, “Tantas perguntas”, “Isto é fácil”, “Eu sou bonito (a)”, “Eu sou o (a) melhor”. Associadas a estas expressões verbais, apresentavam expressões faciais, tais como: sobrolho franzido, sorrisos, ar pensativo e

sério. Todos os aspectos do comportamento verbal e não verbal dos alunos foram observados com a ajuda de uma grelha construída para o efeito (Anexo V).

De uma forma geral, os questionários foram bem recebidos pelos alunos, que não apresentaram grandes dúvidas e verbalizaram sentimentos de satisfação com a situação.

5- Resultados

5.1- Estudo da Consistência Interna do SDQ I (Adaptação portuguesa de Faria & Fontaine, 1990)

Para a avaliação da consistência interna das subescalas do SDQ I foram utilizados dois métodos: o coeficiente *alpha* de Cronbach e a análise factorial¹.

As diferentes subescalas de autoconceito apresentam valores de *alpha* inferiores, comparativamente com a adaptação portuguesa, com a excepção da subescala de autoconceito global, que apresenta valores ligeiramente superiores (0,73).

Os resultados obtidos são contudo satisfatórios, pois os valores de *alpha* são superiores ou iguais a 0,80, ou muito próximos deste valor, com excepção da subescala de autoconceito social pois que apresenta um valor de *alpha* igual a 0,63 (Quadro 4). Este valor sobe substancialmente, se da subescala retirarmos o item 12. Provavelmente este item não foi bem interpretado pelos alunos.

¹ Para a realização dos tratamentos estatísticos foi utilizado o *Statistical Package for the Socia Sciences (SPSS)*, versão 10.

Quadro 4 – Valores de *alpha* para as subescalas do SDQ I em comparação com a adaptação original

Subescalas	N.º Itens	<i>Alpha</i>	Faria & Fontaine (1990)*
Matemática	10	0,88	0,94
Verbal	10	0,83	0,90
Aparência física	9	0,80	0,87
Competência física	9	0,80	0,89
Ass. Escolares geral	10	0,77	0,84
Global	10	0,73	0,70
Social pares	9	0,73	0,80
Social pais	9	0,63**	0,84

* N=504 alunos

** Se o item 12 “Os meus pais habitualmente ficam tristes e desiludidos com o que eu faço” for retirado, o *alpha* sobe para 0,73.

Uma análise factorial em componentes principais mostrou, após rotação *varimax*, a existência de 8 factores distintos (F1 a F8), que explicam conjuntamente 47,8% da variância total dos resultados (Quadro 5).

Quadro 5 – Análise factorial em componentes principais, após rotação *varimax* para o SDQ I

Itens	Factor 1	Com.	Itens	Factor 2	Com.	Itens	Factor 3	Com.	Itens	Factor 4	Com.
MAT 59	0,788	0,714	VERB 57	0,773	0,646	APFIS 5	0,710	0,553	GESC 23	0,744	0,587
MAT 43	0,777	0,710	VERB 25	0,692	0,580	APFIS 46	0,684	0,600	GESC 47	0,698	0,579
MAT 51	0,774	0,669	VERB 41	0,684	0,558	APFIS 22	0,616	0,492	GLOB 61	0,657	0,478
MAT 20	0,754	0,647	VERB 11	0,680	0,491	APFIS 8	0,608	0,481	GLOB 37	0,650	0,495
MAT 13	0,730	0,582	VERB 49	0,645	0,541	APFIS 62	0,569	0,411	COMFIS 17	0,597	0,444
MAT 27	0,709	0,624	VERB 73	0,612	0,520	GLOB 45	0,543	0,454	VERB 33	0,595	0,455
MAT 68	0,694	0,639	VERB 18	0,552	0,561	APFIS 15	0,435	0,362	APFIS 30	0,585	0,519
MAT 35	0,681	0,624	GESC 55	0,528	0,525	APFIS 54	0,408	0,377	VERB 65	0,576	0,554
GESC 63	0,477	0,443	GESC 39	0,525	0,531	APFIS 38	0,403	0,411	MAT 74	0,515	0,374
MAT 6	0,459	0,375	GESC 71	0,519	0,514	SOCPAR 36	0,335	0,437	SOCPAR 21	0,416	0,414
GESC 31	0,341	0,376	GESC 9	0,439	0,398	GLOB 72	0,294	0,372	SOCPAI 12	0,364	0,282
			GLOB 53	0,311	0,374						
			GLOB 29	0,294	0,318						
Val. Próprio	6,329			5,784			4,835			4,511	
% Var.	8,327			7,610			6,361			5,936	

Itens	Factor 5	Com.	Itens	Factor 6	Com.	Itens	Factor 7	Com.	Itens	Factor 8	Com.
SOCPAI 26	0,625	0,438	COMFIS 56	0,726	0,609	SOCPAR 69	0,615	0,493	VERB 3	0,645	0,631
SOCPAI 58	0,624	0,492	COMFIS 64	0,717	0,585	GLOB 75	0,505	0,418	GESC 16	0,598	0,581
SOCPAI 34	0,576	0,405	COMFIS 40	0,693	0,647	GLOB 67	0,497	0,423	GESC 2	0,424	0,406
SOCPAR 28	0,567	0,453	COMFIS 24	0,669	0,524	GLOB 76	0,475	0,454			
SOCPAI 19	0,539	0,320	COMFIS 48	0,659	0,511	SOCPAR 60	0,448	0,403			
SOCPAI 50	0,484	0,433	COMFIS 10	0,635	0,465	SOCPAR 52	0,441	0,334			
SOCPAI 4	0,482	0,285	COMFIS 1	0,620	0,472	GLOB 70	0,410	0,358			
SOCPAR 7	0,474	0,354	COMFIS 32	0,413	0,406	SOCPAR 44	0,396	0,402			
SOCPAR 14	0,423	0,457									
SOCPAI 66	0,388	0,327									
SOCPAI 42	0,306	0,200									
Val. Próprio	4,466			4,359			3,595			2,500	
% Var.	5,876			5,735			4,730			3,289	

MAT- Matemática; GESC- Escolar Geral; VERB-Verbal; GLOB- Global; APFIS- Aparência Física; SOCPAR- Social Pares; COMFIS Competência Física; SOCPAI- Social Pais;

O Factor 1 - *Autoconceito matemática*, que explica 8,3% da variância total, engloba 9 itens relacionados com o autoconceito matemática e 2 itens referentes ao autoconceito assuntos escolares em geral.

O Factor 2 - *Autoconceito verbal e assuntos escolares em geral*, que explica 7,6% da variância total, compreende 7 itens relacionados com o autoconceito verbal, 4 itens referentes ao autoconceito assuntos escolares em geral e 2 itens associados ao autoconceito global.

O Factor 3 - *Autoconceito aparência física*, que explica 6,4% da variância total, compreende 8 itens relacionados com o autoconceito aparência física, 2 itens referentes ao autoconceito global e 1 item relacionado com o autoconceito social pares.

O Factor 4 - É um factor misto, com uma variância total de 5,9%, e engloba itens referentes ao autoconceito assuntos escolares em geral (2 itens), ao autoconceito global (2 itens), ao autoconceito competência física (1 item), ao autoconceito verbal (2 itens), ao autoconceito aparência física (1 item), ao autoconceito matemática (1 item), ao autoconceito social pares (1 item) e ao autoconceito social pais (1 item).

O Factor 5 - *Autoconceito social (pais e pares)*, que explica 5,9% da variância total e engloba 8 itens referentes ao autoconceito social pais e 3 itens associados ao autoconceito social pares.

O Factor 6 - *Autoconceito competência física*, com uma variância total de 5,7%, engloba somente itens referentes ao autoconceito competência física (8 itens).

O Factor 7 - *Autoconceito global e pares*, que explica 4,7% da variância total e é composto por 4 itens referentes ao autoconceito global e 4 itens relacionados com o autoconceito social pares.

O Factor 8 - *Autoconceito assuntos escolares em geral*, que explica 3,3% da variância total e é constituído por 2 itens referentes ao autoconceito assuntos escolares em geral e 1 item associado ao autoconceito verbal.

A versão portuguesa do SDQ I, adaptada por Faria e Fontaine (1990), também tinha evidenciado a existência de 8 factores distintos, a saber: Factor 1 - autoconceito a matemática; Factor 2 - autoconceito competência física; Factores 3 e 4 - autoconceitos para assuntos escolares em geral e verbal; Factor 5 – autoconceito aparência física; Factor 6 – autoconceito social pais; Factor 7 – autoconceito social pares e o Factor 8 que

apresenta uma mistura de itens referentes ao autoconceito global e assuntos escolares em geral.

Em ambos os estudos, o Factor 1, isto é, aquele com maior poder explicativo, refere-se ao autoconceito académico matemática, reflectindo a importância desta disciplina no contexto escolar. Por outro lado, o autoconceito verbal e o referente aos assuntos escolares em geral apresentam-se misturados, reflectindo a importância do domínio verbal para o sucesso nas restantes disciplinas.

Os factores relacionados com a dimensão física do autoconceito (aparência e competência), apresentam-se, em ambos os estudos, constituídos quase exclusivamente pelos respectivos itens originais, quase sem a mistura de itens de outras dimensões.

Finalmente, os itens originais da dimensão do autoconceito global apresentam-se a saturar vários factores, em ambos os estudos, evidenciando a relação entre a auto-avaliação global e as restantes dimensões do autoconceito.

De uma forma geral, podemos dizer que a consistência interna do SDQ I foi confirmada, apresentando-se os resultados satisfatórios e semelhantes aos obtidos por Faria e Fontaine (1990) no contexto português.

5.2 – Poder discriminativo do SDQ I

O poder discriminativo dos itens do SDQ I foi calculado a partir da percentagem de escolha, pelos sujeitos, de cada alternativa de resposta. Foi ainda calculado o total de discordância e o total de concordância, para uma análise mais detalhada da distribuição das escolhas (Quadro 6).

De uma maneira geral, as escolhas dos sujeitos concentram-se nas duas alternativas de concordância (concordo moderadamente e concordo totalmente), o que poderá reflectir a opinião partilhada dos sujeitos ou o viés da desejabilidade social.

Assim, o poder discriminativo do SDQ I não se apresenta totalmente satisfatório para alguns itens.

Quadro 6 – Percentagem de escolha de cada alternativa de respostas para os itens do SDQ I

Itens	1	2	1+2	3	4	3+4	Omissões
1	2,5	5,8	8,3	53,6	38,1	91,7	----
2	4,5	22,1	26,6	65,7	7,8	73,5	----
3	6,0	16,5	22,5	50,9	26,3	77,2	0,3
4	1,5	2,8	4,3	18,5	77,2	95,7	----
5	5,0	8,0	13,0	49,4	37,6	87,0	----
6	20,3	21,1	41,4	13,0	45,6	58,6	----
7	1,8	1,8	3,6	15,5	81,0	96,5	----
8	3,3	4,3	7,6	31,8	60,7	92,5	----
9	1,8	8,0	9,8	34,8	55,4	90,2	----
10	2,3	3,0	5,3	23,1	71,7	94,8	----
11	2,8	5,8	8,6	31,3	60,2	91,5	----
12	16,8	34,3	51,1	17,5	31,1	48,6	0,3
13	10,3	13,8	24,1	50,9	25,1	76,0	----
14	2,3	8,0	10,3	37,1	52,6	89,7	----
15	1,0	6,3	7,3	48,4	44,1	92,5	0,3
16	7,0	18,3	25,3	58,9	15,8	74,7	----
17	17,5	16,5	34,0	13,5	52,1	65,6	0,3
18	4,0	12,8	16,8	59,6	23,6	73,2	----
19	0,8	0,5	1,3	2,3	96,5	98,8	----
20	12,5	8,8	21,3	39,3	39,3	78,6	----
21	19,0	36,1	55,1	26,3	18,5	44,8	----
22	4,5	9,0	13,5	43,1	43,4	86,5	----
23	11,5	10,8	22,3	12,0	65,4	77,4	0,3
24	6,0	4,8	10,8	24,1	64,7	88,8	0,5
25	2,5	5,3	7,8	33,6	58,6	92,2	----
26	1,8	0,8	2,6	5,0	92,5	97,5	----
27	11,8	15,3	27,1	46,9	25,8	72,7	0,3
28	1,5	3,5	5,0	25,8	69,2	95,0	----
29	2,3	5,5	7,8	45,4	46,9	92,3	----
30	8,3	13,8	22,1	27,6	49,9	77,5	0,5
31	3,8	14,5	18,3	64,4	16,8	81,2	0,5
32	11,3	17,5	28,8	41,4	29,8	71,2	----
33	10,0	26,1	36,1	20,6	43,4	64,0	----
34	1,5	2,5	4,0	8,3	87,7	96,0	----
35	6,0	5,8	11,8	35,3	52,9	88,2	----
36	3,5	8,5	12,0	53,9	34,1	88,0	----

(Cont.)

37	6,0	24,6	30,6	23,8	45,6	69,4	----
38	7,0	14,5	21,5	50,6	27,8	78,4	----
39	2,5	7,3	9,8	34,3	55,6	89,9	0,3
40	2,5	8,3	10,8	38,8	50,4	89,2	----
41	3,0	7,8	10,8	30,8	57,9	88,7	0,5
42	5,8	8,5	14,3	29,1	56,6	85,7	----
43	9,3	14,8	24,1	52,4	23,6	76,0	----
44	1,3	5,0	6,3	34,1	59,6	93,7	----
45	1,0	2,8	3,8	18,3	77,4	95,7	0,5
46	4,8	9,0	13,8	45,4	40,9	86,3	----
47	7,0	18,5	25,5	19,3	55,1	74,4	----
48	13,8	19,3	33,1	33,6	33,3	66,9	----
49	3,8	8,5	12,3	46,4	41,4	87,8	----
50	3,5	3,5	7,0	25,3	67,2	92,5	0,5
51	11,5	6,0	17,5	36,3	46,1	82,4	----
52	8,8	21,6	30,4	46,1	23,6	69,7	----
53	2,0	5,5	7,5	36,1	56,4	92,5	----
54	16,3	25,1	41,4	44,4	1,8	58,2	0,5
55	6,5	10,0	16,5	37,8	45,6	83,4	----
56	8,3	15,5	23,8	41,4	34,8	76,2	----
57	3,8	5,3	9,1	37,1	53,9	91,0	----
58	1,0	1,8	2,8	10,3	86,5	96,8	0,5
59	9,0	11,5	20,5	52,4	27,1	79,5	----
60	5,0	13,0	18,0	44,1	37,8	81,9	----
61	8,8	17,8	26,6	22,3	51,1	73,4	----
62	3,0	7,8	10,8	40,1	49,1	89,2	----
63	3,5	14,3	17,8	56,9	25,1	82,0	0,3
64	8,5	12,5	21,0	36,1	42,1	78,2	0,8
65	12,5	16	28,5	17,8	53,6	71,4	----
66	3,3	3,3	6,6	24,6	68,7	93,3	0,3
67	3,3	8,3	11,6	50,9	37,6	88,5	----
68	7,8	9,3	17,1	37,3	45,6	82,9	----
69	2,8	7,3	10,1	44,4	45,4	89,8	0,3
70	2,3	3,0	5,3	47,4	47,4	94,8	----
71	6,3	7,8	14,1	35,6	50,4	86,0	----
72	0,3	2,8	3,1	31,1	65,7	96,8	0,3
73	5,0	12,0	17,0	48,9	33,8	82,7	0,3
74	10,3	26,6	36,9	20,6	42,6	63,2	----
75	4,8	15,5	20,3	47,4	32,1	79,5	0,3
76	1,0	8,3	9,3	49,1	41,6	90,7	----

1- Discordo Totalmente; 2- Discordo Moderadamente; 1+2- Total de Discordância 3- Concordo Moderadamente; 4- Concordo Totalmente; 3+4- Total de Concordância.

5.3 – Estatísticas descritivas

A análise das estatísticas descritivas para o SDQ I (Quadro 7) evidencia valores aproximados entre as medidas de tendência central (média e mediana), valores de assimetria e curtose reduzidos para as subescalas acadêmicas e a global, embora mais elevados para as restantes subescalas, particularmente para a subescala social pais, e uma amplitude razoável evidenciada pela diferença acentuada entre os valores mínimo e máximo obtidos nas subescalas acadêmicas. Aliás, a subescala social pais já apresentava o valor mais baixo de *alpha* (0,63) e alguns dos seus itens apresentaram elevados níveis de concordância, logo, um fraco poder discriminativo.

De uma maneira geral, podemos afirmar que a distribuição normal dos resultados não parece ter sido posta em causa para a maioria das subescalas.

Quadro 7 – Estatísticas descritivas para as subescalas do SDQ I

Subescalas	M	Med	DP	Assim.	Curt.	Min.	Max.
Matemática	30,2	31	6,71	-0,59	-0,18	10	40
Verbal	32,3	33	5,24	-0,74	0,49	12	40
Ass. escolares geral	31,5	32	4,67	-0,63	0,22	13	40
Global	33,5	34	4,04	-0,69	1,11	17	40
Social pares	29,3	30	3,86	-0,86	1,45	11	36
Social pais	32,3	33	3,08	-1,68	5,53	12	36
Aparência física	28,6	29	4,53	-0,72	0,83	12	36
Competênc. física	28,7	29	5,03	-0,77	0,31	13	36

M – Média; Med – Mediana; DP – Desvio-Padrão; Assim. – Assimetria; Curt. – Curtose; Min. – Mínimo; Max. – Máximo.

5.4 – Estudos correlacionais

O estudo das correlações entre as variáveis dependentes (dimensões do autoconceito, notas de avaliação do 3º período e prática desportiva) relativamente à amostra total (Quadro 8) permite verificar que os valores de correlação são maioritariamente positivos e significativos.

Relativamente às dimensões do autoconceito, as correlações mais intensas e significativas verificam-se para o autoconceito global e assuntos escolares em geral, sendo a correlação positiva com valor mais elevado, obtida entre o autoconceito assuntos escolares em geral e o autoconceito verbal (0,673).

Salientam-se ainda as correlações entre a dimensão social pares e o autoconceito de aparência e competência física, demonstrando a associação entre o domínio social e o domínio físico.

As notas de avaliação do 3º período (português, matemática, educação física e a média das notas) estabelecem correlações significativas e maioritariamente positivas com as dimensões do autoconceito. A variável “média das notas” apresenta o maior número de correlações significativas com as dimensões do autoconceito, no entanto a correlação com valor mais elevado e positivo verifica-se entre as notas a matemática e a dimensão do autoconceito matemática (0,470). As notas escolares estabelecem sobretudo correlações positivas e significativas com as dimensões académicas do autoconceito.

A variável “prática desportiva” apresenta correlações significativas e positivas com as notas a educação física e com as dimensões de autoconceito global, pares,

aparência física e competência física, embora sejam, globalmente, de magnitude reduzida.

O estudo das correlações entre as variáveis dependentes (dimensões do autoconceito, notas do 3º período e prática desportiva) para a amostra de alunos com e sem NEE (Quadro 9), permite observar que a maioria das correlações são significativas e positivas, sendo os valores de correlação mais altos para a amostra de alunos sem NEE (Quadro 9 – acima da diagonal).

As dimensões do autoconceito global e académico (matemática, verbal e assuntos escolares em geral) apresentam correlações mais intensas e positivas com todas as outras dimensões, em ambas as amostras.

No que se refere à relação com as notas do 3º período (português, matemática, educação física e média das notas), estas apresentam correlações globalmente mais intensas com o autoconceito, para os alunos sem NEE, enquanto que para os alunos com NEE há poucas correlações significativas entre as notas e o autoconceito.

A variável “prática desportiva” apresenta correlações mais intensas com algumas dimensões do autoconceito e com as notas a educação física para os alunos sem NEE, enquanto que para os alunos com NEE, as correlações são pouco significativas entre esta variável e as dimensões do autoconceito, assim como não se observam correlações significativas entre a prática desportiva e as notas do 3º período. Globalmente, as correlações são menos intensas ou não significativas para os alunos com NEE quando comparadas com os alunos sem NEE

Quadro 8 - Matriz de correlações entre as variáveis dependentes (amostra total)

	Prát. Desport.	Nota Port. 3º Per.	Nota Mat. 3º Per.	Nota EdFis 3º Per.	Média nota 3º Per.	AC Matemát.	AC Verbal	AC EscGeral	AC Global	AC Pares	AC Pais	AC Aparfísica	AC Comfísica
Nota Port. 3º Per.	- 0,027												
Nota Mat. 3º Per.	- 0,025	0,631**											
Nota Ed.Física 3º Per.	0,146**	0,381**	0,356**										
Média notas 3º Per.	0,016	0,753**	0,686**	0,499**									
AC Matemática	0,097	0,245**	0,470**	0,127*	0,273**								
AC Verbal	0,077	0,412**	0,203**	0,102*	0,279**	0,327**							
AC EscGeral	0,110*	0,358**	0,401**	0,139**	0,333**	0,637**	0,673**						
AC Global	0,157**	0,136**	0,150**	0,113*	0,135**	0,455**	0,435**	0,569**					
AC Pares	0,210**	0,006	0,016	0,101*	- 0,007	0,240**	0,252**	0,375**	0,573**				
AC Pais	0,013	0,207**	0,170**	0,113*	0,185**	0,323**	0,323**	0,466**	0,511**	0,459**			
AC Apar. Física	0,174**	- 0,091	- 0,083	0,037	- 0,112*	0,196**	0,269**	0,321**	0,601**	0,573**	0,341**		
AC Com. Física	0,263**	- 0,217*	- 0,096	0,158**	- 0,171*	0,134**	0,092	0,171**	0,372**	0,412**	0,148**	0,469**	
Auto-Ava aluno	-0,007	0,154**	0,163**	0,092	0,179	0,282**	0,233**	0,423**	0,379**	0,304**	0,275**	0,254**	0,066

** Correlações significativas para p<0,01

* Correlações significativas para p<0,05

Quadro 9 – Matriz de correlações entre as variáveis dependentes para a amostra de alunos com necessidades educativas especiais (abaixo da diagonal) e para a amostra de alunos sem necessidades educativas especiais (acima da diagonal)

	Auto-Ava Aluno	Prát Desp	Nota Port. 3º Per.	Nota Mat. 3º Per.	Nota EdFi 3º Per.	M. Notas 3º per.	AC Matemát.	AC Verb	AC Esc.geral	AC Glob	AC Pares	AC Pais	AC Apar Física	AC Comp Física
Auto-Ava Aluno														
Prát. Desportiva	-0,083	0,052	0,217**	0,218**	0,141*	0,254**	0,330**	0,298**	0,488**	0,397**	0,339**	0,269**	0,261**	0,016
Nota Port 3º Per.	0,042	-0,004	-0,027	-0,012	0,191**	0,021	0,095	0,030	0,073	0,209**	0,219**	0,019	0,217**	0,279**
Nota Matemát. 3º Per.	0,074			0,665**	0,455**	0,780**	0,244**	0,421**	0,354**	0,105	0,041	0,204**	-0,077	-0,194**
Nota Ed Física 3º Per.	0,015	0,064	0,125		0,429**	0,693**	0,443**	0,211**	0,366**	0,106	0,38	0,137*	-0,069	-0,122*
Média Notas 3º per.	0,035	0,063	0,299**	0,244**		0,556**	0,184**	0,142*	0,176**	0,095	0,123*	0,107	0,093	0,172**
AC Matem	0,226*	0,125	0,002	0,420**	-0,098			0,283**	0,331**	0,108	0,033	0,173**	-0,084	-0,157**
AC Verb	0,140	0,184*	0,277**	-0,058	-0,064	0,064	0,217*		0,617**	0,463**	0,264**	0,295**	0,243**	0,127*
AC Escger	0,382**	0,211*	0,152	0,293**	-0,026	0,074	0,609**	0,585**	0,703**	0,406**	0,268**	0,358**	0,265**	0,106
AC Glob	0,367**	0,075	0,089	0,138	0,103	0,075	0,394**	0,450**	0,578**		0,388**	0,470**	0,352**	0,142*
AC Pares	0,279**	0,189*	0,002	0,071	0,088	-0,058	0,263**	0,276**	0,476**	0,567**		0,492**	0,642**	0,401**
AC Pais	0,284**	0,009	0,085	0,111	0,073	0,076	0,312**	0,203*	0,412**	0,515**	0,519**		0,573**	0,422**
AC Apar. Física	0,288**	0,070	0,026	0,055	-0,055	-0,053	0,200*	0,379**	0,460**	0,599**	0,571**	0,347**	0,376**	0,175**
AC Comp Física	0,158	0,225*	-0,225*	0,145	0,182*	-0,148	0,241**	0,121	0,373**	0,368**	0,376**	0,137	0,430**	0,476**

** Correlações significativas para p<0,01

* Correlações significativas para p<0,05

5.5 – Estudos diferenciais

Foram realizadas análises de variância univariadas, tendo como factores de diferenciação o tipo de aluno (com e sem NEE), a idade (10, 11, 12, 13 e 14), o número de reprovações (0, 1, 2, e 3), o nível sócio-económico (médio-alto e médio-baixo), o ano de escolaridade (5º e 6º) e o sexo (masculino e feminino).

Tendo em vista uma análise mais rigorosa das diferenças foi utilizado o teste *Scheffé*, sempre que as fontes de variância dos resultados, entre mais de dois grupos, apresentaram valores significativos

Autoconceito Matemática

Para a subescala de autoconceito matemática, os resultados da análise de variância mostram que existem diferenças significativas para o tipo de aluno, a favor dos alunos sem necessidades educativas especiais, que apresentam assim valores mais elevados de autoconceito. Verificam-se também diferenças significativas em função da idade, apresentando os alunos com 10 e 11 anos valores mais altos do que os alunos com 13 e 14 anos; das reprovações, sendo os valores mais altos a favor dos alunos que não têm qualquer reprovação; do nível sócio-económico, a favor dos alunos pertencentes ao nível sócio-económico médio-alto e, por último, em função do ano de escolaridade, sendo os valores mais elevados a favor dos alunos que frequentam o 5º ano. Não se observaram diferenças significativas em função do sexo (Quadros 10 e 11).

Quadro 10 - Análises de variância para o autoconceito a matemática

Factores de diferenciação	G. L.	F	p*	Sentido das diferenças/Scheffé
Tipo de aluno	1	21,556	< 0,000	Sem NEE > Com NEE
Idade	4	6,997	< 0,000	10, 11 > 13, 14
Reprovações	3	6,946	< 0,000	0 > 2, 3
NSE	1	4,617	< 0,032	Méd. Alto > Méd. Baixo
Ano de escolaridade	1	9,647	< 0,002	5° > 6°
Sexo	1	3,596	< 0,059	—————

* Nível de significância aceite $p \leq 0,05$

Quadro 11 – Média e desvio-padrão para o autoconceito matemática em função das variáveis independentes

	N	M.	D. P.
Tipo de aluno			
Com NEE	124	27,9	6,54
Sem NEE	274	31,3	6,54
Total	398	30,2	6,71
Idade			
10	74	32,0	6,35
11	127	31,3	6,88
12	80	30,7	6,66
13	56	27,9	5,69
14	58	27,4	6,40
Total	395	30,3	6,70
Reprovações			
0	198	31,6	6,84
1	82	30,1	6,23
2	62	28,4	5,83
3	53	27,8	6,73
Total	395	30,3	6,70
N S E			
Med. Alto	86	31,7	6,66
Med. Baixo	298	30,0	6,57
Total	384	30,4	6,62
Ano de escolaridade			
5°	170	31,4	6,21
6°	228	29,4	6,94
Total	398	30,2	6,71

Autoconceito Verbal

Na subescala de autoconceito verbal, os resultados das análises de variância mostram que existem diferenças significativas a favor dos alunos sem necessidades educativas especiais, que apresentam assim valores mais elevados de autoconceito relativamente aos alunos com necessidades educativas especiais. Verificam-se outras diferenças significativas, nomeadamente em função: da idade, sendo os valores mais elevados a favor dos alunos mais novos (10 e 11 anos) em relação aos mais velhos (13 e 14 anos); do número de reprovações, apresentando valores mais elevados os alunos sem reprovações; do nível sócio-económico, cujo valor mais alto é verificado a favor do nível sócio-económico médio-alto e em função do sexo, sendo a favor do sexo feminino, que apresenta valores mais elevados. Não se observaram diferenças significativas no autoconceito verbal em função do ano de escolaridade (Quadros 12 e 13).

Quadro 12 - Análises de variância para o autoconceito verbal

Factores de diferenciação	G. L.	F	p	Sentido das diferenças/<i>Scheffé</i>
Tipo de aluno	1	13,415	< 0,000	Sem NEE > Com NEE
Idade	4	8,845	< 0,000	10, 11 > 13, 14
Reprovações	3	11,288	< 0,000	0 > 2, 3
NSE	1	4,827	< 0,029	Méd. Alto > Méd. Baixo
Ano de escolaridade	1	3,749	< 0,054	—————
Sexo	1	27,677	< 0,000	F > M

Quadro 13 – Média e desvio-padrão para o autoconceito verbal em função das variáveis independentes

	N	M.	D. P.
Tipo de aluno			
Com NEE	121	30,9	5,30
Sem NEE	274	32,9	5,09
Total	395	32,3	5,24
Idade			
10	73	33,8	4,68
11	127	33,6	5,10
12	78	32,0	4,72
13	56	30,8	5,77
14	58	29,7	4,92
Total	392	32,4	5,22
Reprovações			
0	196	33,7	4,91
1	82	31,9	4,85
2	62	30,4	5,22
3	52	30,1	5,49
Total	392	32,3	5,22
N S E			
Med. Alto	86	33,4	5,11
Med. Baixo	296	31,9	5,27
Total	382	32,3	5,26
Sexo			
Masc.	232	31,2	4,76
Fem.	163	33,9	5,27
Total	395	32,3	5,24

Autoconceito Escolar Geral

Os resultados das análises de variância obtidos para a subescala de autoconceito escolar geral, mostram que existem diferenças significativas para todos os factores de diferenciação da amostra. Existem diferenças significativas entre os dois grupos de alunos, sendo os valores mais altos a favor dos alunos sem necessidades educativas especiais; relativamente ao grupo etário, os alunos mais novos apresentam valores mais altos do que o grupo dos alunos mais velhos; os alunos que nunca reprovaram, assim como os que reprovaram uma vez apresentam valores mais elevados relativamente aos

que têm mais do que uma reprovação; os alunos de nível sócio-económico médio-alto, os que frequentam o 5º ano e os pertencentes ao sexo feminino, apresentam valores mais elevados de autoconceito escolar geral do que os alunos de nível sócio-económico médio-baixo, do 6º ano e do sexo masculino, respectivamente (Quadros 14 e 15).

Quadro 14 - Análises de variância para o autoconceito escolar geral

Factores de diferenciação	G. L.	F	p	Sentido das diferenças/ <i>Scheffé</i>
Tipo de aluno	1	38,429	< 0,000	Sem NEE > Com NEE
Idade	4	16,296	< 0,000	10 > 12, 13,14 11 > 13, 14 12>14
Reprovações	3	22,601	< 0,000	0 > 1, 2, 3 1 > 3
NSE	1	17,466	< 0,000	Méd. Alto > Méd. Baixo
Ano de escolaridade	1	7,030	< 0,008	5º > 6º
Sexo	1	7,045	< 0,008	F > M

Quadro 15 – Média e desvio-padrão para o autoconceito escolar geral em função das variáveis independentes

	N	M.	D. P.
Tipo de aluno			
Com NEE	122	29,4	5,08
Sem NEE	272	32,4	4,17
Total	394	31,5	4,67
Idade			
10	74	33,7	3,23
11	126	32,6	4,33
12	79	31,1	4,48
13	56	30,4	4,26
14	57	28,1	5,43
Total	392	31,5	4,68
Reprovações			
0	197	33,2	3,99
1	81	30,7	4,15
2	61	30,0	4,88
3	52	28,4	5,14
Total	391	31,5	4,68
N S E			
Med. Alto	86	33,4	4,01
Med. Baixo	294	31,0	4,76
Total	380	31,6	4,70
Ano de escolaridade			
5º	168	32,2	4,34
6º	226	30,9	4,85
Total	394	31,5	4,67
Sexo			
Masc.	231	31,0	4,71
Fem.	163	32,3	4,53
Total	398	31,5	4,67

Autoconceito Global

Os resultados das análises de variância obtidos para a subescala de autoconceito global mostram diferenças significativas apenas em função do tipo de aluno, sendo os valores mais elevados a favor dos alunos sem necessidades educativas especiais (Quadros 16 e 17).

Quadro 16 - Análises de variância para o autoconceito global

Factores de diferenciação	G. L.	F	p	Sentido das diferenças/ <i>Scheffé</i>
Tipo de aluno	1	7,318	< 0,007	Sem NEE > Com NEE
Idade	4	1,878	< 0,114	_____
Reprovações	3	2,888	< 0,06	_____
NSE	1	1,385	< 0,240	_____
Ano de escolaridade	1	0,223	< 0,637	_____
Sexo	1	0,938	< 0,333	_____

Quadro 17 – Média e desvio-padrão para o autoconceito global em função do tipo de aluno

	N	M.	D. P.
Tipo de aluno			
Com NEE	124	32,7	4,21
Sem NEE	271	33,9	3,91
Total	395	33,5	4,04

Autoconceito Pares

Para a subescala de autoconceito pares, os resultados obtidos através das análises de variância revelam unicamente diferenças significativas em função do sexo, sendo o sentido das diferenças a favor dos alunos do sexo masculino (Quadros 18 e 19).

Quadro 18 - Análises de variância para o autoconceito pares

Factores de diferenciação	G. L.	F	p	Sentido das diferenças/ <i>Scheffé</i>
Tipo de aluno	1	2,120	< 0,146	_____
Idade	4	0,593	< 0,668	_____
Reprovações	3	0,330	< 0,804	_____
NSE	1	1,829	< 0,177	_____
Ano de escolaridade	1	0,445	< 0,500	_____
Sexo	1	8,147	< 0,005	M > F

Quadro 19 – Média e desvio-padrão para o autoconceito pares em função do sexo

	N	M.	D. P.
Sexo			
Masc.	234	29,7	4,04
Fem.	164	28,6	3,49
Total	398	29,3	3,86

Autoconceito Pais

Os resultados das análises de variância para a subescala de autoconceito pais, apresentam diferenças significativas em função do tipo de aluno, da idade, do número de reprovações, do nível sócio-económico e do sexo. Relativamente ao tipo de aluno, os valores mais elevados são a favor dos alunos sem necessidades educativas especiais; os alunos com 10 e 11 anos apresentam valores mais altos do que os alunos com 14 anos; no número de reprovações o sentido das diferenças é a favor dos que não têm qualquer reprovação, em relação aos que têm duas repetências; o nível sócio-económico médio-alto e o sexo feminino apresentam maior autoconceito pais relativamente ao nível sócio-económico médio-baixo e ao sexo masculino, respectivamente. Não se observaram

diferenças significativas em função do ano de escolaridade (Quadros 20 e 21).

Quadro 20 - Análises de variância para o autoconceito pais

Factores de diferenciação	G. L.	F	p	Sentido das diferenças/Scheffé
Tipo de aluno	1	9,159	< 0,003	Sem NEE > Com NEE
Idade	4	3,459	< 0,009	10, 11 > 14
Reprovações	3	3,489	< 0,016	0 > 2
NSE	1	5,595	< 0,019	Méd. Alto > Méd. Baixo
Ano de escolaridade	1	0,031	< 0,859	—————
Sexo	1	3,969	< 0,047	F > M

Quadro 21 – Média e desvio-padrão para o autoconceito pais em função das variáveis independentes

	N	M.	D. P.
Tipo de aluno			
Com NEE	121	31,6	3,32
Sem NEE	272	32,7	2,93
Total	393	32,4	3,08
Idade			
10	74	32,8	2,79
11	125	32,6	3,21
12	80	32,5	2,96
13	53	32,5	2,59
14	58	31,0	3,52
Total	390	32,4	3,09
Reprovações			
0	197	32,7	3,18
1	82	32,5	2,70
2	59	31,4	2,81
3	52	31,7	3,41
Total	390	32,3	3,10
N S E			
Med. Alto	84	33,1	3,09
Med. Baixo	296	32,2	3,09
Total	380	32,4	3,11
Sexo			
Masc.	232	32,1	3,32
Fem.	161	32,7	2,67
Total	395	32,3	3,08

Autoconceito Aparência Física

Os resultados das análises de variância para a subescala de autoconceito aparência física apresentam diferenças significativas em função: do tipo de aluno, sendo os valores mais altos os dos alunos com necessidades educativas especiais; das reprovações, a favor dos alunos com uma repetência comparativamente aos que não têm repetências; em função do ano de escolaridade, com o 5º ano a apresentar valores mais altos, relativamente ao 6º ano e, por último, do sexo, em que o sexo masculino apresenta valores mais elevados do que o sexo feminino; (Quadros 22 e 23).

Quadro 22 - Análises de variância para o autoconceito aparência física

Factores de diferenciação	G. L.	F	p	Sentido das diferenças/Scheffé
Tipo de aluno	1	5,552	< 0,019	Com NEE > Sem NEE
Idade	4	0,731	< 0,571	————
Reprovações	3	3,003	< 0,030	1 > 0
NSE	1	0,397	< 0,529	————
Ano de escolaridade	1	5,527	< 0,019	5º > 6º
Sexo	1	9,817	< 0,002	M > F

Quadro 23 – Média e desvio-padrão para o autoconceito aparência física em função das variáveis independentes

	N	M.	D. P.
Tipo de aluno			
Com NEE	122	29,4	3,99
Sem NEE	272	28,3	4,71
Total	394	28,6	4,53
Reprovações			
0	197	28,0	4,88
1	81	29,8	3,86
2	60	28,7	4,30
3	53	29,0	4,10
Total	391	28,6	4,53
Ano de escolaridade			
5º	167	29,2	4,57
6º	227	28,2	4,45
Total	394	28,6	4,53
Sexo			
Masc.	230	29,2	4,55
Fem.	164	27,8	4,43
Total	394	28,6	4,53

Autoconceito Competência Física

Os resultados das análises de variância para a subescala de autoconceito competência física apresentam diferenças significativas somente em função do sexo, sendo o sentido das diferenças a favor do sexo masculino, que apresenta valores superiores relativamente ao sexo feminino (Quadros 24 e 25).

Quadro 24 - Análise de variância para o autoconceito competência física

Factores de diferenciação	G. L.	F	p	Sentido das diferenças/Scheffé
Tipo de aluno	1	3,530	< 0,061	_____
Idade	4	1,747	< 0,139	_____
Reprovações	3	1,353	< 0,257	_____
NSE	1	0,685	< 0,408	_____
Ano de escolaridade	1	2,338	< 0,127	_____
Sexo	1	79,396	< 0,000	M > F

Quadro 25 – Média e desvio-padrão para o autoconceito competência física em função do sexo

	N	M	D P
Sexo			
Masc.	229	30,4	4,33
Fem.	164	26,2	4,93
Total	393	28,7	5,03

Auto-avaliação do Aluno

Os resultados das análises de variância para a auto-avaliação do aluno mostram diferenças significativas em função do número de reprovações, sendo o sentido das diferenças a favor dos alunos sem repetências, que apresentam assim valores mais elevados de auto-avaliação relativamente aos alunos que têm três repetências (Quadros 26 e 27).

Quadro 26 - Análises de variância para a auto-avaliação do aluno

Factores de diferenciação	G. L.	F	p	Sentido das diferenças/ <i>Scheffé</i>
Tipo de aluno	1	0,508	< 0,476	_____
Idade	4	1,723	< 0,144	_____
Reprovações	3	3,843	< 0,010	0 > 3
NSE	1	2,523	< 0,113	_____
Ano de escolaridade	1	0,895	< 0,345	_____
Sexo	1	0,238	< 0,626	_____

Quadro 27 – Média e desvio-padrão para a auto-avaliação do aluno em função das reprovações

	N	M	D P
Reprovações			
0	196	3,28	0,46
1	83	3,14	0,54
2	62	3,19	0,65
3	53	3,00	0,78
Total	394	3,20	0,57

Prática Desportiva

Os resultados das análises de variância em função da prática desportiva indicam diferenças significativas em função do sexo, sendo os valores mais elevados a favor do sexo masculino (Quadros 28 e 29)

Quadro 28 - Análise de variância para a prática desportiva

Factores de diferenciação	G. L.	F	p	Sentido das diferenças/Scheffé
Tipo de aluno	1	0,208	< 0,648	_____
Idade	4	0,372	< 0,829	_____
Reprovações	3	0,088	< 0,966	_____
NSE	1	0,189	< 0,664	_____
Ano de escolaridade	1	3,025	< 0,083	_____
Sexo	1	9,665	< 0,002	M > F

Quadro 29 - Média e desvio-padrão para a prática desportiva em função do sexo

	N	M	D P
Sexo			
Masc.	226	0,67	0,96
Fem.	164	0,39	0,74
Total	390	0,55	0,88

O estudo das diferenças nas várias dimensões do autoconceito em função do tipo de aluno (com e sem necessidades educativas) revela a existência de diferenças nas três dimensões do autoconceito académico, no autoconceito global e no autoconceito social pois a favor dos alunos sem necessidades educativas especiais, enquanto que o autoconceito aparência física apresenta-se superior para os alunos com necessidades educativas especiais (Gráfico 1).

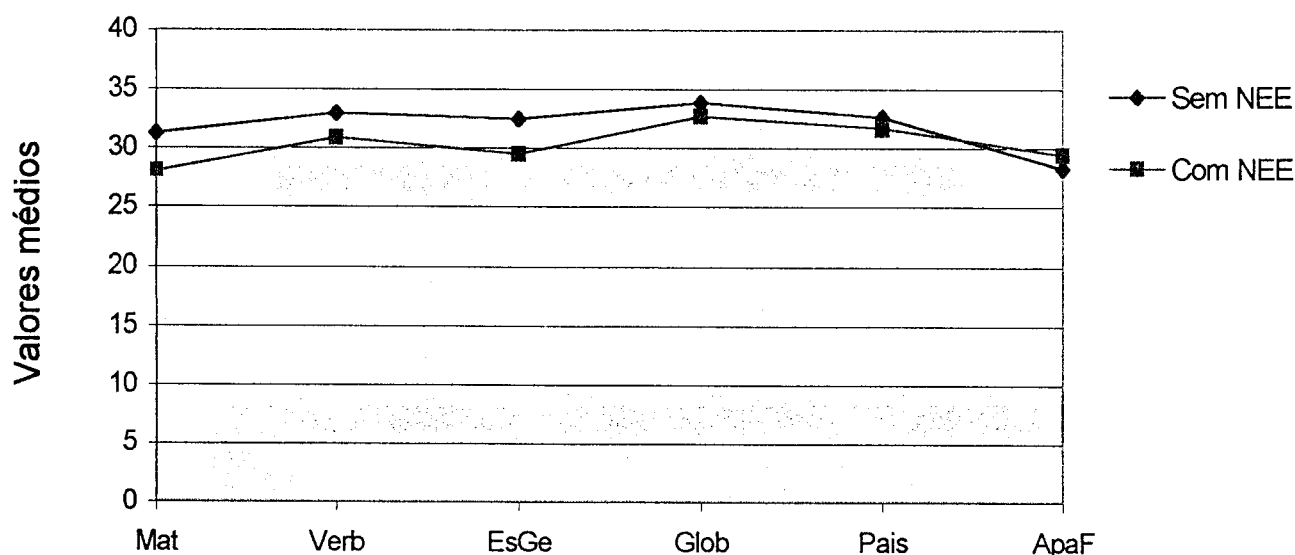


Gráfico 1- Diferenças nas subescalas do autoconceito em função do tipo de aluno (com e sem NEE)

Mat – Autoconceito Matemática; **Verb** – Autoconceito Verbal; **EsGe** – Autoconceito Escolar Geral; **Glob** – Autoconceito Global; **Pais** – Autoconceito Pais; **ApaF** – Autoconceito Aparência Física.

Nota a português

Para a variável nota a português, as análises de variância mostram que existem diferenças significativas para o tipo de aluno, a favor dos alunos sem NEE, que apresentam assim valores mais elevados relativamente aos alunos com NEE. Verificam-se outras diferenças significativas, nomeadamente em função: da idade, sendo os valores mais elevados a favor dos alunos mais novos (10 e 11 anos) em relação aos mais velhos (12, 13 e 14 anos); do número de reprovações, apresentando valores mais elevados os alunos sem reprovações; do nível sócio-económico, cujo valor mais alto é verificado a favor do nível médio-alto e em função do sexo, sendo a favor do sexo

feminino, que apresenta valores mais elevados. Não se observam diferenças em função do ano de escolaridade (Quadros 30 e 31).

Quadro 30 - Análises de variância para as notas a português

Factores de diferenciação	G. L.	F	p	Sentido das diferenças/Scheffé
Tipo de aluno	1	44,259	< 0,000	Sem NEE > Com NEE
Idade	4	20,914	< 0,000	10,11 > 12,13,14
Reprovações	3	32,970	< 0,000	0 > 1,2,3
NSE	1	53,757	< 0,000	Méd. alto > Méd. baixo
Ano de escolaridade	1	0,166	< 0,684	—————
Sexo	1	56,914	< 0,000	F > M

Quadro 31 – Média e desvio-padrão para as notas a português em função das variáveis independentes

	N	M.	D. P.
Tipo de aluno			
Com NEE	124	2,62	0,52
Sem NEE	275	3,15	0,82
Total	399	2,99	0,78
Idade			
10	74	3,35	0,83
11	127	3,27	0,80
12	80	2,84	0,66
13	57	2,54	0,54
14	58	2,59	0,50
Total	396	2,99	0,78
Reprovações			
0	198	3,33	0,83
1	83	2,75	0,58
2	62	2,55	0,50
3	53	2,58	0,50
Total	396	2,98	0,78
N S E			
Med. Alto	86	3,52	0,88
Med. Baixo	299	2,84	0,68
Total	385	2,99	0,78
Sexo			
Masc.	234	2,76	0,68
Fem.	165	3,32	0,79
Total	399	2,99	0,78

Nota a matemática

Para a variável nota a matemática, os resultados das análises de variância mostram que existem diferenças significativas para o tipo de aluno, a favor dos alunos sem NEE, que apresentam assim valores mais elevados. Verificam-se também diferenças significativas em função: da idade, apresentando os alunos com 10 e 11 anos valores mais altos do que os alunos com 12, 13 e 14 anos; das reprovações, sendo os valores mais altos a favor dos alunos que não têm qualquer reprovação; do nível sócio-económico, a favor dos alunos pertencentes ao nível sócio-económico médio-alto e, por último, em função do sexo, sendo os valores mais altos a favor do sexo feminino. Não se observam diferenças significativas em função do ano de escolaridade (Quadros 32 e 33).

Quadro 32 - Análises de variância para as notas a matemática

Factores de diferenciação	G. L.	F	p	Sentido das diferenças/<i>Scheffé</i>
Tipo de aluno	1	54,697	< 0,000	Sem NEE > Com NEE
Idade	4	18,944	< 0,000	10,11 > 12,13,14
Reprovações	3	28,002	< 0,000	0 > 1,2,3
NSE	1	45,563	< 0,000	Méd. alto > Méd. baixo
Ano de escolaridade	1	1,218	< 0,270	—————
Sexo	1	20,511	< 0,000	F > M

Quadro 33 – Média e desvio-padrão para as notas a matemática em função das variáveis independentes

	N	M.	D. P.
Tipo de aluno			
Com NEE	124	2,45	0,53
Sem NEE	275	3,08	0,88
Total	399	2,99	0,78
Idade			
10	74	3,31	0,91
11	127	3,13	0,88
12	80	2,75	0,75
13	57	2,51	0,60
14	58	2,38	0,49
Total	396	2,89	0,84
Reprovações			
0	198	3,24	0,89
1	83	2,61	0,70
2	62	2,50	0,62
3	53	2,45	0,50
Total	396	2,98	0,84
N S E			
Med. Alto	86	3,41	0,97
Med. Baixo	299	2,75	0,74
Total	385	2,90	0,84
Sexo			
Masc.	234	2,73	0,79
Fem.	165	3,11	0,87
Total	399	2,89	0,84

Nota a educação física

Os resultados das análises de variância para a variável nota a educação física, apresentam diferenças significativas em função: do tipo de aluno, sendo os valores mais altos a favor dos alunos sem NEE; da idade, a favor dos alunos mais novos (10 anos) relativamente aos mais velhos (14 anos); a favor dos alunos sem repetências comparativamente aos que têm repetências; do nível sócio-económico, em que o nível sócio-económico médio-alto apresenta valores mais elevados do que o nível médio-baixo. Não se verificam diferenças significativas em função do ano de escolaridade e do sexo (Quadros 34 e 35).

Quadro 34 - Análises de variância para as notas a educação física

Factores de diferenciação	G. L.	F	p	Sentido das diferenças/ <i>Scheffé</i>
Tipo de aluno	1	7,056	< 0,008	Sem NEE > Com NEE
Idade	4	3,929	< 0,004	10 > 14
Reprovações	3	6,675	< 0,000	0 > 1,2,3
NSE	1	11,699	< 0,001	Méd. alto > Méd. baixo
Ano de escolaridade	1	1,938	< 0,165	—————
Sexo	1	0,794	< 0,374	—————

Quadro 35 – Média e desvio-padrão para as notas a educação física em função das variáveis independentes

	N	M.	D. P.
Tipo de aluno			
Com NEE	124	3,39	0,53
Sem NEE	275	3,58	0,88
Total	399	3,52	0,78
Idade			
10	74	3,74	0,66
11	127	3,57	0,70
12	80	3,46	0,71
13	57	3,39	0,65
14	58	3,34	0,61
Total	396	3,52	0,68
Reprovações			
0	198	3,67	0,70
1	83	3,41	0,68
2	62	3,39	0,61
3	53	3,30	0,57
Total	396	3,52	0,68
N S E			
Med. Alto	86	3,74	0,71
Med. Baixo	299	3,46	0,67
Total	385	3,52	0,68

Média das notas

Os resultados das análises de variância obtidos para a variável média das notas, mostram que existem diferenças significativas para todos os factores, excepto para o ano de escolaridade. Existem diferenças significativas entre os dois grupos de alunos, sendo os valores mais altos a favor dos alunos sem NEE; relativamente ao grupo etário, os alunos mais novos apresentam valores mais altos do que o grupo de alunos mais velhos; os alunos que nunca reprovaram apresentam valores mais altos do que os alunos que têm uma ou mais reprovações; os alunos de nível sócio-económico médio-alto apresentam valores mais altos do que os alunos pertencentes ao nível sócio-económico médio-baixo e em função do sexo, sendo os valores mais altos a favor do sexo feminino (Quadros 36 e 37).

Quadro 36 - Análises de variância para a média das notas

Factores de diferenciação	G. L.	F	p	Sentido das diferenças/Scheffé
Tipo de aluno	1	48,868	< 0,000	Sem NEE > Com NEE
Idade	4	19,386	< 0,000	10,11 > 12,13,14
Reprovações	3	32,712	< 0,000	0 > 1,2,3
NSE	1	67,343	< 0,000	Méd. alto > Méd. baixo
Ano de escolaridade	1	0,920	< 0,338	—————
Sexo	1	39,621	< 0,000	F > M

Quadro 37 – Média e desvio-padrão para a média das notas em função das variáveis independentes

	N	M.	D. P.
Tipo de aluno			
Com NEE	124	2,96	0,27
Sem NEE	275	3,41	0,70
Total	399	3,27	0,63
Idade			
10	74	3,59	0,76
11	127	3,46	0,69
12	80	3,18	0,50
13	57	2,91	0,39
14	58	2,95	0,22
Total	396	3,27	0,63
Reprovações			
0	198	3,55	0,73
1	83	3,05	0,41
2	62	2,97	0,25
3	53	2,92	0,27
Total	396	3,27	0,63
N S E			
Med. Alto	86	3,73	0,74
Med. Baixo	299	3,14	0,53
Total	385	3,28	0,63
Sexo			
Masc.	234	3,11	0,54
Fem.	165	3,50	0,69
Total	399	3,27	0,63

Prática desportiva em alunos com NEE

Os resultados das análises de variância para o autoconceito em função da prática desportiva, em alunos com NEE, mostram diferenças significativas nas seguintes subescalas do autoconceito: verbal, escolar geral, pares e competência física, a favor dos alunos que praticam desporto. Não se observam diferenças significativas nas restantes dimensões do autoconceito em função da prática desportiva em alunos com NEE, bem como para a auto-avaliação (Quadros 38 e 39).

Quadro 38 - Análises de variância para o autoconceito em função da prática desportiva em alunos com NEE

Dimensões do Autoconceito	G. L.	F	p	Sentido das diferenças
Matemática	1	2,652	< 0,106	_____
Verbal	1	4,626	< 0,034	Prat. Desp. > Não Prat. Desp.
Assuntos Escol. Geral	1	7,576	< 0, 007	Prat. Desp. > Não Prat. Desp.
Global	1	3,594	< 0,0060	_____
Pares	1	8,605	< 0,004	Prat. Desp. > Não Prat. Desp.
Pais	1	0,526	< 0,470	_____
Aparência Física	1	2,637	< 0,107	_____
Competência Física	1	9,747	< 0,002	Prat. Desp. > Não Prat. Desp.
Auto-avaliação aluno	1	1,229	< 0,270	_____

Quadro 39 – Média e desvio-padrão para o autoconceito em função da prática desportiva em alunos com NEE

	N	M.	D.P.
Autoconceito Verbal			
Pratica desporto	42	32,29	4,51
Não pratica desporto	79	30,14	5,56
Total	121	30,88	5,30
Autoconc. Esc. Geral			
Pratica desporto	42	31,14	4,15
Não pratica desporto	80	28,55	5,31
Total	122	29,44	5,08
Autoconceito Pares			
Pratica desporto	43	31,07	2,92
Não pratica desporto	81	28,93	4,29
Total	124	29,67	3,99
Autoc. Comp. Física			
Pratica desporto	42	31,14	3,80
Não pratica desporto	79	28,42	4,93
Total	121	29,36	4,73

Efeitos de interacção

Foram realizadas análises de variância multifactoriais, considerando os vários factores de diferenciação em interacção.

O facto de termos encontrado apenas alguns efeitos de interacção significativos, esporádicos e de difícil interpretação que, por conseguinte, não apresentaremos, leva-nos a afirmar que as variações em função dos factores têm em geral um carácter aditivo

6 – Discussão dos resultados e conclusão

A discussão dos resultados será baseada nas hipóteses formuladas e seguirá a ordem de apresentação dos resultados.

Qualidades psicométricas do SDQ I

Apesar das subescalas do SDQ I apresentarem valores de *alpha* inferiores, relativamente à adaptação portuguesa, são considerados satisfatórios, porque são na sua maioria superiores ou próximos de 0,80 (com excepção da subescala social pais que apresentou um valor de *alpha*=0,63), permitindo a utilização do SDQ I para os estudos correlacionais e diferenciais.

Os resultados da análise factorial em componentes principais permitiram evidenciar a importância que os alunos atribuem ao autoconceito académico, principalmente ao autoconceito a matemática e ao autoconceito verbal. As dimensões do autoconceito a matemática e do autoconceito verbal encontram-se directamente

relacionadas com o contexto escolar e com duas disciplinas estruturantes com influência no rendimento global do aluno.

Os resultados da análise factorial confirmam a consistência interna do SDQ I, pois são satisfatórios e semelhantes aos obtidos no contexto português.

O poder discriminativo dos itens do SDQ I foi calculado a partir da percentagem de escolha de cada alternativa de resposta. Para uma análise mais detalhada da distribuição das escolhas, foi calculado também o total de discordância e o total de concordância. Assim, as escolhas dos sujeitos incidiram nas alternativas de concordância, pelo que o poder discriminativo do SDQ I não se apresenta totalmente satisfatório para alguns itens. No entanto, a elevada concordância com alguns dos itens pode espelhar crenças partilhadas pelos alunos deste nível de ensino.

A análise das estatísticas descritivas para o SDQ I apresentaram valores próximos entre a média e a mediana bem como valores reduzidos de assimetria e de curtose para as subescalas do autoconceito académico e para o autoconceito global. As restantes subescalas apresentam valores mais elevados de assimetria e de curtose, principalmente a subescala social pais, que já apresentava também valores mais baixos de *alpha* (0,63). Provavelmente os itens desta subescala não foram interpretados de forma unívoca pelos alunos.

As subescalas académicas evidenciam amplitudes razoáveis entre o valor mínimo e máximo, demonstrando assim valores aceitáveis de sensibilidade.

Deste modo, as qualidades psicométricas do SDQ I foram confirmadas, apresentando-se este instrumento válido para alunos do 5º e 6º anos de escolaridade.

Estudos correlacionais

Os estudos correlacionais entre as dimensões do autoconceito acadêmico permitem, globalmente, observar correlações mais intensas entre o autoconceito assuntos escolares em geral e o autoconceito verbal, demonstrando a importância do autoconceito verbal para as demais disciplinas escolares. Demonstram também uma associação entre o domínio social e o domínio físico, já observada em estudos de Faria e Fontaine (1990).

Os estudos de correlação entre as dimensões do autoconceito para as amostras de alunos com e sem NEE, demonstram que as dimensões do autoconceito global e acadêmico (matemática, verbal e assuntos escolares em geral) apresentam correlações mais intensas e positivas com todas as outras dimensões, em ambos os grupos de alunos, no entanto permitem verificar que as correlações significativas predominam no grupo sem NEE.

Globalmente, as notas de avaliação do 3º período (português, matemática, educação física e média das notas) estabelecem correlações positivas com as dimensões do autoconceito, principalmente com as dimensões acadêmicas do autoconceito, salientando-se a correlação entre as notas a matemática e a dimensão do autoconceito a matemática, confirmando os estudos de Marsh e a *hipótese 3b* para os alunos sem NEE.

As notas do 3º período dos alunos sem NEE, apresentam correlações mais intensas com as dimensões do autoconceito, do que nos alunos com NEE, que apresentam correlações não significativas entre as notas e o autoconceito.

Estes resultados poderão reflectir uma maior indepência entre as várias dimensões do autoconceito para os alunos com NEE, podendo representar uma menor

integração das diferentes facetas do conceito de si próprio e, simultaneamente, um menor realismo ou mesmo a dificuldade em interpretar o *feedback* externo, evidenciados pela falta de relação entre as notas do 3º período e as várias dimensões do autoconceito.

Em ambos os grupos, verifica-se que os valores das correlações são mais altos entre as notas do 3º período e as dimensões do autoconceito académico do que com o não académico, sendo, no entanto, de magnitude superior e significativas para os alunos sem NEE.

Tendo em consideração a amostra total, a variável “prática desportiva” apresenta correlações significativas e positivas com as dimensões do autoconceito global, pares, aparência e competência física, embora sejam de magnitude reduzida.

A prática desportiva, relativamente aos grupos com e sem NEE, apresenta correlações positivas com as dimensões do autoconceito competência física e social pares, em ambos os grupos, o que confirma a *hipótese 8*, no entanto, as correlações são menos intensas para os alunos com NEE, pelas prováveis dificuldades em integrar a informação externa e os indicadores do “real” na construção da imagem de si próprio.

Estudos diferenciais

Autoconceito e tipo de aluno (com e sem NEE)

Os resultados das análises de variância mostram que existem diferenças significativas para as dimensões académica, global e social pares do autoconceito, a favor dos alunos sem NEE. Mostram também que existem diferenças significativas na

dimensão do autoconceito aparência física, a favor dos alunos com NEE, não se verificando diferenças significativas entre estes dois grupos para as dimensões do autoconceito social pares e competência física.

Tais diferenças podem ser explicadas pelo facto da maioria dos alunos com NEE se situarem na categoria de “dificuldades de aprendizagem”, o que pode afectar negativamente o seu autoconceito académico e, mesmo, o global, que sofre com o impacto negativo das dimensões académicas, tão relevantes nesta fase e particularmente para o aluno com dificuldades de aprendizagem. Esta auto-avaliação académica negativa parece também reflectir-se no autoconceito pais que é menor nestes alunos do que nos que não têm NEE. Finalmente, a dimensão de autoconceito aparência física apresenta-se superior, o que pode reflectir o maior investimento na área física, por parte destes alunos, como forma de compensação das áreas académicas mais desvalorizadas.

Podemos afirmar que, na generalidade, os alunos sem NEE apresentam níveis de autoconceito superiores aos alunos com NEE confirmando assim a *hipótese 1* para cinco dimensões dimensões (excepto para a aparência física).

Autoconceito e idade

As análises de variância mostram que existem diferenças significativas nas dimensões do autoconceito académico e na dimensão social pais, em função da idade, a favor dos alunos mais novos. Não se observam diferenças significativas nas outras dimensões do autoconceito em função da idade.

Apesar de não haver conclusões coerentes sobre os efeitos da idade no autoconceito multidimensional de crianças e adolescentes, verifica-se que alguns

domínios específicos do autoconceito decrescem com a idade (Crain, 1996).

Vários estudos referidos por Fontaine (1991b) mostram que os níveis de autoconceito diminuem com a idade, isto é, as crianças pertencentes ao grupo etário mais baixo têm níveis mais elevados de autoconceito relativamente às crianças pertencentes ao grupo etário mais alto.

A redução verificada nos níveis de autoconceito em função da idade, pode ser justificada pela maturação cognitiva que permite à criança avaliar as suas capacidades nos diferentes domínios de forma progressivamente mais realista (Marsh, 1989; Stipek, 1981, *in* Crain, 1996), isto devido ao aumento da sua capacidade para interpretar e integrar a informação exterior relevante acerca de si própria (Fontaine, 1991b).

Os resultados do nosso estudo confirmam os resultados de outras investigações, bem como a *hipótese 2*.

Autoconceito e reprovações

O nosso estudo mostra que os alunos sem reprovações apresentam níveis de autoconceito académico mais elevados do que os alunos com reprovações, confirmando a *hipótese 3a*.

Estas diferenças podem ser justificadas pelo facto dos alunos sem reprovações possuírem sentimentos positivos de competência pessoal no domínio académico, reflectindo-se, assim, nos valores mais elevados de autoconceito académico e de auto-avaliação relativamente aos alunos com reprovações.

Verificam-se, também, diferenças significativas na dimensão do autoconceito pais, a favor dos alunos sem reprovações. Esta diferença pode ser justificada pelo facto

dos pais valorizarem mais a competência e sucesso académico dos alunos sem reprovações, relativamente aos que têm reprovações, verbalizando-o e reforçando positivamente os filhos pelo facto de terem um percurso sem reprovações.

Outra diferença significativa verifica-se para a dimensão do autoconceito aparência física, a favor dos alunos que têm uma reprovação relativamente aos alunos que não têm reprovações. O fracasso escolar pode influenciar negativamente a auto-percepção académica do indivíduo, levando-o a investir em outras áreas não académicas como forma de compensação. Assim o aluno valoriza o seu autoconceito de aparência física, não atribuindo tanto valor ao autoconceito académico e reduzindo deste modo, o nível de frustração provocado pelo fracasso escolar.

Autoconceito e nível sócio-económico

Vários investigadores, citados por Veiga (1995), referem que os estudos realizados mostram que as pessoas pertencentes ao nível sócio-económico mais alto apresentam níveis mais elevados de autoconceito, no entanto, outros estudos não revelam diferenças significativas no autoconceito em função do nível sócio-económico e outros ainda, apresentam resultados a favor do nível sócio-económico baixo.

Os resultados do nosso estudo mostram que os alunos pertencentes ao nível sócio-económico médio-alto, apresentam níveis de autoconceito académico e de autoconceito pais mais elevados do que os alunos pertencentes ao nível sócio-económico médio-baixo, o que confirma a *hipótese 4*.

Segundo Coopersmith (1981, *in* Peixoto & Mata, 1993), os indivíduos pertencentes a um nível sócio-económico alto têm uma auto-percepção positiva do seu

valor, devido à valorização social de que são alvo, enquanto que os indivíduos pertencentes a um nível sócio-económico baixo têm auto-percepções menos positivas (Veiga, 1995).

Rosenberg (1979, *in* Veiga, 1995), afirma que as crianças têm uma menor percepção da relação entre o autoconceito e o nível social, contrariamente ao adulto. Assim, as auto-percepções da criança são um reflexo daqueles com quem convivem, nomeadamente os pais e outros significativos, afectando assim a dimensão social pais do autoconceito.

Autoconceito e ano de escolaridade

A maior parte dos estudos revistos sobre as diferenças do autoconceito em função do ano de escolaridade, revelam uma redução progressiva dos níveis do autoconceito, desde o início do 1º Ciclo do Ensino Básico, até ao fim do 3º Ciclo, com excepção da dimensão de aparência física que estabiliza no 7º ano de escolaridade no contexto português (Fontaine, 1991a).

Os resultados das análises de variância mostram que, os alunos que frequentam o 5º ano de escolaridade apresentam níveis de autoconceito mais elevados do que os alunos que frequentam o 6º ano, para as dimensões de autoconceito matemática, escolar geral e aparência física. Para as restantes dimensões do autoconceito não se observam diferenças significativas em função do ano. Assim, a *hipótese 5* confirma-se para as dimensões do autoconceito referidas.

A redução dos níveis de autoconceito entre o 5º e o 6º anos de escolaridade, pode ser explicada quer pelo aumento da noção da realidade na construção do

autoconceito com a idade, quer pela mudança para o último ano do 2º ciclo, com a aproximação e expectativa de um novo ciclo no sistema de ensino, o 3º, com novos desafios e dificuldades.

Autoconceito e sexo

Estudos realizados por Marsh (1989) e Piers (1984), citados por Crain (1996) e por Osborne e LeGette (1982), concluíram que não há diferenças significativas para o autoconceito geral, entre rapazes e raparigas. No entanto, Marsh *et al.* (1984, *in* Crain, 1996), concluíram que os rapazes apresentam níveis mais elevados de autoconceito nas dimensões de matemática, aparência física e competência física, enquanto que as raparigas apresentam níveis mais elevados de autoconceito nas dimensões verbal, social e global.

Os resultados do nosso estudo mostram que os rapazes apresentam níveis mais elevados de autoconceito relativamente às raparigas, nas dimensões social pares, aparência e competência física. As raparigas apresentam níveis de autoconceito mais elevados do que os rapazes, nas dimensões verbal, escolar geral e social pais.

Assim, a *hipótese 6* é parcialmente confirmada para o sexo masculino, pois não se confirma para a dimensão de matemática corroborando nesta última dimensão os resultados obtidos no contexto português. Para o sexo feminino também é parcialmente confirmada, pois não se verifica para a dimensão do autoconceito global e para o autoconceito social (apenas se verifica para a dimensão pais, sendo a dimensão pares a favor do sexo masculino).

Crain (1996) justifica que os rapazes têm níveis mais elevados de competência

física do que as raparigas, devido à maior participação do sexo masculino em actividades desportivas, o que é verificado neste estudo, pois a análise de variância em função da prática desportiva revela valores mais altos para os rapazes do que para as raparigas. Outro motivo poderá estar relacionado com a variedade e o acesso mais fácil dos rapazes às diversas modalidades desportivas.

A dimensão de aparência física apresenta valores mais altos para os rapazes, porque nesta fase etária as raparigas sentem-se mais insatisfeitas com a sua aparência física do que os rapazes (Harter, 1990, *in* Crain, 1996), sendo assim mais exigentes na sua auto-avaliação.

Os valores mais elevados para a dimensão de autoconceito social pares, a favor dos rapazes, podem estar relacionados com o convívio e identificação com os seus pares e consequente integração social, proporcionada pela prática desportiva, e com o facto dos pares serem uma fonte de identificação mais importante para os rapazes.

Os valores mais elevados a favor das raparigas na dimensão do autoconceito verbal, são justificados pelos estereótipos sexuais, que sugerem que as raparigas têm maior rendimento nos conteúdos verbais (Fontaine, 1991b; Marsh, 1985, 1989, *in* Veiga, 1995). Partindo do princípio que o domínio da língua materna é essencial para a interpretação e compreensão das outras disciplinas escolares, é natural que as raparigas apresentem níveis mais elevados de autoconceito escolar geral, aspecto este que também foi observado neste estudo.

O facto das raparigas apresentarem níveis mais elevados de autoconceito social pais pode ser justificado pela importância que as raparigas atribuem aos adultos como fontes de identificação, enquanto os rapazes valorizam mais os pares.

Resultados escolares

A análise dos resultados escolares permite observar que:

- Os alunos sem NEE apresentam melhores resultados escolares relativamente aos alunos com NEE, na globalidade das disciplinas e especificamente nas disciplinas de português, de matemática e de educação física, confirmando a *hipótese 9a*;
- O grupo etário mais baixo apresenta melhores resultados escolares relativamente ao grupo etário mais alto, nas disciplinas de português, de matemática e de educação física, assim como na média das notas, o que confirma a *hipótese 9b*;
- Os alunos sem reprovações apresentam melhores resultados escolares relativamente aos alunos com reprovações, na generalidade das disciplinas, confirmando assim a *hipótese 9c*;
- Os alunos pertencentes ao nível sócio-económico médio-alto apresentam melhores resultados escolares do que os alunos pertencentes ao nível sócio-económico médio-baixo, na globalidade das disciplinas, confirmando a *hipótese 9d*.

Podemos então afirmar que os alunos sem NEE, mais novos, sem reprovações e de classe alta, apresentam melhores resultados escolares do que, respectivamente, os alunos com NEE, mais velhos, com reprovações e de classe baixa, confirmando assim a *hipótese 9* na globalidade.

Autoconceito e prática desportiva em alunos com NEE

A maior parte dos estudos revistos, mostram que os indivíduos com NEE que praticam desporto têm níveis superiores de autoconceito, relativamente aos que não praticam desporto.

Os resultados obtidos neste estudo permitem observar que os alunos com NEE que praticam desporto, têm níveis mais elevados de autoconceito do que os alunos com NEE que não praticam desporto, nos domínios verbal, escolar geral, pares e competência física, confirmando assim a *hipótese 7* para estas dimensões.

A prática desportiva contribui para melhorar a saúde e o autoconceito das crianças com NEE, facilitando a sua integração (Prat, 1998; Willis & Campbell, 1992), permite também estabelecer relações de companheirismo, desenvolvendo assim, o domínio social (Moura e Castro, 1996), o que pode justificar o facto dos alunos com NEE praticantes de actividade física, apresentarem níveis mais elevados de autoconceito pares.

A maioria dos alunos com NEE que constituem a amostra deste estudo, pertencem à categoria específica de dificuldades de aprendizagem denominada dislexia, definida como uma desordem da linguagem, devida a disfunções cerebrais (Myklebust, 1978, *in* Fonseca, 1984). Estas crianças apresentam problemas de lateralidade, de orientação e de habilidades motoras, que podem ser desenvolvidas através de actividades sensório-motoras, que segundo Valett (1990), ajudam a recuperar os problemas de leitura e linguagem inerentes à dislexia. Assim, podemos justificar o facto dos alunos com NEE praticantes de desporto, apresentarem valores mais elevados de

autoconceito verbal, relativamente aos alunos com NEE que não praticam desporto.

A recuperação dos problemas de leitura e linguagem, permite aumentar o domínio da língua materna, o que ajuda os alunos com NEE a compreender os conteúdos das outras disciplinas, contribuindo para a sua auto-valorização no domínio de assuntos escolares em geral.

CONCLUSÃO GERAL

Na fase final deste trabalho, torna-se importante fazer uma breve referência aos capítulos desenvolvidos e às principais conclusões retiradas.

No primeiro capítulo fizemos uma análise descritiva dos factos e acontecimentos históricos que contribuíram para a evolução da educação especial, assim como a descrição de um conjunto de legislação que marcou a evolução da educação especial, no contexto internacional e nacional.

No segundo capítulo, procurámos definir e categorizar as NEE, enfatizando as que estão representadas na amostra do nosso estudo empírico e referindo a importância e os benefícios da actividade desportiva para cada uma das NEE em particular.

No terceiro capítulo, tentámos definir e caracterizar o autoconceito, assim como os instrumentos de avaliação mais utilizados. Fizemos referência a alguns estudos que caracterizaram o autoconceito em função da idade/ano de escolaridade, do sexo, do nível sócio-económico, à manifestação do autoconceito e aos benefícios da actividade física na promoção do autoconceito, em populações especiais.

Com este estudo procurámos comparar o autoconceito, o sucesso escolar e a prática desportiva em alunos com e sem NEE, considerando ainda as diferenças no autoconceito em função das seguintes variáveis: idade, reprovações, nível sócio-económico, ano de escolaridade e sexo.

No quarto capítulo, apresentámos: os objectivos e as hipóteses do estudo, fundamentadas com base nos resultados obtidos noutras investigações no domínio; a identificação das variáveis dependentes e independentes e do plano de observação; a

caracterização da amostra constituída por 124 alunos com NEE e por 275 alunos sem NEE, totalizando 399 sujeitos de ambos os sexos; a descrição dos instrumentos de avaliação (*Self-description Questionnaire* e o Questionário Sociodemográfico), e o procedimento.

O estudo das qualidades psicométricas do SDQ I apresentou coeficientes *alpha* de Cronbach inferiores aos da adaptação portuguesa, no entanto, esses valores são superiores muito próximos de 0,80, sendo considerados satisfatórios, o que permitiu a utilização do SDQ I para os estudos correlacionais e diferenciais.

Os resultados da análise factorial confirmaram a consistência interna do SDQ I, pois a sua estrutura é satisfatória e semelhante à obtida no contexto português.

O poder discriminativo do SDQ I não se apresentou totalmente satisfatório para alguns itens, embora a sensibilidade da escala tenha sido comprovada, a partir da análise das estatísticas descritivas.

Os estudos correlacionais entre as dimensões do autoconceito académico, para a amostra total, permitem observar correlações mais intensas entre o autoconceito assuntos escolares em geral e o autoconceito verbal, e uma associação entre o domínio social e o domínio físico.

Os resultados apresentam ainda correlações positivas entre as notas do 3º período e as dimensões do autoconceito académico, sendo as correlações mais intensas para os alunos sem NEE.

Sendo as notas um indicador do sucesso escolar, pudemos confirmar que os alunos com melhores notas apresentaram níveis superiores de autoconceito, sobretudo no domínio académico.

O autoconceito físico e o social apresentam correlações positivas com os níveis de prática desportiva, para ambos os grupos (com e sem NEE), no entanto, as correlações são menos intensas para os alunos com NEE.

Os resultados dos estudos diferenciais, para o autoconceito, em função do tipo de aluno, da idade, das reprovações, do nível sócio-económico, do ano de escolaridade e do sexo, na generalidade, aproximam-se dos resultados verificados noutros estudos, confirmando as hipóteses formuladas. Assim temos:

- as diferenças de autoconceito em função do tipo de aluno, permitem verificar que os alunos sem NEE apresentam níveis superiores de autoconceito, relativamente aos alunos com NEE;

- as diferenças em função da idade revelam que os alunos mais novos apresentam níveis mais elevados de autoconceito do que os alunos mais velhos, nas dimensões académica e social pais;

- as diferenças em função das reprovações, permitem verificar que os alunos sem reprovações apresentam níveis mais elevados de autoconceito académico relativamente aos alunos com reprovações;

- as diferenças em função do nível sócio-económico, mostram que os alunos pertencentes ao nível sócio-económico médio-alto, apresentam níveis mais elevados de autoconceito académico e pais, do que os alunos pertencentes ao nível sócio-económico médio-baixo;

- as diferenças em função do ano de escolaridade, evidenciam que os alunos do 5º ano de escolaridade apresentam níveis mais elevados de autoconceito, relativamente aos alunos que frequentam o 6º ano de escolaridade;

- as diferenças em função do sexo, revelam que os rapazes apresentam níveis mais elevados de autoconceito do que as raparigas nas dimensões social pares, aparência e competência física. As raparigas apresentam níveis mais elevados de autoconceito nas dimensões verbal, escolar geral e social pais; não se verificam diferenças significativas para o autoconceito nas dimensões matemática e global em função do sexo.

As diferenças evidenciadas para os resultados escolares, em função do tipo de aluno, da idade, das reprovações e do nível sócio-económico, mostram que: os alunos sem NEE, mais novos, sem reprovações e de classe alta, apresentam melhores resultados escolares do que, respectivamente, os alunos com NEE, mais velhos, com reprovações e de classe baixa.

Os resultados diferenciais para o autoconceito em alunos com NEE, em função da prática desportiva, evidenciam que os alunos com NEE e praticantes de actividade física apresentam níveis mais elevados de autoconceito do que os alunos com NEE que não praticam desporto, nomeadamente nas dimensões verbal, escolar geral, pares e competência desportiva.

Na generalidade, os resultados obtidos neste estudo confirmam as hipóteses elaboradas, indo de encontro às expectativas e aos objectivos deste estudo.

No entanto, sugerem-nos algumas pista/questões que poderão servir de base para futuros estudos:

- Poderão os programas curriculares de educação física contribuir para o desenvolvimento do autoconceito em alunos com NEE incluídos nas escolas regulares?

- Poderá a metodologia de ensino e os objectivos mínimos estabelecidos pelos professores das diversas disciplinas contribuir para promover o autoconceito dos alunos com NEE incluídos nas escolas regulares?

- Os alunos com NEE incluídos em turmas heterogéneas e que praticam desporto terão níveis de autoconceito diferentes dos alunos com NEE incluídos em turmas homogéneas e que praticam desporto?

Algumas destas questões deveriam ser investigadas no âmbito de estudos longitudinais, que permitem efectuar várias observações dos mesmos alunos ao longo do tempo, e que se revelam particularmente úteis na observação da influência de programas de actividade física ou da utilização de estratégias de ensino-aprendizagem adaptadas aos alunos com NEE no seu autoconceito.

A par do incremento na realização de estudos longitudinais seria ainda importante investir na utilização de metodologias qualitativas, nomeadamente com a utilização de técnicas de observação na sala de aula e de entrevistas, a alunos e professores, no sentido de extrair pistas e propostas para a intervenção na prevenção do autoconceito de alunos com NEE.

Bibliografia*

- Afonso, A. J. & Alves, J. A. (1980). Educação especial em Portugal 1978/79 (1ª parte). *Ludens*, 4 (2), 57-68.
- Afonso, M. J. (1998). O exercício físico e a diabetes tipo I – Metabolismo energético, benefícios e recomendações (1ª parte). *Diabetes, viver em equilíbrio*, 7, 22-23.
- Andrada, M. G. (1997). Paralisia cerebral – O estado da arte no diagnóstico e intervenção. *Medicina Física e de Reabilitação*, 5 (2), 15-20.
- Antunes, C. & Fontaine, A. M. (1996). Relação entre o conceito de si próprio e a percepção social na adolescência. *Cadernos Consulta Psicológica*, 12, 81-92.
- Armour Pharmaceutical Company (1992). *Comprendiendo que es hemofilia – Guia para los jovenes*.
- Arnheim, Auxter & Crowe (1984). Elaboração de um programa de educação física para deficientes visuais. Pontos fundamentais a considerar. In Leonor Moniz Pereira & Cristina Campos (Orgs.), *Educação física especial – Deficiência visual (Antologia de textos)* (pp. 1-17). Cruz Quebrada: Centro de Documentação e Informação/ISEF.
- Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral (s/d). *A criança com paralisia cerebral – guia para os pais e profissionais de saúde e educação*.
- Bairrão Ruivo, J. (Coord.), Felgueiras, I., Fontes, P., Pereira, F. & Vilhena, C. (1998). *Os alunos com necessidades educativas especiais – Subsídios para o sistema de educação*. Lisboa: Edição do Conselho Nacional de Educação.
- Batista, P. (2000). Satisfação com a imagem corporal e auto-estima. *Horizonte, Revista de Educação Física e Desporto*, XVI (90), 9-15.

* A bibliografia será apresentada segundo as normas da *American Psychological Association* (APA, 1996).

- Bénard da Costa, A. M. (1998). Currículos funcionais e educação inclusiva. *Noesis*, 48, 27-30.
- Boaventura, J. C. (Coord.) (1987). *Natação e epilepsia*. Lisboa. Edição do Ministério da Educação.
- Botelho, A. & Duarte, A. M. (1999). Relação entre a prática de actividade física e o estado de bem-estar, em estudantes e adolescentes. *Horizonte, Revista de Educação Física e Desporto*, XV (90), 5-7.
- Byrne, B. M. & Gavin, D. A. (1996). The Shavelson Model revisited: testing for the structure of academic self-concept across pre-, early, and late adolescents. *Journal of Educational Psychology*, 88 (2), 215-228.
- Chaves, J. H., Coutinho, C. P. & Dias, M. (1993). A imagem no ensino de crianças com Necessidades Educativas Especiais. *Revista Portuguesa de Educação*, 6 (3), 57-66.
- Constituição da República Portuguesa, versões de 1976/ 1982/ 1989. Porto: Porto Editora.
- Cordeiro, M. E. & Cordeiro, M. (1983). O jogo e a criança com paralisia cerebral. *Desportos Revista*, 8, 30-34.
- Correia, L. G. (1998). Hipoglicémias. *Diabetes, viver em equilíbrio*, 7, 10-11.
- Correia, L. M. (1994). Necessidades educativas especiais (Editorial). *Revista Portuguesa de Educação*, 7 (3), 1-3.
- Correia, L. M. (1999). *Alunos com necessidades educativas especiais nas classes regulares*. Porto: Colecção Ed. Especial, Porto Editora.
- Correia, M. L. (1994). Autopercepção e auto-imagem em crianças com repetência no 1º ciclo do ensino obrigatório – Contributo para uma revisão crítica do tema. *Psicologia*, IX (3), 391-402.

- Crain, R. M. (1996). The influence of age, race, and gender on child and adolescent multidimensional self-concept. In B. A. Bracken (Ed.), *Handbook of self-concept: developmental, social and clinical considerations* (pp. 395-420). New York: John Wiley & Sons.
- Cruz, J. F., Machado, P. P. & Mota, M. P. (1996). Efeitos e benefícios psicológicos do exercício e da actividade física. In José Fernando Cruz (Ed.), *Manual de psicologia do desporto* (pp. 91-116). Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda.
- Cruz, V. (1999). *Dificuldades de aprendizagem – Fundamentos*. Porto: Colecção Ed. Especial, Porto Editora.
- Declaração de Salamanca (1994) *Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais: Acesso e Qualidade* (7-10 Junho).
- Departamento de Educação Básica (1977). Normas orientadoras para a realização de apoios educativos nas escolas. *Documento de trabalho n.º 1*.
- Diário da República, Decreto-Lei n.º 174/77 de 2 de Maio.
- Diário da República, Decreto-Lei n.º 35/90 de 25 de Janeiro.
- Diário da República, Decreto-Lei n.º 319/91 de 23 de Agosto.
- Diário da República, Despacho n.º 173/ME/91 de 23 de Outubro.
- Diário da República, Lei n.º 46/86 de 14 de Outubro – Lei de Bases do Sistema Educativo.
- Diário da República, Lei n.º 9/89 de 2 de Maio.
- Dias, M. E. P. (1995). *Ver, não ver e conviver*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.

- *Dunham, J. R. & Dunham, C. S. (1978) Psychosocial aspects of disability. In R. M. Goldenson, J. R. Dunham & C. S. Dunham (Eds.), *Disability and rehabilitation handbook* (pp. 12-20). New-York: McGraw-Hill.
- Encio, C. A. (1991a). La educación especial personalizada y el niño com parálisis cerebral. In Victor Garcia Hoz (Dir.), *Educacion especial personalizada*. (pp. 384-390). Madrid: Gráficas Rógar, S.A..
- Encio, C. A. (1991b). La educación especial personalizada y el niño sordo. In Victor Garcia Hoz (Dir.), *Educacion especial personalizada* (pp. 364-367). Madrid: Gráficas Rógar, S.A..
- Faria, L. & Fontaine, A. M. (1990). A avaliação do conceito de si próprio de adolescentes: Adaptação do SDQ I de Marsh à população portuguesa. *Cadernos Consulta Psicológica*, 6, 97-105.
- Faria, L. & Fontaine, A. M. (1992). Estudo de adaptação do Self-Description Questionnaire III (SDQ III) a estudantes universitários portugueses. *Psychologica*, 8, 41-49.
- Faria, L. & Fontaine, A. M. (1995). Adaptação do Self-Perception Profile for Children (SPPC) de Harter a crianças e pré-adolescentes. *Psicologia*, X (3), 129-142.
- Felgueiras, I. (1994). Crianças com necessidades educativas: Como as educar? *Inovação*, 7 (1), 23-35.
- Fonseca, V. (1979). Taxonomia e despistagem de dificuldades de aprendizagem. *Actas do I Encontro Nacional de Educação Especial*. Lisboa: Sociedade Portuguesa para o Estudo Científico da Deficiência Mental (Org.), 168-181.
- Fonseca, V. (1982). Alguns problemas psicomotores em crianças com dificuldades de aprendizagem. *Ludens*, 7, 45-47.

- Fonseca, V. (1984). *Uma introdução às dificuldades de aprendizagem*. Lisboa: Col. Pedagogia, Editorial Notícias.
- Fonseca, V. (1989). *Educação especial – Programa de estimulação precoce*. Lisboa: Col. Pedagogia, Editorial Notícias.
- Fonseca, V. (1999). *Insucesso escolar – Abordagem psicopedagógica das dificuldades de aprendizagem*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fontaine, A. M. (1991a). Desenvolvimento do conceito de si próprio e realização escolar na adolescência. *Psychologica*, 5, 13-21.
- Fontaine, A. M. (1991b). O conceito de si próprio no ensino secundário: processo de desenvolvimento diferencial. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 7, 33-54.
- Gaspar, T. & Pereira, F. (1997). Educação especial: A esperança sempre adiada. In Pedro D'Orey Cunha (Coord.), *Educação em debate* (pp. 295-326) Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Godinho, L. A. H. (1997). Dislexia ou problema visual? *Integrar*, 12, 23-27.
- Gómez, A. G., Peña, P. R. & Moreno, M. J. C. (1999). Desarrollo y aplicación de un programa para la mejora de la autoestima en un grupo de alumnos con ceguera o deficiencias visuales graves de la provincia de Cáceres. *Integracion, Revista sobre Ceguera e Deficiencia Visual*, 30, 5-15.
- González, M. C. O. (1994). Retraso mental/necesidad educativa especial. *Revista Portuguesa de Educação*, 7 (3), 33-44.
- González, M. T. (1981). *La escuela ordinaria ante el niño com necesidades especiales*. Madrid: Santillana.
- Grande Dicionário Enciclopédico (2000a). *António Aurélio da Costa Ferreira*. Alfragide: Clube Internacional do Livro, VII, p. 2628.

- Grande Dicionário Enciclopédico (2000b). *Diabetes*. Alfragide: Clube Internacional do Livro, V, p. 2026.
- Grande Dicionário Enciclopédico (2000c). *Epilepsia*. Alfragide: Clube Internacional do Livro, VI, p. 2314-2315.
- Grande Dicionário Enciclopédico (2000d). *Hemofilia*. Alfragide: Clube Internacional do Livro, VIII, p. 3151.
- Harter, S. (1996). Historical roots of contemporary issues involving self-concept. In B. A. Bracken (Ed.), *Handbook of self-concept: developmental, social and clinical considerations* (pp. 1-37). New York: John Wiley & Sons.
- Jesus, S. N. & Martins, M. H. (2000). *Escolas inclusivas e apoios educativos*. Porto: Edições Asa, S.A.
- Jiménez, R. B. (1997a). Educação especial e reforma educativa. In R. Bautista (Coord.), *Necessidades Educativas Especiais* (pp. 9-19). Lisboa: Coleção Saber Mais, Dinalivro
- Jiménez, R. B. (1997b). Uma escola para todos: A integração escolar. In R. Bautista (Coord.), *Necessidades Educativas Especiais* (pp. 21-35). Lisboa: Coleção Saber Mais, Dinalivro.
- Jones, P. (1990). *Viver com a hemofilia*. Lisboa: Associação Portuguesa dos Hemofílicos.
- Keith, L. K. & Bracken, B. A. (1996). Self-concept instrumentation: a historical and evaluative review. In B. A. Bracken (Ed.), *Handbook of Self-Concept: Developmental, Social and Clinical Consideration*, (pp 91-170). New York: John Wiley & Sons.

- Kirk, S. A. & Gallagher, J. J. (1987). *Educação da criança excepcional*. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora, Ltda.
- Kosel, H. (1984). Importancia de los deportes para el desarrollo psicomotor de los niños ciegos. In Leonor Moniz Pereira & Cristina Campos (Orgs.), *Educação física especial – Deficiência visual (Antologia de textos)* (pp. 300-302). Cruz Quebrada: Centro de Documentação e Informação/ISEF.
- Leal, M. R. M. (1989). Auto-estima, estruturação do eu e relação com o outro – Temática da formação na escola primária. *Inovação*, 2 (2), 144-156.
- Liga Portuguesa Contra a Epilepsia (2000). *O que é a epilepsia*.
<http://www.lpcc.pt/docnca/oqucc.htm>.
- Marques, M. M. (1989). As crianças e os jovens diabéticos. *Reabilitação*, 2ª série (6), 38-39.
- Marques, M. R. L. C. (1998). *A problemática do currículo na inclusão de crianças com necessidades educativas especiais*. Ilhavo.:
<http://www.geocities.com/collegepark/lounge/2299/trabalho.doc>.
- *Marsh, H. W. (1991). *Self-description questionnaire, II: Manual and reserch monograph*. San Antonio, TX: Psychological Corp.
- Marsh, H. W. & Hattie, J. (1996). Theorical perspectives on the structure of self-concept. In B. A. Bracken (Ed.), *Handbook of self-concept: developmental, social and clinical considerations* (pp. 38-90). New York: John Wiley & Sons.
- Martins, T. O. (1999). Autoconceito dos alunos com dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento. *Psicologia, Educação e Cultura*, III (1), 73-88.

- Mendes, N. & Fonseca, V. (1982). *Escola. Escola quem és tu? Perspectivas psicomotoras do desenvolvimento humano*. Lisboa: Col. Pedagogia (3ª Ed.), Editorial Notícias.
- Ministério da Educação e do Desporto (1994). *Política de educação especial*. Brasília: Secretaria de Educação Especial.
- Monteiro, A. R. (1999). O 25 de Abril e o direito à educação. *Inovação*, 12 (1), 109-129.
- Montenegro, A. (1997). Le concept de soi chez des enfants et jeunes sourds évalué par l'échelle de Piers-Harris. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 32, 71-83.
- Moore, C. V. (1973). Hemofilia clássica. In P. B. Beeson & W. McDermott (Eds.), *Tratado de Medicina (Tomo II, pp.1595-1599)*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S. A.
- Mosher, D. F. (1997). Hemofilia B (Deficiência do factor IX). In J. C. Bennet & F. Plum (Eds.), *Tratado de Medicina Interna (I, p. 1100)*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S. A.
- Moura e Castro, J. A. B. (1994). *Estudo da influência da capacidade de resistência aeróbia na orientação e mobilidade do cego*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.
- Moura e Castro, J. A. B. (1996). O deficiente e o desporto. *Horizonte, Revista de Educação Física e Desporto*, XIII (74), 26-30.
- Nielsen, L. B. (1999). *Necessidades educativas especiais na sala de aula (um guia para professores)*. Porto: Porto Editora.
- Nunes, J. (1995). Epilepsia e actividade física. *Investigação Médico Desportiva*, 6, 19-22.

- Oliveira, A. C. T. (1987). Pessoa portadora de deficiência da visão. In Vilson Bagatini (Ed.), *Educação física para deficientes* (pp. 196-199). Porto Alegre: Sagra.
- Oliveira, J. H. B. & Oliveira, A. M. B. (1996). *Psicologia da educação escolar, I Aluno-Aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.
- ONU (1971). *Declaração dos Direitos Gerais e Particulares dos Deficientes Mentais*.
- ONU (1975). *Declaração dos Direitos do Deficiente*, Resolução 3447.
- *Osborn, W. L. & LeGette, H. R. (1982). Sex, race, grade level, and social class differences in self-concept. *Measurement and Evaluation in Guidance*, 14, 195-201.
- Peixoto, F. & Mata, L. (1993). Efeitos da idade, sexo e nível sócio-cultural no autoconceito. *Análise Psicológica*, XI (3), 401-413.
- Pereira, J. A. & Ferreira, A. G. (1999). *António Aurélio da Costa Ferreira - Um educador na Primeira República*. Lisboa: Ed. Casa Pia de Lisboa.
- Pereira, L. M. (1984). Evolução do estatuto do deficiente na sociedade. *Horizonte Revista de Educação Física e Desporto*, 1(4), 132-135.
- Pereira, L. M. (1993). *Estruturação espacial e equilíbrio – Estudo com crianças de visão nula ou residual*. Cruz Quebrada: Instituto Nacional de Investigação Científica.
- Pina, R. (1998). A criança diabética. *Diabetes, viver em equilíbrio*, 7, 7-9
- Potter, J. C. (1987). *Desporto para deficientes*. Lisboa: Edição do Ministério da Educação.
- Prat, J. J. A. S. (1998). Deportes adaptados. *Formación Continuada: Archivos de Medicina del deporte*, XV (66), 323-334.

- Prout, H. T. & Prout, S. M. (1996). Global self-concept and its relationship to stressful life conditions. In B. A. Bracken (Ed.), *Handbook of self-concept: developmental, social and clinical considerations* (pp. 259-286). New York: John Wiley & Sons.
- Ramires, P. R. (1993a). Actividade motora e diabetes. In Luzimar R. Teixeira (Coord.), *Educação física escolar adaptada: postura, asma, obesidade, e diabetes na infância e adolescência* (pp. 155-161). São Paulo: Edição da Escola de Educação Física da Universidade de São Paulo.
- Ramires, P. R. (1993b). Diabetes na infância e na adolescência. In Luzimar R. Teixeira (Coord.), *Educação física escolar adaptada: postura, asma, obesidade, e diabetes na infância e adolescência* (pp. 149-153). São Paulo: Edição da Escola de Educação Física da Universidade de São Paulo.
- Rebelo, J. A., Fonseca, A. C., Simões, A., & Ferreira, J. A. (1995). Dificuldades de aprendizagem: elementos para a caracterização do problema. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 3, 35-54.
- Rego, M. L. (1998). Satisfação com a imagem corporal, menarca e «pedido de dispensa» nas aulas de Educação Física. *Horizonte, Revista de Educação Física e Desporto*, XV (85), 25-30.
- Ribeiro, J. L. P. (1988). Efeitos psicológicos da actividade física. *Jornal de Psicologia*, 7(5), 10-14.
- Rodrigues, D. (1989). Percursos da educação especial em Portugal – Uma meta-análise qualitativa de artigos publicados em revistas não especializadas desde 1940. *Inovação*, 2 (4), 441-453.

- Rodrigues, M. (1995). *Valores e atitudes dos professores face à deficiência– Contributo para o estudo de um caso: A região Dão-Lafões*. Dissertação apresentada para provas de mestrado no ramo das Ciências da Educação, Universidade de Aveiro, Aveiro: Edição do Autor.
- Rosadas, S. C. (1986). *Educação física especial para deficientes. Fundamentos de avaliação e aplicabilidade de programas sensórios motores em deficientes*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 2ª Edição.
- Rosera, M. A., Serrahima, I. & Elías, C. L. (1992). Niños con necesidades educativas especiales. In T. L. Arribas (Coord.), *La Educación infantil (II)*, pp. 362-410). Barcelona: Col. Pedagogías Corpóreas, Paidotribo.
- Routledge, L. (1980). *El niño com deficiencias físicas – orientaciones para su tratamiento*. Barcelona: Editorial Médica y Técnica, S.A..
- Sánchez, P. A. (1996). Atención a la diversidad desde la psicomotricidad. In Antonio Soto Rosales (Ed.), *Educación física en niños con necesidades educativas especiales – Actas de las terceras jornadas de educación física en la escuela* (pp. 81-115). Huelva: Universidad de Huelva.
- Secretariado Nacional de Reabilitação (1971). *Declaração dos direitos gerais e particulares dos deficientes mentais*.
- Senos, J. (1996). Atribuição causal, auto-estima e resultados escolares. *Análise Psicológica*, XIV (1), 111-121.
- Senos, J. & Diniz, T. (1998). Auto-estima, resultados escolares e indisciplina. Estudo exploratório numa amostra de adolescentes. *Análise Psicológica*, XVI (2), 267-276.
- Shakespeare, R. (1977). *Psicologia do deficiente*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

- Sherrill, C. (1998). *Adapted physical activity, recreation and sport: crossdisciplinary and lifespan*. USA: WCB/McGraw-Hill.
- Silva, J. P. (1990). Dislexia – Disortografia e métodos reeducativos. *Ler educação*, 3, 69-72.
- Silva, M. A. (1991). *Desporto para Deficientes – Corolário de uma evolução*, Dissertação Apresentada para provas de Aptidão Pedagógica e Capacidade Científica. Porto: F.C.D.E.F. U.P..
- Simon, J. (1991). *A integração escolar das crianças deficientes*. Rio Tinto: Edições Asa.
- Sousa, L. (1997). Princípios para o atendimento de crianças com necessidades educativas especiais: Integração/Inclusão. *Integrar*, 9, 20-23
- Sprinthall, N. A. & Sprinthall, R. C. (1997). *Psicologia educacional - Uma abordagem desenvolvimentista* (Cap. 21). Alfragide: McGraw-Hill de Portugal Lda.
- *Stone, B. (1984). Ecological view of self-concept. *RASE: Remedia and special education*, 5, 43-44.
- Thomé, E. D. (1987). Deficiência auditiva. In Vilson Bagatini (Ed.), *Educação física para deficiente* (pp. 240-243). Porto Alegre: Sagra.
- Valett, R. E. (1990). *Dislexia – Uma abordagem neuropsicológica de crianças com graves desordens de leitura*. São Paulo: Editora Manole, Ltda.
- Vaz Serra, A. (1986). A importância do autoconceito. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 57-66.
- Veiga, F. H. (1988). Disciplina materna, autoconceito e rendimento escolar. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 4, 47-56.
- Veiga, F. H. (1995). *Transgressão e autoconceito dos jovens na escola*. Lisboa: Editora Fim de Século.

- Vieira, M. T. L. (1995). A integração escolar – Uma prática educativa. *Revista Educação, 10*, 16-21.
- Vispoel, W. P. (1995). Self-concept in artistic domains: an extension of the Shavelson, Hubner, and Stanton (1976) Model. *Journal of Educational Psychology, 87* (1), 134-153.
- Wall, P. D. W. D. (1979). *Educação construtiva para grupos especiais – crianças com problemas de aprendizagem*. Lisboa: Centro do Livro Brasileiro.
- Willis, J. D. & Campbell, L. F. (1992). *Exercise psychology*. Champaign, Illinois: Human Kinetics Publishers.
- * Wylie, R. C. (1979). *The self-concept: vol.2. Theory and research on selected topics* (rev. ed.). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Zafra, M. R. (1991a). La educación especial personalizada y el niño ciego. In Victor Garcia Hoz (Dir.), *Educacion especial personalizada*. (pp. 355-361). Madrid: Gráficas Rógar, S.A..
- Zafra, M. R. (1991b). La educación especial personalizada y los niños com alteraciones del carácter. In Victor Garcia Hoz (Dir.), *Educacion especial personalizada*. (pp. 391-397). Madrid: Gráficas Rógar, S.A..

* As referências com asterisco foram consultadas indirectamente.

ANEXOS

ANEXO I

SDQ I e Folha de Respostas

INSTITUTO DE CONSULTA PSICOLÓGICA, FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
UNIVERSIDADE DO PORTO

SDQ 1

Autor: Marsh, H.W.

Adaptação: Fontaine, A.M.
Faria, L.

Esta é uma oportunidade para pensares acerca de ti próprio(a).

Isto não é um teste e por isso não há boas nem más respostas e todos poderão responder de forma diferente. Faz com que as tuas respostas demonstrem o que sentes acerca de ti próprio(a). Tenta pois ser o mais sincero(a) possível. *Por favor não comentes as tuas respostas com os outros.* Só interessa a tua opinião.

Não há limite de tempo, no entanto não te demores muito em cada frase porque o que interessa é a tua primeira opinião.

Este questionário é confidencial: não mostraremos as tuas respostas a ninguém.

Nas páginas seguintes vais encontrar algumas frases.

Deves escolher a resposta para cada frase, depois de a teres lido cuidadosamente, e deves colocar uma cruz no quadrado na folha de resposta que corresponde à resposta escolhida.

Existem quatro respostas possíveis para cada frase, que são:

concordo total- mente	concordo modera- damente	discordo modera- damente	discordo total- mente
☐	☐	☐	☐

Há quatro quadrados para cada frase, um para cada uma das respostas. As respostas estão escritas por cima dos quadrados. Assinala apenas **uma** resposta para cada frase.

Antes de começares presta atenção aos exemplos que se seguem. Na folha de resposta vêes que alguém já respondeu a duas frases para te mostrar como se faz.

Exemplos:

a) Eu gosto de ler livros de banda desenhada

b) De um modo geral eu sou limpo(a) e arrumado(a)

concordo total- mente	concordo modera- damente	discordo modera- damente	discordo total- mente
a. ☐	☐	☐	☐ a
b. ☐	☐	☐	☐ b

Agora é a tua vez de responder ao exemplo que se segue, na folha de resposta para ver se percebeste.

c) Eu gosto de ver televisão

d) Eu gosto de ir à praia

Quando estiveres pronto(a) para começar, por favor, lê cada frase e decide qual é a tua resposta. Para cada resposta certifica-te de que a cruz está na mesma linha da frase a que estás a responder. Se quiseres alterar alguma resposta já dada, porque te enganaste, deves fazes um círculo à volta da resposta errada e assinalar uma nova cruz noutro quadrado, na mesma linha.

Se tiveres alguma dúvida, levanta o braço.

Vira a página, e começa por indicar o teu nome, escola e turma na folha de resposta.

SDQ1

1. Eu consigo correr depressa.
2. Eu sou bom(boa) em todas as disciplinas escolares.
3. Tenho boas notas a *Português*.
4. Os meus pais compreendem-me.
5. Eu sou bonito(a).
6. Eu não gosto nada de *Matemática*.
7. Tenho muitos amigos.
8. Eu gosto do meu aspecto físico.
9. Eu gosto de fazer os trabalhos de todas as disciplinas escolares.
10. Eu gosto de correr e jogar.
11. Eu gosto da disciplina de *Português*.
12. Os meus pais habitualmente ficam tristes e desiludidos com o que eu faço.
13. Os exercícios e trabalhos de *Matemática* são fáceis para mim.
14. Eu faço amigos com facilidade.
15. Tenho uma cara simpática.
16. Tenho boas notas em todas as disciplinas escolares.
17. Não gosto de desportos e jogos em que faço muito exercício físico.
18. Eu sou bom(boa) a *Português*.
19. Eu gosto dos meus pais.
20. Tenho muita vontade de ter aulas de *Matemática*.
21. A maior parte das pessoas da minha idade tem mais amigos do que eu.
22. Eu sou uma pessoa com aspecto físico agradável.
23. Não gosto de nenhuma disciplina escolar.
24. Eu gosto de desportos e jogos em que faço muito exercício físico.
25. Interesso-me pela disciplina de *Português*.
26. Os meus pais gostam de mim.
27. Tenho boas notas a *Matemática*.
28. Eu dou-me bem com os meus colegas.
29. Eu faço muitas coisas que considero importantes.
30. Eu sou feio(a).
31. Aprendo depressa em todas as disciplinas escolares.
32. Tenho bons músculos.
33. Sou mau(má) aluno(a) a *Português*.
34. Se eu tiver filhos quero educá-los como os meus pais me educaram.
35. Interesso-me pela disciplina de *Matemática*.
36. Os outros gostam de mim facilmente

37. De um modo geral não sou bom (boa) em nada do que faço.
38. Os outros colegas acham-me bonito(a).
39. Interesse-me por todas as disciplinas escolares.
40. Eu sou bom (boa) no desporto.
41. Eu gosto de fazer os trabalhos de *Português*.
42. Eu e os meus pais passamos muito tempo juntos.
43. Aprendo depressa em *Matemática*.
44. Os outros gostam de me ter como amigo(a).
45. Em geral gosto de ser como sou.
46. Tenho um corpo bonito.
47. Sou mau em todas as disciplinas escolares.
48. Eu consigo correr durante muito tempo sem parar.
49. Os trabalhos de *Português* são fáceis para mim.
50. É fácil conversar com os meus pais.
51. Eu gosto de *Matemática*.
52. Tenho mais amigos do que a maioria dos meus colegas.
53. De um modo geral tenho muitas coisas que me fazem sentir satisfeito(a) comigo próprio(a).
54. Sou mais bonito(a) que a maioria dos meus colegas.
55. Tenho muita vontade de ter aulas em todas as disciplinas escolares.
56. De um modo geral sou um(a) bom(boa) atleta.

57. Tenho muita vontade de ter aulas de *Português*.
58. Dou-me bem com os meus pais.
59. Eu sou bom(boa) em *Matemática*.
60. Sou bastante conhecido(a) e apreciado(a) entre os colegas da minha idade.
61. Não consigo fazer nada bem feito.
62. Tenho aspectos físicos bonitos, como: olhos, nariz, cabelos.
63. Os trabalhos em todas as disciplinas escolares são fáceis para mim.
64. Eu sou bom(boa) a jogar à bola.
65. Não gosto nada de *Português*.
66. Eu e os meus pais divertimo-nos muito quando estamos juntos.
67. Eu consigo fazer as coisas tão bem como as outras pessoas.
68. Eu gosto de fazer exercícios e trabalhos de *Matemática*.
69. A maior parte dos meus colegas gosta de mim.
70. Os outros acham que eu sou boa pessoa.
71. Eu gosto de todas as disciplinas escolares.
72. De um modo geral sou bom(boa) naquilo que gosto de fazer.
73. Aprendo *Português* facilmente.
74. Sou mau(má) aluno(a) a *Matemática*.
75. Sou tão bom como a maioria das pessoas.
76. Quando faço qualquer coisa, faço-a bem feita.

INSTITUTO DE CONSULTA PSICOLÓGICA, FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
UNIVERSIDADE DO PORTO

Escola: Turma: N.º

SDQ₁

concordo total- mente	concordo modera- damente	discordo modera- damente	discordo total- mente		concordo total- mente	concordo modera- damente	discordo modera- damente	discordo total- mente	
a. ☐	☐	☐	☐	a	c. ☐	☐	☐	☐	c
b. ☐	☐	☐	☐	b	d. ☐	☐	☐	☐	d
1. ☐	☐	☐	☐	1	19. ☐	☐	☐	☐	19
2. ☐	☐	☐	☐	2	20. ☐	☐	☐	☐	20
3. ☐	☐	☐	☐	3	21. ☐	☐	☐	☐	21
4. ☐	☐	☐	☐	4	22. ☐	☐	☐	☐	22
5. ☐	☐	☐	☐	5	23. ☐	☐	☐	☐	23
6. ☐	☐	☐	☐	6	24. ☐	☐	☐	☐	24
7. ☐	☐	☐	☐	7	25. ☐	☐	☐	☐	25
8. ☐	☐	☐	☐	8	26. ☐	☐	☐	☐	26
9. ☐	☐	☐	☐	9	27. ☐	☐	☐	☐	27
10. ☐	☐	☐	☐	10	28. ☐	☐	☐	☐	28
11. ☐	☐	☐	☐	11	29. ☐	☐	☐	☐	29
12. ☐	☐	☐	☐	12	30. ☐	☐	☐	☐	30
13. ☐	☐	☐	☐	13	31. ☐	☐	☐	☐	31
14. ☐	☐	☐	☐	14	32. ☐	☐	☐	☐	32
15. ☐	☐	☐	☐	15	33. ☐	☐	☐	☐	33
16. ☐	☐	☐	☐	16	34. ☐	☐	☐	☐	34
17. ☐	☐	☐	☐	17	35. ☐	☐	☐	☐	35
18. ☐	☐	☐	☐	18	36. ☐	☐	☐	☐	36
concordo total- mente	concordo modera- damente	discordo modera- damente	discordo total- mente		concordo total- mente	concordo modera- damente	discordo modera- damente	discordo total- mente	

INSTITUTO DE CONSULTA PSICOLÓGICA, FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
UNIVERSIDADE DO PORTO

Escola: Turma: N.º.....

SDQ1

concordo total- mente	concordo modera- damente	discordo modera- damente	discordo total- mente		concordo total- mente	concordo modera- damente	discordo modera- damente	discordo total- mente	
37.	☐	☐	☐	37	57.	☐	☐	☐	57
38.	☐	☐	☐	38	58.	☐	☐	☐	58
39.	☐	☐	☐	39	59.	☐	☐	☐	59
40.	☐	☐	☐	40	60.	☐	☐	☐	60
41.	☐	☐	☐	41	61.	☐	☐	☐	61
42.	☐	☐	☐	42	62.	☐	☐	☐	62
43.	☐	☐	☐	43	63.	☐	☐	☐	63
44.	☐	☐	☐	44	64.	☐	☐	☐	64
45.	☐	☐	☐	45	65.	☐	☐	☐	65
46.	☐	☐	☐	46	66.	☐	☐	☐	66
47.	☐	☐	☐	47	67.	☐	☐	☐	67
48.	☐	☐	☐	48	68.	☐	☐	☐	68
49.	☐	☐	☐	49	69.	☐	☐	☐	69
50.	☐	☐	☐	50	70.	☐	☐	☐	70
51.	☐	☐	☐	51	71.	☐	☐	☐	71
52.	☐	☐	☐	52	72.	☐	☐	☐	72
53.	☐	☐	☐	53	73.	☐	☐	☐	73
54.	☐	☐	☐	54	74.	☐	☐	☐	74
55.	☐	☐	☐	55	75.	☐	☐	☐	75
56.	☐	☐	☐	56	76.	☐	☐	☐	76
concordo total- mente	concordo modera- damente	discordo modera- damente	discordo total- mente		concordo total- mente	concordo modera- damente	discordo modera- damente	discordo total- mente	

ANEXO II

Questionário Sóciodemográfico

Universidade do Porto

Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física

O objectivo deste questionário é conhecer o teu percurso escolar até ao momento.

Assim, lê com atenção as perguntas que se seguem e responde preenchendo os espaços em branco ou colocando uma cruz (X) no quadrado (☐) que corresponde à tua resposta. Se tiveres dúvidas levanta o braço.

1- Dados Biográficos

Escola: _____

Ano de Escolaridade: _____

Turma: _____

N.º: _____

Idade: _____

Sexo: Feminino ☐

Masculino ☐

2- Dados Escolares

É a primeira vez que frequentas este ano de escolaridade?

Sim ☐

Não ☐

Já alguma vez reprovaste?

Sim ☐

Não ☐

Se respondeste sim, diz quantas vezes reprovaste: _____

Em que ano(s)? _____

Eu sou bom (boa) aluno (a).

Concordo ☐
totalmente

Concordo ☐
moderadamente

Discordo ☐
moderadamente

Discordo ☐
totalmente

3- Actividade Desportiva

Depois de terminares as aulas, praticas algum desporto?

Sim ☐

Não ☐

Se respondeste sim, que desporto praticas? _____

Em que local o praticas? _____

Quantas vezes por semana? _____

Quantas horas por dia? _____

4 – Dados Familiares

Qual é a profissão da tua mãe? _____

Qual é a profissão do teu pai? _____

Até que ano estudou a tua mãe? _____

Até que ano estudou o teu pai? _____

Muito obrigada
pela tua colaboração

ANEXO III

Grelha de Classificação do Estatuto

Sócio-Económico

AVALIAÇÃO DO ESTATUTO SÓCIO-ECONÓMICO

OCUPAÇÃO

1- ALTO

- Alta Administração do Estado (Chefia ministerial, deputados, juízes e magistrados, directores gerais, etc.);
- Direcção e pessoal superior dos quadros da administração pública (Directores, inspectores e chefes de serviço do Estado, dos corpos administrativo e de coordenação económica);
- Direcção Administrativa de Empresas Privadas (Administradores, directores, inspectores gerais, gerentes e chefes de serviço, etc.);
- Direcção Técnica de Empresas Privadas (Técnicos diplomados responsáveis, engenheiros, economistas, consultores jurídicos, agentes técnicos, preparadores de serviço. etc.);
- Entidade exercendo uma profissão liberal, técnica e equiparados (Catedráticos, doutores, licenciados com alta posição, advogados com cartório, médicos com clinica própria, architectos com estúdio próprio, etc.);
- Proprietários de grandes explorações agrícolas. Industriais com empresas de grande dimensão;
- Directores e grandes artistas de Arte (Teatro, cinema, bailado, música, etc.) Escritores e Poetas de renome nacional comprovado;
- Escultores e Decoradores de reconhecida categoria;
- Pintores de arte, oficialmente galardoado;
- Altas personalidades ou Clero secular católico
- Diplomatas e cônsules do Corpo Diplomático acreditado em Portugal

2 – MÉDIO-ALTO

- Licenciados com posição média (Assistentes universitários, professores do ensino secundário, químicos contratados, engenheiros agrónomos e silvicultores, médicos veterinários, notários, etc.);
- Pessoal dos quadros da administração Pública de média categoria (Chefes de repartição, chefes de secção, funcionalismo público de carteira com posição destacada, etc.);
- Pessoal de quadros administrativos e técnicos de Empresas Privadas sem funções directivas mas com posições destacadas em Bancos , Seguros, Comércio e Industria (Contabilista, chefe de escritório, oficiais administrativos, tesoureiros, etc.);
- Jornalistas, intérpretes e guias acreditados pelas entidades oficiais;
- Técnicos de teatro, cinema, rádio e televisão. Artistas de 2º plano;
- Religiosos regulares católicos;
- Professores de instrução primária;
- Profissões de carácter intelectual;
- Pessoal superior das equipagens de barcos e aeronaves (Comandantes, pilotos, comissários de bordo, hospedeiras, etc.);
- Modelos e manequins de alta costura.

3 – MÉDIO

- Proprietários de pequenas indústrias;
- Proprietários de explorações agrícolas de pequena e média dimensão;
- Proprietários de indústrias domésticas. Proprietários de pensões e restaurantes;
- Comerciantes e vendedores da pequena indústria;
- Proprietários de institutos de beleza ou cabeleireiros, de alfaiatarias, etc.;
- Empregados de escritório. Empregados de comércio e indústria,
- Angariadores e agentes comerciais. Caixeiros viajantes e compradores por conta de outrem;
- Capatazes e contramestres, verificadores e controladores de trabalho;
- Proprietários ou agricultores que trabalham eles próprios as suas terras;
- Regentes agrícolas;
- Capitães e mestres de embarcação. Radiotelegrafistas, etc.;
- Procuradores e solicitadores;
- Despachantes de mercadoria;
- Empreiteiros de obras e serviços.

4 – MÉDIO-BAIXO

- Operários e trabalhadores qualificados, especializados (pintores, mecânicos, torneiros, maquinistas, cinzeladores, compositores de vidro, compositores tipográficos, afinadores de instrumentos musicais, litografo, metalúrgicos, ourives de ouro e prata, relojoeiros, tecelões, marceneiros, corticeiros, entalhadores, esmaltadores, electricistas, etc.);
- Operários e trabalhadores qualificados semi-especializados (motoristas, empregados de café, barbeiros, pescadores, caçadores, silvicultores, mineiros, operários de pedreiras e equiparados, etc.);
- Agentes de cais, carteiros e boletineiros;
- Comerciantes de ínfima categoria (quiosques, vendas, etc.);
- Damas de companhia, preceptores e governantes;
- Sacristães, sineiros e ajudantes de culto;
- Feitores e administradores agrícolas;
- Criadores e tratadores de gado.

5 – BAIXO

- Trabalhadores não especializados (Jornaleiros, ceifeiros, varredores, serventes, ajudantes de motorista, etc.);
- Serviços domésticos;
- Contínuos, paquetes, guardas noturnos, porteiros;
- Caixeiros de praça, caixeiros de balcão de baixa categoria;
- Magarefes, costureiras e aprendizas;
- Vendedores ambulantes, engraxadores.

INSTRUÇÃO

- 1 – Alto – Universitária, Escolas Superiores, etc.
- 2 – Médio-Alto – Bacharelato, Curso Secundário (12º ano) ou equiparado;
- 3 – Médio – Escolas Profissionais, Frequência do 9º - 11º ano de escolaridade;
- 4 – Médio-Baixo – Frequência do 2º e 3º Ciclo (5º - 8º ano);
- 5 – Baixo – Instrução Primária (completa ou incompleta).

Adaptado de NORMA, S.A.R.L.

ANEXO IV

Cartas aos Presidentes/Directores das
Escolas

Exmo (a) Sr. (a) Presidente

Da Comissão Instaladora

Maria Helena Almeida Figueiredo, natural de Viseu, licenciada em Educação Física e mestranda em Ciências do Desporto na área de especialização de Actividade Física Adaptada, na Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto, pretende desenvolver um estudo no âmbito do ensino especial, cujo objectivo geral é: analisar a relação entre o autoconceito e o sucesso escolar em alunos com necessidades educativas especiais e comparar os resultados com a relação entre as referidas variáveis nos pares ditos “normais”, em função da idade, do sexo, do ano de escolaridade e do nível sócio-económico.

A amostra deste estudo será assim constituída por alunos de ambos os sexos, abrangidos pelo Decreto-Lei n.º 319/91 de 23 de Agosto, com currículo adaptado ou próprio, bem como por grupos de alunos ditos “normais” pertencentes às mesmas turmas anteriores, das escolas do Segundo Ciclo do Ensino Básico do Centro da Área Educativa de Viseu.

A obtenção de dados para este estudo será feita através de um questionário de avaliação do autoconceito e de um outro relativo ao nível sociodemográfico, ambos anónimos e confidenciais, que serão administrados durante um tempo lectivo a todos os alunos pertencentes à amostra, durante o segundo período do ano lectivo de 1999/2000.

Assim, solicito a V. Ex.^a permissão para administrar nesta escola os referidos questionários aos alunos que satisfaçam as condições da amostra, sugerindo a realização de um contacto prévio com os directores de turma das turmas envolvidas no estudo, para assim poder planear e calendarizar as administrações de forma a não perturbar o normal funcionamento da escola.

Expresso antecipadamente os meus sinceros agradecimentos e despeço-me com os melhores cumprimentos.

Viseu, 20 de Março de 2000

A responsável pelo estudo

Dr.^a Maria Helena Almeida Figueiredo

ANEXO V

Ficha de Observação das Administrações

FICHA DE OBSERVAÇÃO

Escola: _____

Ano: _____ Turma: _____ N.º Alunos: _____

Tempo útil de resposta ao Questionário Sociodemográfico: _____

Tempo útil de resposta ao SDQ I : _____

Tempo Total: _____

Dúvidas manifestadas pelos alunos:

Expressões faciais dos alunos:

Expressões verbais dos alunos: