UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Representações e imagens do envelhecimento em indivíduos portadores de Deficiência Mental

Andreia Filipa Gonçalves Simões

Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre na especialidade de
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º Ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutora Rosa Marina Brás Martins Afonso

Covilhã, Junho de 2011

RESUMO

Temo-nos deparado com o envelhecimento da população de sujeitos portadores de Deficiência Mental, acima de tudo devido à melhoria nos sistemas de saúde. Falar em envelhecimento nesta população específica, parece ser ainda um tabu na nossa sociedade, contudo é um tema que precisa de relevância. Neste sentido, este estudo tem como objectivo conhecer as representações e imagens que a população tem acerca do envelhecimento em sujeitos portadores de Deficiência Mental.

Para tal, foi construído um questionário que pretende caracterizar a opinião de 120 sujeitos da população geral. Os resultados obtidos no presente estudo, remetem para uma falta de reflexão acerca do tema em questão, assim como a presença de estereótipos associados a esta população específica. As ocorrências mais frequentemente observadas remetem para uma exclusão do sujeito com Deficiência Mental em processo de envelhecimento, associado a altos níveis de dependência e limitações que actualmente não se verificam. Discutiremos os dados apontando algumas direcções para a inclusão destes sujeitos tendo em vista a promoção da qualidade de vida e uma vivência saudável do processo de envelhecimento.

Palavras-chave: Representações sociais, Envelhecimento, Deficiência Mental.

ABSTRACT

We have been faced with an aging population of subjects with mental retardation, above all due to improvements in health systems. Speaking in the aging of this specific population, still seems to be a taboo in our society, yet it is an issue that needs relevance. So, this study aims to understand the ideas and images that people have about aging in individuals with mental retardation.

To this end, a questionnaire was constructed to characterize the views of 120 subjects from the general population. The results obtained in this study refer to a lack of reflection on the topic, as well as the presence of stereotypes associated with this specific population. The events most frequently observed refer to an exclusion of subjects with mental retardation in the process of aging, associated with high levels of dependency and limitations that are not currently existent. We will discuss the data pointing out some directions to the inclusion of these subjects with a view to promoting quality of life and living a healthy aging process.

Keywords: Social representations, Aging, Mental Retardation.

Agradecimentos

Agradeço à Professora Doutora Rosa Marina Afonso, sem a qual não seria possível a realização deste trabalho, especialmente por toda a paciência e disponibilidade que despendeu ao longo de todo o processo.

Agradeço à minha mãe e ao meu pai por todo o incentivo, apoio, empenho e motivação, nos momentos bons e acima de tudo nos momentos menos bons.

Um agradecimento muito especial a ti João que estiveste sempre presente e que tanto me ajudas-te ao longo desta etapa da minha vida.

Agradeço à minha família e amigos que estiveram sempre presentes.

A todos um muito obrigada!

"Quem és tu?...

Nós os 'normais o que sabemos de ti?

Nós temos razão

o pensamento, os preconceitos,

os conceitos, a sabedoria…

E tu, quem és?'"

Júlio Roberto (1995)

REPRESENTAÇÕES E IMAGENS DO ENVELHECIMENTO EM INDIVÍDUOS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA MENTAL

O envelhecimento da população é um fenómeno mundial que ocorre na população em geral e em populações mais específicas como é o caso dos portadores de Deficiência Mental (Marques & Nahas, 2003). De acordo com dados epidemiológicos, verifica-se cada vez mais um crescimento da população idosa, devido a uma diminuição na taxa de mortalidade e ao declínio da natalidade, o que, afecta directamente a estrutura etária de uma população (Freitas *et al.,* 2002).

Os sujeitos portadores de Deficiência Mental têm acompanhado as tendências do envelhecimento da população, apresentando, um aumento significativo da sua esperança média de vida e este facto revelou-se um dos maiores sucessos no que toca ao desenvolvimento da saúde pública na segunda metade do século XX (Marques & Nahas, 2003). Tendo em conta esta evolução, a esperança média de vida estimada para os 25 anos de idade, há algumas décadas atrás, actualmente alcança os 66 anos de idade, podendo, contudo, chegar os 77 anos de idade ou mais (Fisher & Kettl, 2005).

No entanto o envelhecimento de portadores de Deficiência Mental, comparativamente à população considerada normal, assume aspectos comuns assim como algumas especificidades. No que remete para os aspectos comuns do envelhecimento, DiGiovanni (1978) faz referência a estudos que sugerem que o processo de envelhecimento em sujeitos com Deficiência Mental é muito semelhante aos sujeitos que não são portadores deste tipo de deficiência (Digiovanni, 1978). De facto, as características associadas a um envelhecimento considerado "normal" são também evidentes nestes sujeitos, sendo elas: degradação física, deterioração ou deficiência mental, redução da capacidade intelectual, sensação de perda pessoal e rejeição familiar, excesso de tempo livre desprovido de actividades de lazer e dependência física e psicológica (Cotten *et al.,* 1981).

Assim, o processo de envelhecimento desta população manifesta-se por diminuições e disfunções progressivas que se encontram associadas a este processo, ou seja, surgem alterações na aparência, problemas visuais, problemas ósseos, entre outras, sendo estas alterações visíveis em sujeitos que não são portadores de Deficiência Mental (Fisher & kettl, 2005). Nesta linha de ideias, a esperança média de vida será semelhante à da população geral assim como os problemas que surgem nesta etapa da vida. Apesar de apresentarem uma esperança média de vida e um processo de envelhecimento semelhante (Breintenbach, 1999: 24-25 *cit in* Bento, 2008), os sujeitos portadores de Deficiência Mental, pelo simples facto de apresentarem uma deficiência intelectual, pode levar a um comprometimento do reconhecimento desta fase da vida e como consequência pode culminar no comprometimento de uma vivência saudável do processo de envelhecimento (Breintenbach, 1999: 24-25 *cit in* Bento, 2008).

Por sua vez, o envelhecimento individual, reflecte as condições de vida destes sujeitos, que estão dependentes da etiologia da deficiência e da forma como é vivido todo o processo de desenvolvimento pessoal e social. Este envelhecimento é também característico de todos os sujeitos, sendo eles portadores ou não de Deficiência Mental. Contudo, nestes indivíduos alcança outra dimensão, uma vez que ao longo da sua vida podem ter tido atitudes que, a longo prazo, os levará a um envelhecimento individual mais acentuado, especialmente devido ao uso de medicamentos específicos. Já o envelhecimento patológico se relaciona com as patologias associadas à idade e que afectam particularmente esta população (Breintenbach, 1999, p.24-25 *cit in* Bento, 2008).

Os indivíduos portadores de Deficiência Mental sofrem uma aceleração do processo fisiológico de envelhecimento, o que irá culminar num aumento de pessoas envelhecidas numa idade precoce (Moreira *et al.*, 2000). Este envelhecimento prematuro justifica que se tenha estabelecido o seu início por volta dos 45 anos de idade, idade a partir da qual, uma vez que se produz uma repercussão importante na qualidade de vida do sujeito com Deficiência Mental, se incrementa a taxa de mortalidade nesta população (Díaz & Rodríguez, 2004).

Assim, as diferenças do envelhecimento entre os sujeitos portadores e não portadores de Deficiência Mental, explicam-se mais, pelo atraso que têm sofrido durante toda a sua vida assim como pelo isolamento social a que estão sujeitos (Almeida, 2006), do que pela idade, já que cada pessoa vive o seu envelhecimento e, portanto, a variabilidade deste é constante em todos os indivíduos, diferindo sobretudo na origem e no tipo de atraso mental. Habitualmente, as pessoas portadoras de Deficiência Mental apresentam características semelhantes aos sujeitos com mais de 65 anos de idade. Deste modo, os ajustes às mudanças biológicas e às necessidades de serviços são semelhantes às das pessoas de idades mais avançadas (Díaz & Rodriguez, 2004).

O século XXI trouxe consigo ideais de aceitação e de igualdade para com a vida de pessoas portadoras de Deficiência Mental. O que se encontra estabelecido, tanto por governos como por instituições responsáveis, é que estes sujeitos sejam incluídos na sociedade, tenham direitos, independência e poder de escolha (Department of Health, 2001 *cit in* Wilkinson & McGrill, 2009). Os governos reconhecem a importância da criação de atitudes positivas face a estes sujeitos para que haja uma integração na sociedade com sucesso (Department of Health and Social Security, 1985 *cit in* Wilkinson & McGrill, 2009). Mas, apesar destes ideais estabelecidos e dos direitos alcançados para esta população, a descriminação, a exclusão e os tabus ainda estão presentes na nossa sociedade e os sujeitos portadores de Deficiência Mental são encarados como sujeitos diferentes e incapazes de alcançar resultados, levando a que as expectativas em relação a estes indivíduos decresçam de forma acentuada (Wilkinson & McGrill, 2009).

Por outro lado, sabemos que o processo de envelhecimento é influenciado pelas representações sociais, e, como refere Omote (1993a, p.3), existe uma clara diferença no comportamento ou no organismo da pessoa caracterizada como deficiente, contudo, a

diferença pode ser tanto a causa como a consequência desse processo de identificação, reconhecimento e da forma como é tratada a pessoa com deficiência (Piccolo, Moscardini & Costa, 2010). Neste sentido, a diferença que é revelada só adquire um sentido de deficiência pelo facto de a sociedade valorizar acima de tudo a qualidade que se encontra prejudicada no sujeito, pois nenhuma diferença é vantajosa ou desvantajosa por si só, mas, apenas dentro de um contexto elaborado pela própria estruturação sociocultural onde estamos integrados (Piccolo, Moscardini & Costa, 2010). Neste sentido, sujeitos portadores de Deficiência Mental em processo de envelhecimento, encontram-se com um outro problema acrescido, pois a sociedade encara-os como deficientes mentais, mas também como sujeitos de idade avançada, sendo, actualmente, estes dois factores ainda encarados de forma negativa por grande parte da nossa sociedade (Schalock & Siperstein, 1997).

Assim sendo, a pessoa com deficiência, por ser diferente dos restantes sujeitos, depara-se com dificuldades de participação na vida social e estigmas comunitários, não só por se deparar com os preconceitos, isolamento e com a diminuição das relações sociais e familiares, mas também pela carência de políticas públicas que lhes facilitem a realização das necessidades básicas a que todos os cidadãos têm direito (Almeida, 2006). Neste sentido, a falta de acesso irá dificultar a sua participação na sociedade e consequentemente irá limitar as possibilidades de uma maior convivência e integração social (Almeida, 2006), assim como a vivência de um envelhecimento saudável.

Em suma, uma vez que a integração e envolvimento social é importante para uma vivência saudável do processo de envelhecimento, especialmente nesta população, pois, verifica-se ainda uma tendência da sociedade para não falar acerca desta questão e encará-la como um problema dos outros, pensando nele somente quando tem um contacto directo com sujeitos com deficiência (Tomasini, 1996), torna-se fundamental conhecer as representações e imagens do envelhecimento em sujeitos portadores de Deficiência Mental.

OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO

O principal objectivo deste estudo é conhecer as representações e imagens do envelhecimento em relação a indivíduos portadores de Deficiência Mental. Por sua vez, os objectivos específicos desta investigação são: (1) explorar as representações sociais e imagens em relação ao envelhecimento no geral; (2) explorar as representações sociais em relação ao envelhecimento em sujeitos portadores de Deficiência Mental; (3) analisar as diferenças no processo de envelhecimento entre sujeitos com e sem Deficiência Mental e; (4) fazer um levantamento das necessidades percebidas pela população "normal" para com sujeitos portadores de Deficiência Mental em processo de envelhecimento. Pretende ainda analisar qual a esperança média de vida estimada para sujeitos portadores de Deficiência Mental e averiguar se são atribuídas diferenças entre o envelhecimento na população portadora e não portadora de Deficiência Mental.

ESTUDO EMPÍRICO

PARTICIPANTES

A amostra deste estudo é composta por 120 sujeitos, com idades compreendidas entre os 16 e os 76 anos de idade, sendo a Média 38,59 anos (DP = 15,67), a Mediana 36 e a Moda 23 anos de idade.

Os respondentes são do sexo feminino (58,33%) e do sexo masculino (41,67%). No que se refere às habilitações literárias dos sujeitos inquiridos, situam-se entre o 1º Ciclo do Ensino Básico (2,5%) e o Doutoramento (0%).

Dos 120 sujeitos inquiridos 24 (20%) residem em meio rural e 96 (80%) residem em meio urbano. No que remete para o agregado familiar 34 (28,3%) sujeitos têm pessoas com idades superiores a 65 anos de idade e 85 (70,8%) não tem pessoas com idades superiores a 65 anos incluídas no seu agregado familiar. Um inquirido não respondeu (0,8%). Por sua vez, 2 (1,7%) têm sujeitos com Deficiência Mental no seu agregado familiar e 117 (97,5%) não têm sujeitos portadores de Deficiência Mental no seu agregado familiar. Novamente, um dos sujeitos inquiridos não respondeu (0,8%).

A Tabela I resume as características sóciodemográficas da amostra.

Tabela I - Características sócio-demográficas da amostra (n=120)

Sexo	
Feminino	70 (58,33%)
Masculino	50 (41,67%)
Idade	
15-20	9 (7,5%)
21-35	49 (40,8%)
36-45	24 (20%)
46-60	23 (19,2%)
61-76	14 (11,7%)
Não responde	1 (0,8%)
Habilitações Literárias	
Menos de 4 anos de escolaridade	3 (2,5%)
1º Ciclo	7 (5,8%)
3º Ciclo	16 (13,3%)
12º ano	45 (37,5%)
Licenciatura/Bacharelato	38 (31,7%)
Mestrado	5 (4,2%)
Doutoramento	0 (0%)
Outros	6 (5%)
Residência	
Meio Rural	24 (20%)

Meio Urbano	96 (80%)
Pessoas com mais de 65 anos no agregado familiar	
Sim	34 (28,3%)
Não	85 (70,8%)
Não responde	1 (0,8%)
Pessoas portadoras de Deficiência Mental no agregado familiar	
Sim	2 (1,7%)
Não	117 (97,5%)
Não responde	1 (0,8%)

INSTRUMENTOS

De modo a proceder à recolha de dados, como instrumento, recorreu-se a um questionário de associação (Anexo II), construído no âmbito desta investigação. A opção pelo questionário surgiu devido à necessidade de recolher informação relacionada com a opinião de um número considerável de sujeitos, num espaço de tempo relativamente curto. Como é efectuada uma pesquisa no âmbito das representações sociais, as questões foram formuladas de modo a serem dadas respostas abertas, para promoverem respostas não condicionadas e possibilitar a liberdade de expressão dos sujeitos, sendo possível alcançar dados mais representativos e credíveis da opinião dos sujeitos inquiridos.

A construção do questionário fundamentou-se na revisão teórica assim como no problema e objectivos da investigação. Neste sentido, as questões foram cuidadosamente elaboradas, com uma linguagem simples e acessível, com a finalidade de promover um claro entendimento do seu conteúdo.

O questionário encontra-se estruturado em três partes distintas. Na primeira parte é feita a identificação do estudo, sendo garantidas todas as condições de confidencialidade e anonimato dos intervenientes. Nesta parte é ainda explicada a orientação do preenchimento. Na segunda parte encontra-se o questionário sócio-demográfico. Na terceira e última parte do questionário estão presentes três questões de resposta aberta e 3 questões de resposta fechada, de modo a conhecer a opinião dos respondentes acerca do envelhecimento em sujeitos com Deficiência Mental.

TIPO DE ESTUDO

Com o objectivo de alcançar respostas para o estudo em questão, a opção metodológica mais adequada foi a análise qualitativa. A pesquisa qualitativa recobre, hoje, um campo transdisciplinar, que envolve as ciências humanas e sociais, assumindo tradições ou multiparadigmas de análise, derivadas do positivismo, da fenomenologia, da hermenêutica, do marxismo, da teoria crítica e do construtivismo, e adoptando diversos métodos de investigação para o estudo de um fenómeno situado no local em que ocorre, tendo como finalidade, encontrar o sentido do fenómeno e interpretar os significados que as pessoas lhes atribuem (Chizzotti, 2003).

O termo qualitativo implica uma partilha com pessoas, factos e locais que são constituintes do objecto de pesquisa, de modo a extrair significados visíveis e latentes que só são perceptíveis através de uma atenção especial e, após um processo, o autor interpreta e traduz num texto, atentamente escrito, com perspicácia e competência científica, os significados visíveis ou ocultos do objecto de pesquisa (Chizzotti, 2003).

PROCEDIMENTO

Depois de efectuada a revisão da literatura existente acerca do tema em investigação e da construção do auto-questionário, foi feita uma aplicação do mesmo a 10 sujeitos, de modo a averiguar se este estava perceptível e construído de forma clara e objectiva. Inicialmente foram detectadas algumas dificuldades na percepção do mesmo, pelo que foi feita uma alteração nas questões efectuadas. Posteriormente, foram fornecidos novamente questionários a 5 sujeitos para que respondessem, não tendo sido detectadas dificuldades do ponto de vista da compreensão nem do preenchimento. Devido à sua participação nesta fase da investigação, os participantes foram excluídos da amostra.

Seguidamente, o questionário foi aplicado a sujeitos disponíveis, sem nenhuma condição de participação, ou seja, a amostra é aleatória, por conveniência. Alguns dos questionários foram aplicados, directamente, pelo investigador e os restantes por colaboradores que se disponibilizaram para o efeito.

No decorrer da aplicação dos questionários não foram dadas instruções específicas aos inquiridos, apenas foi explicada a finalidade do mesmo, garantida a confidencialidade e anonimato dos sujeitos e foi pedido para que preenchessem o questionário.

TRATAMENTO DE DADOS

Depois da aplicação dos questionários e da sua recolha, procedeu-se à análise de dados dos mesmos. A análise efectuada ao longo do processo foi qualitativa, que consiste num processo de investigação, interpretação, redução e ordenação dos dados recolhidos com o objectivo de descrever, compreender e explicar um determinado fenómeno (Minayo & Sanches, 1993).

Para proceder ao tratamento dos dados recolhidos, foi necessária uma leitura global de todos os inquéritos para se poderem identificar temas ou unidades de sentido nas respostas dos sujeitos. Posteriormente as frases, ou extractos de frases encontradas, foram transcritas e submetidas a uma análise de conteúdos.

A Análise de Conteúdo define-se como "*um conjunto de técnicas de análise das comunicações*" que aposta no rigor do método como forma de não se perder na heterogeneidade do seu objecto (Rocha & Deusdará, 2005). O seu objectivo primordial como técnica de apropriação de sentidos, refere-se ao reconhecimento de regularidades, que procuram identificar a variedade de temas presentes nas respostas dos sujeitos, ao mesmo tempo que averigua a frequência de temas dentro de um conjunto (Rocha e Deusdará, 2005).

Depois da análise das frases ou principais ideias transcritas a partir dos questionários, foram encontradas as frequências temáticas e foi realizada a categorização (Anexo III, IV e V) de modo a alcançar as opiniões mais significativas na amostra.

Ficou acordado que passariam a "outros" categorias com frequência igual ou inferior a 2.

RESULTADOS

Os resultados seguidamente apresentados foram organizados através das questões apresentadas no questionário de associação livre, construído no âmbito da investigação proposta, de acordo com os dados objectivos que foram definidos para o estudo.

No que se refere à questão **"*Pensa no envelhecimento*"**, dos 120 sujeitos apenas 1 (0,8%) não respondeu à questão e dos que reponderam, 45 (37,5%) referiram pensar ocasionalmente, 31 (26,1%) referiram pensar muitas vezes, 27 (22,5%) referiram pensar poucas vezes, 9 (7,5%) referiram pensar sempre, e 7 (5,8%) referiram nunca pensar na questão. Esta distribuição está contemplada na Figura I.

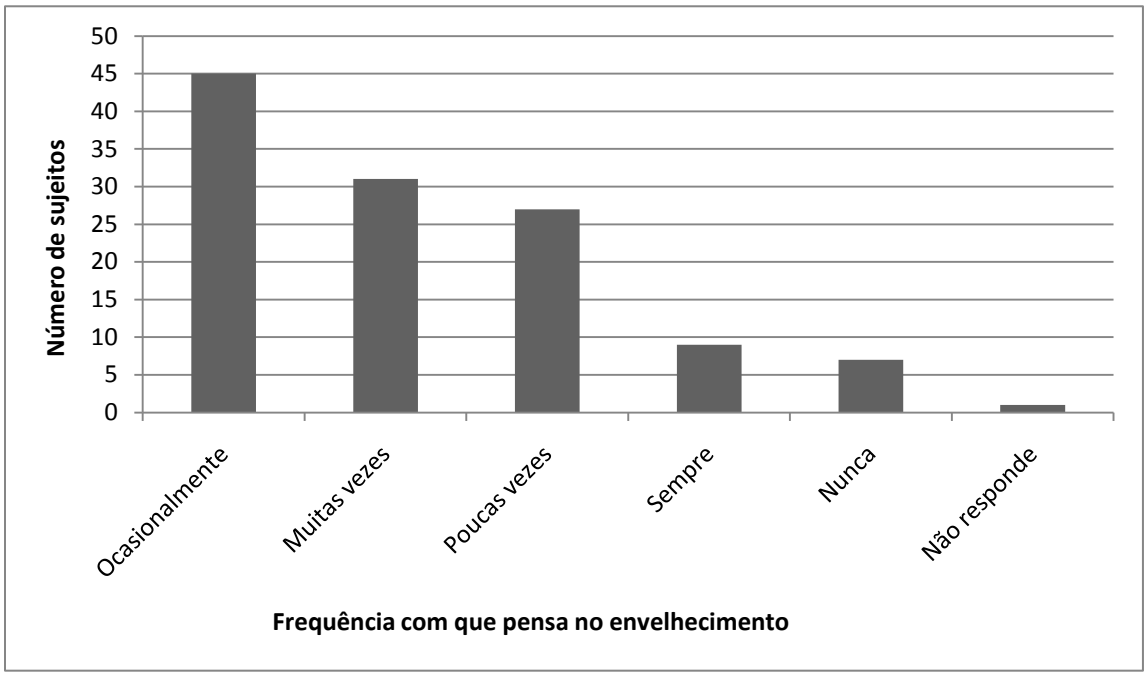

Figura I – Frequência com que os sujeitos da amostra (n=120) pensam no envelhecimento

Relativamente à questão "***Pensa no envelhecimento em sujeitos portadores de Deficiência Mental***", dos 120 sujeitos apenas 1 (0,8%) não respondeu à questão e dos que reponderam, 39 (32,5%) referiram pensar ocasionalmente, 26 (21,7%) referiram pensar poucas vezes, 26 (21,7%) referiram pensar muitas vezes, 24 (20%) referiram nunca pensar, e 4 (3,3%) referiram pensar sempre na questão. Esta distribuição está contemplada na Figura II.

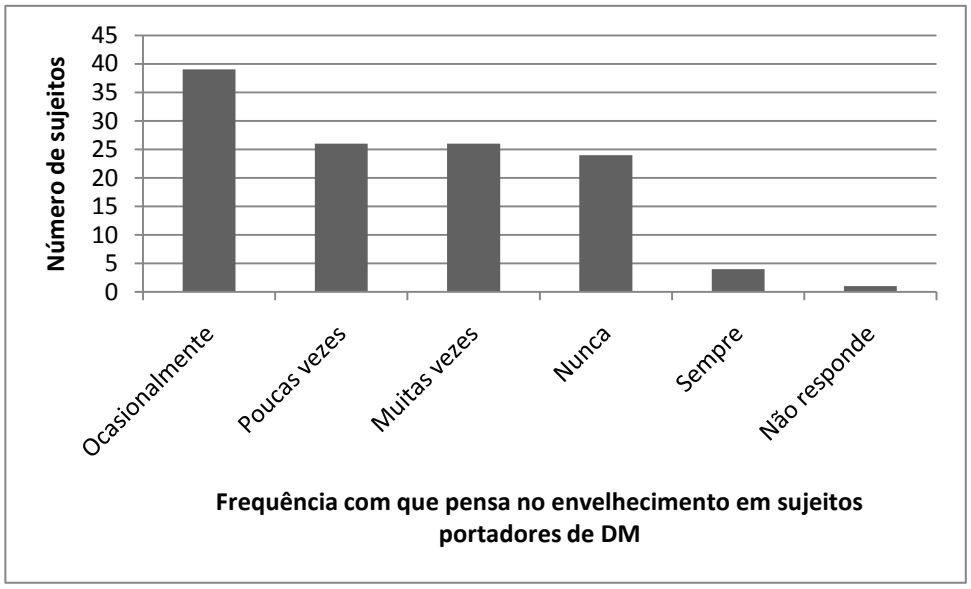

Figura II – Frequência com que os sujeitos da amostra (n=120) pensam no envelhecimento em sujeitos portadores de DM

Quanto à questão "***Em média até que idade considera que um indivíduo portador de Deficiência Mental vive***", dos 120 sujeitos apenas 5 (4,2%) não responderam à questão. Dos que reponderam 30 (25%) consideram que a esperança média de vida destes sujeitos se situa entre os 41 e os 50 anos, 28 (23,3%) entre os 61 e os 70 anos, 26 (21,7%) entre os 30 e os 40 anos, 23 (19,2%) entre os 51 e os 60 anos e 8 (6,7%) entre os 71 e os 80 anos. Esta distribuição está contemplada na Figura III.

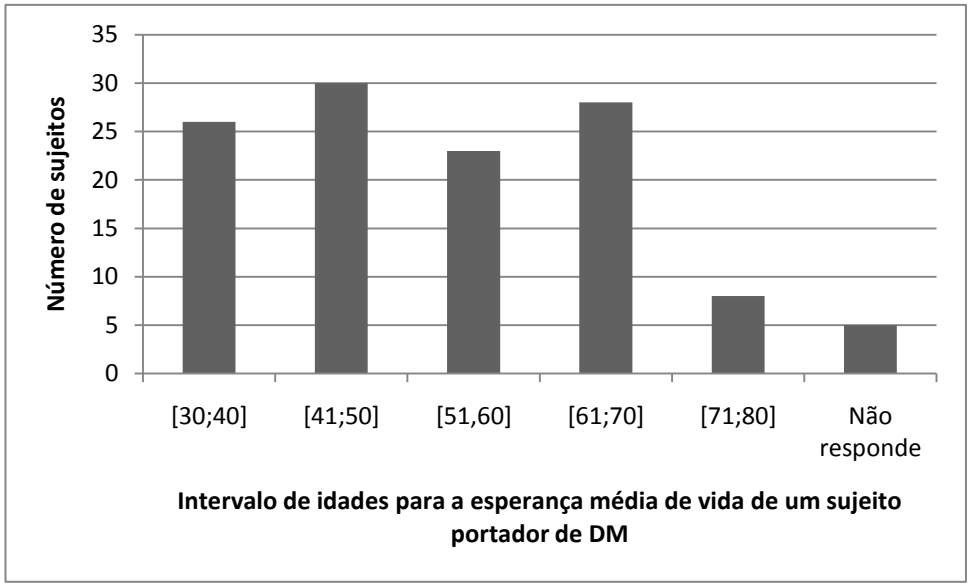

Figura III – Esperança média de vida atribuída pelos sujeitos da amostra (n=120) para indivíduos portadores de DM

No que se refere à questão "***Como considera que é o envelhecimento de uma pessoa portadora de Deficiência Mental"***, os 120 sujeitos expuseram um total de 196 respostas. Analisando as categorias e as respectivas frequências, apresentadas na Tabela II, podemos verificar que a categoria mais evocada foi "Complexo", "Outros" e "Semelhante".

Os conteúdos incluídos em "Complexo", foram evocadas 41 vezes, o que apresenta 20,9% total das respostas dadas. Estes conteúdos foram referidos através de expressões como, por exemplo, "*É um envelhecimento muito difícil*"; "*É um envelhecimento muito complicado*" e "*É um envelhecimento com muitas limitações*". Outra categoria que é importante mencionar refere-se à "*Semelhante*", que é mencionada 19 vezes, representando 9,7% das respostas adquiridas (Anexo II).

Tabela II - Percentagem de respostas à questão "Como considera que é o envelhecimento de um sujeito portador de DM" (N=120)

Categorias	Frequência (Percentagem)
Semelhante	19 (9,7%)
Triste e solitário	12 (6,1%)
Doloroso	13 (6,6%)
Diminuição da Qualidade de Vida	5 (2,6%)
Dependência	9 (4,6%)
Envelhecimento Precoce	13 (6,6%)
Agravamento da DM	5 (2,6%)
Depende do grau de DM	12 (6,1%)
Cuidados especiais e direccionados	7 (3,6 %)
Doloroso para os cuidadores	4 (2,0%)
C/ acompanhamento o envelhecimento é menos difícil	5 (2,6%)
Negligência Familiar	3 (1,5%)
Complexo	41 (20,9%)
Falta de percepção do processo de envelhecimento	7 (3,6%)
Exclusão Social	12 (6,1%)
Outros	21 (10,7%)
Sem resposta	8 (4,1%)

Relativamente à questão "***Considera que existem diferenças entre o envelhecimento da população com Deficiência Mental em relação aos sujeitos considerados normais"***, dos 120 sujeitos, 96 (80%) respondeu sim, 23 (19,2%) respondeu não e apenas 1 (0,8%) não respondeu à questão. Esta distribuição encontra-se contemplada na Figura IV.

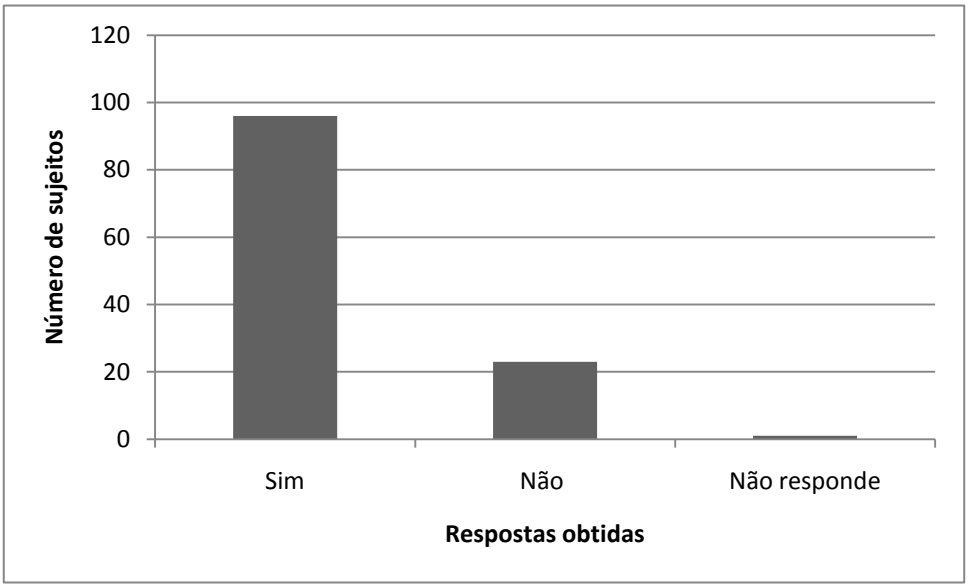

Figura IV – Número de repostas obtidas para a questão "*Considera que existem diferenças entre o envelhecimento da população com Deficiência Mental em relação aos sujeitos considerados normais" (N=120)*

Relativamente às diferenças mencionadas no questionário, os 120 sujeitos expuseram um total de 185 respostas. Analisando as categorias e as respectivas frequências, apresentadas na Tabela III, podemos verificar que a categoria mais evocada foi "Mais dependente", "Acompanhamento especializado" e "Exclusão Social".

Os conteúdos incluídos em "Mais dependente", foram evocadas 28 vezes, o que representa 15,1% total das respostas dadas. Estes conteúdos foram referidos através de expressões como, por exemplo, "*Têm menos autonomia*" e "*São mais dependentes de terceiros*".

Tabela III - Tabela de categorias referente às diferenças entre o envelhecimento da população com DM em relação aos sujeitos considerados normais (N=120)

Categorias	Frequência (Percentagem)
Envelhecimento Precoce	8 (4,3%)
Semelhante	4 (2,2%)
Mais dependente	28 (15,1%)
Acompanhado por instituições	3 (1,6%)
Negligência Afectiva	13 (7,0%)
Acompanhamento especializado	20 (10,8%)
Falta de suporte social	8 (4,3%)
Exclusão social	20 (10,8%)
Menor consciência do processo de envelhecimento	8 (4,3%)
Falta de acompanhamento	5 (2,7%)
Dependente do grau de DM	8 (4,3%)
Menor qualidade de vida	3 (1,6%)
Diversas	3 (1,6%)
Agravamento das doenças associadas ao envelhecimento	10 (5,4%)
Limitações cognitivas	7 (3,8%)
Incapacidades motoras	4 (2,2%)
Outros	25 (13,5%)
Sem resposta	8 (4,3%)

No que se refere à questão "***Quais considera que são as necessidades de um idoso portador de Deficiência Mental"***, os 120 sujeitos expuseram um total de 276 respostas. Analisando as categorias e as respectivas frequências, apresentadas na tabela IV, podemos verificar que a mais evocada foi "Necessidades Afectivas", "Acompanhamento especializado" e "Ajuda em AVD's".

Os conteúdos incluídos em "Necessidades afectivas", foram evocadas 62 vezes, o que apresenta 22,1% total das respostas dadas. Estes conteúdos foram referidos através de expressões como, por exemplo, "*Carinho*", "*Amor*", "*Atenção*" e "*Afecto*".

Tabela IV -Tabela de categorias referente às necessidades percebidas para sujeitos portadores de DM (N=120)

Categorias	Frequência (Percentagem)
Necessidades semelhantes a sujeitos sem DM	10 (3,6%)
Integração Familiar	15 (5,4%)
Inclusão Social	25 (9,1%)
Acompanhamento médico	21 (7,6%)
Apoio Económico	11 (4,0%)
Acompanhamento especializado	51 (18,5%)
Necessidades afectivas	62 (22,5%)
Institucionalização	17 (6,2%)
Ajuda em AVD's	32 (11,6%)
Não sei	12 (4,3%)
Apoio Psicológico	4 (1,4%)
Estimulação Física	4 (1,4%)
Outros	12 (4,3%)

DISCUSSAO DOS RESULTADOS

Quando se fala na frequência com que os sujeitos inquiridos pensam acerca do envelhecimento podemos deparar-nos com discrepâncias, esperadas, para esta investigação. Podemos constatar que é habitual existir uma reflexão acerca do envelhecimento relacionado com a população não portadora de Deficiência Mental, especialmente devido ao envelhecimento global da população (Freitas *et al.*, 2002), contudo, é menos habitual existir uma reflexão acerca do envelhecimento em sujeitos portadores de Deficiência Mental. Esta reflexão existe, em muitos casos, devido à presença de sujeitos com Deficiência Mental na família ou porque têm um contacto muito directo com esta população, pois, caso contrário, o envelhecimento nesta população específica nunca é abordado, funcionando ainda como uma espécie de tabu na nossa sociedade, sendo por vezes propositadamente evitado (Tomasini, 1996).

Por sua vez, quando questionados acerca da esperança média de vida atribuída à população com Deficiência Mental, podemos constatar que, a maioria dos sujeitos inquiridos, acredita que estes têm uma esperança média de vida abaixo daquela considerada para a população "normal", o que contraria os dados recolhidos na literatura. É comprovado que sujeitos com Deficiência Mental, não só têm uma esperança média de vida de 66 anos de

idade, como podem alcançar a esperança média de vida de sujeitos não portadores de Deficiência Mental, podendo superar os 70 anos de idade (Fisher & Kettl, 2005). Neste sentido, os estereótipos, a falta de conhecimento e as ideias arcaicas de algumas décadas atrás atribuídas a esta população ainda se encontram muito presentes nos dias de hoje, especialmente, quando são conotadas, muitas vezes, como crianças eternas, o que irá contribuir para uma acentuada redução nas expectativas relacionadas com estas pessoas (Wilkinson & McGrill, 2009).

Quando se fala no processo de envelhecimento de sujeitos portadores de Deficiência Mental podemos verificar que a maioria dos sujeitos encara este processo como algo "*Complexo*" e acompanhado de grandes dificuldades tanto a nível físico como prático, o que não vai de encontro à revisão da literatura, pois se houver uma estimulação precoce e um investimento nestes sujeitos, a vivência do envelhecimento pode ser semelhante à nossa. Como se verifica em 19 respostas que representam 9,7% das respostas globais, o envelhecimento destes sujeitos é semelhante ao da população global. Como refere Dias & Rodriguez (2004), os ajustes às mudanças biológicas e às necessidades de serviços são semelhantes. As características associadas no envelhecimento "normal", são evidentes nestes sujeitos, e remetem para a degradação física, deterioração ou Deficiência Mental, redução da capacidade intelectual, sensação de perda pessoal e rejeição familiar, excesso de tempo livre desprovido de actividades de lazer e dependência física e psicológica (Cotten *et al.,* 1981). Contudo, à que ter em conta o grau de Deficiência Mental presente no sujeito em envelhecimento (6,1% das respostas apresentadas), pois irá afectar a forma como o mesmo é percepcionado e vivenciado (3,6% das respostas).

Quando questionados acerca da presença de diferenças no processo de envelhecimento de sujeitos com Deficiência Mental, existe quase um consenso da existência das mesmas. As diferenças mais evidentes, mencionadas pelos inquiridos, focam-se na ideia de dependência associada aos sujeitos, assim como na necessidade de um acompanhamento especializado e de exclusão social. Ora, através do estudo efectuado, podemos concluir que as diferenças decorrentes do envelhecimento nestes sujeitos comparando com sujeitos não portadores de Deficiência Mental, explicam-se acima de tudo, pelo atraso que têm sofrido durante todo o seu ciclo vital, do que pela idade, pois o envelhecimento está dependente das idiossincrasias dos sujeitos, diferindo sobretudo na origem e no tipo de atraso mental (4,3% das respostas do inquiridos). O que se pode verificar ainda nestes sujeitos, que difere da população global, é que existe um processo fisiológico de envelhecimento mais rápido, o que culminará num envelhecimento precoce e do agravamento das doenças associadas (Fisher & Kettl, 2005). Logo, as ideias globais dos inquiridos encontram-se colmatadas pela ideia das representações sociais, negligenciando as capacidades dos sujeitos portadores de Deficiência Mental, pois, se ocorrer uma estimulação e investimento no desenvolvimento, físico e cognitivo destes sujeitos, o processo de envelhecimento ocorrerá de forma semelhante aos sujeitos não detentores de uma deficiência.

Por fim, quando inquiridos acerca das necessidades de um idoso portador de Deficiência Mental, o que se verifica mais, são as "necessidades afectivas", o "acompanhamento especializado" e a "ajuda nas actividades da vida diária". Contudo, de acordo com a literatura, as necessidades destes sujeitos são as mesmas dos sujeitos não portadores de Deficiência Mental, tendo sempre em conta o grau de Deficiência Mental que acomete os sujeitos, não podendo generalizar.

De um modo geral, é importante mencionar que, apesar de se ter recorrido a uma metodologia qualitativa com questões abertas, que à partida poderiam suscitar um amplo tipo de respostas, nesta situação isso não se verificou, pois o número de respostas alcançadas em cada uma das questões não apresentou a variedade prevista, tendo os sujeitos, mencionado, essencialmente, os mesmos pontos.

Por outro lado, os sujeitos inquiridos no âmbito desta investigação, mostraram-se na sua grande maioria, surpresos com as questões da mesma e referiram nunca terem reflectido acerca do envelhecimento em sujeitos portadores de Deficiência Mental, sendo, por isso, difícil responderem às questões do questionário que lhes foi apresentado, pois, mesmo como é visível nos dados do questionário sóciodemografico, só uma ínfima parte dos sujeitos tem familiares com Deficiência Mental no agregado familiar.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu explorar as representações e imagens sociais dos cidadãos indiferenciados em relação ao envelhecimento em sujeitos portadores de Deficiência mental, tema este que actualmente é ainda pouco desenvolvido. Neste sentido, podemos indiciar o seu carácter inovador.

De acordo com a investigação efectuada, pôde verificar-se que tem surgido uma evolução na forma como os sujeitos portadores de Deficiência Mental são vistos pela sociedade, contudo, a maioria das opiniões associadas a esta população específica ainda está aquém da realidade. Neste sentido, pode ainda ser visível a existência de uma falta de interesse acerca do processo de envelhecimento em sujeitos portadores de Deficiência Mental.

Relativamente aos pontos fortes deste estudo exploratório, pode destacar-se o facto de ter abrangido um número considerável de sujeitos. Pode ainda referir-se que os resultados obtidos nesta investigação podem contribuir para o envolvimento e construção de práticas que valorizem esta fase da vida, pondo de parte a discriminação social com que estes sujeitos se deparam e integrando-os na sociedade. A Deficiência Mental e o envelhecimento dos seus portadores, é uma realidade cada vez mais frequente na nossa sociedade, devido ao aumento do envelhecimento geral da população, então, fomentar a qualidade de vida destes sujeitos, através do esclarecimento das suas reais necessidades e desmistificando ideias preconcebidas e destruindo os tabus existentes tanto junto da sociedade geral assim como dos cuidadores, contribuirá para uma vivência saudável do seu envelhecimento.

No que toca às limitações da presente investigação pode evidenciar-se o facto de se tratar de um estudo exploratório, que seria interessante complementar com um estudo mais abrangente e possivelmente, qualitativo. Uma outra limitação surgiu do facto de, segundo os inquiridos, se tratar de um tema em que nunca pensaram. Ou seja, houve um grande número de sujeitos que não responderam a muitas questões, devido ao facto de mencionarem não saber nada relacionado com o tema em questão, pois não tinham um contacto directo com esta população específica.

Relativamente às implicações deste estudo, considera-se que a divulgação, junto da comunidade, de um esclarecimento no que se refere ao envelhecimento em sujeitos portadores de Deficiência Mental, poderia contribuir para conferir maior e melhor visibilidade a estes sujeitos específicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aberley, P. (1987). The Concept of Oppression and the Development of a Social Theory of Disability. *Disability, Handicap & Society, 2 (1)*, 1-16.

Albuquerque, M. (1996). *A criança com deficiência mental ligeira.* Dissertação de Doutoramento em Psicologia, especialização em Defectologia e Reabilitação. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Almeida, A.L.J. (2006). A pessoa com deficiência em Portugal e Brasil: Desafios para acções em saúde. *Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde,* 2(3), 47-56.

Almeida, A.M.O. & Cunha, G.G. (2003). Representações Sociais do Desenvolvimento Humano. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 16 (1)*, 147-155.

American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais IV Revisto (4ª Ed.).* Lisboa: Climepsi Editores.

Aranha, M.S.F. (2001). Paradigmas da relação da sociedade com as pessoas com deficiência. *Revista do Ministério Publico do Trabalho, XI (21),* 160-173.

Bento, V.C.P. (2008). *Respostas sociais para o envelhecimento do indivíduo portador de deficiência mental*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Superior de Serviço Social da Universidade Lusíada de Lisboa.

Bittles, A.H., Bower, C., Hussain, R. & Glasson, E.J. (2006). The four ages of Down Syndrome. *European Journal of Public Health, 17(2)*, 221-225.

Carvalho, F.N.S. & Maciel, D.M.M.A. (2003). Nova concepção de deficiência mental segundo a American Association on Mental Retardation – AAMR: sistema 2002. *Temas em Psicologia da SBP, 11(2),* 147-156.

Chizzotti, A. (2003). A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. *Revista Portuguesa de Educação,* 16(2), 221-236.

Cotten, P.D., Sison, G.F.P. & Starr, S. (1981). Comparing Elderly Mentally Retarded and Non-mentally Retarded Individuals: Who are they? What are their needs? *The Gerontologist, 21 (4),* 359-365.

Day, S.M., Strauss, D.J., Shavelle, R.M., & Reynolds, R.J. (2005). Mortality and causes of death in persons with Down Syndrome in California. *Developmental Medicine & Child Neurology. 47*, 171-176.

de Carvalho, E.N.S. & Maciel, D.M.M.A. (2003). Nova concepção da deficiência mental segundo a American Association on Mental Retardation – AAMR: sistema 2002. *Temas em Psicologia da SBP, 11 (2),* 147-156.

de Morais, O.N.P. (2009). Grupos de Idosos: Actuação da Psicogerontologia no Enfoque Preventivo. *Psicologia Ciência e Profissão, 29 (4),* 846-855.

de Siqueira, R.L., Botelho, M.I.V. & Coelho, F.M.G. (2002). A velhice: algumas considerações teóricas e conceptuais. *Ciência e Saúde Coletiva, 7(4),* 899-906.

Díaz, A-L.A. & Rodríguez, M.Á.A. (2004). Necesidades percebidas en el processo de envejecimiento de las personas com discapacidad. *Psicothema, 16(2),* 261-269.

DiGiovanni, B.A.L. (1978). The Elderly Retarded: A Little-Known Group. *The Gerontologist, 18(3),* 262-266.

dos Santos, F.H., Andrade, V.M. & Bueno, O.F.A. (2009). Envelhecimento: um processo multifactorial. *Psicologia em Estudo, 14(1),* 3-10.

DSM-IV-TR (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.* 4ª Ed. Climepsi Editores. Lisboa.

Enguix, S.C., Freire, J.B., Lejeune, J., Ruata, J.M., Rey-Baltar, T.P., Sacristán, J.R., Llamosas, J.P.S. & Alumbreros, M.T.V. (1988). *No te rindas ante…La Deficiencia Mental*. Madrid. Ediciones Rialp, S.A.

Fisher, K. & Kettl, P. (2005). Aging with mental retardation. Increasing population of older adults with MR require health interventions and prevention strategies. *Clinical challenges, 60(4),* 26-29.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa. CLIMEPSI Editores.

Freitas, M.C., Maruyama, S.A.T., Ferreira, T.F. & Motta, A.M.A. (2002). Perspectivas das pesquisas em gerontologia e geriatria: revisão da literatura. *Revista Latino-americana de Enfermagem, 10(2),* 221-8.

Galbán, P.A., Soberats, F.J.S., Navarro, A.M.D-C., García, M.C. & Oliva, T. (2007). Envejecimiento poblational y fragilidade n el adulto mayor. *Revista Cubana Salud Pública*, *33(1),* 1-17.

Guerra, A.C.L.C. & Caldas, C.P. (2010). Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. *Ciências e Saúde Colectiva, 15(6),* 2931-2940.

Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W.H.E., Coulter, D.L., Craig, E.M., Reeve, A., Schalock, R.L. Snell, M.E., Spitalnik, D.M., Spreat, S. & Tasse, M.J. (2002). *Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems of Supports* (10th Ed.). Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation.

Magalhães, C., Fernandes, A., Antão, C. & Anes, E. (2010). Repercussão dos Estereótipos sobre as Pessoas Idosas. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia, III(2)*, 7-16.

Marques, A.C. & Nahas, M.V. (2003). Qualidade de vida de pessoas portadoras de Síndrome de Down, com mais de 40 anos, no Estado de Santa Catarina. *Revista Brasileira de Ciências e Movimento*, 11 (2), 55-61.

Millán-Calenti, J.C., Meleiro, L., Quintana, J., López-Rei, M.J., de la Parra, P.V. & López-Sande, A. (2003). Discapacidad intelectual y envejecimiento: un nuevo reto para el siglo XXI. *Revista Española de Geriatria y Gerontologia, 38 (5)*, 266-274.

Minayo, M.C. & Sanches, O. (1993). Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? *Caderno de Saúde Pública*, 9(3), 239-262.

Misra, G. (2010). *Psychology In India: Clinical and Health Psychology*. (*3ª Ed.*). India. Pearson.

Moreira, L.M.A., El-Hani, C.N. & Gusmão, F.A.F. (2000). A Síndrome de Down e sua patogénese: considerações sobre o determinismo genético. *Revista Brasileira de Psiquiatria,* 22 (2), 96-9.

Nascimento, A. & Menandro, P. (2006). Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. *Estudos e pesquisas em Psicologia,* 6, 72-88.

Organização Mundial de Saúde. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10 – descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.* Porto Alegre. Artes Médicas.

Pereira, M.G. & Rancon, J. (2010). Relacionamento Familiar em Pessoas Idosas: Adaptação do Índice de Relações Familiares (IFR). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(1), 41-53.

Perri, A. (2004). A idade do Medo. *Revista Sentidos.*

Piccolo, G.M., Moscardini, S.F. & Costa, V.B. (2010). A Historiografia das produções em Periódicos de Sadao Omote. *Revista Brasileira de Educação Especial,* 16(1), 107-126.

Pontarolo, R.S. & Oliveira, R.C.S. (2008). Terceira Idade: uma breve discussão. *Publicatio UEPG Ciências Humanas, Ciências Sociais Aplicadas, Linguística, Letras e Artes*, *16(1),* 115-123.

Rocha, D. & Deusdará, B. (2005). Análise de Conteúdo e Análise de Discurso: aproximação e afastamento na (re)construção de uma trajectória. *ALEA*, 7(2), 305-322.

Sancovschi, B. (2007). Sobre a noção de Representação em S. Moscovici e F. Varela. *Psicologia e Sociedade, 19(2),* 7-14.

Santos, S. & Morato, P. (2002). *Comportamento Adaptativo.* Porto. Porto Editora.

Schalock, R.L. & Siperstein, G.N. (1997). *Quality of Life Volume II. Aplication to Persons With Disabilities.* Washington DC. AAMR.

Seltzr, M.M., Heller, T. & Krauss, M.W. (2004). Introdution to the Special Issue on Aging. *American Journal on Mental Retardation, 109 (2),*81-82.

Silva, N.L.P. & Dessen, M.A. (2001). Deficiência Mental e Família: Implicações para o Desenvolvimento da Criança. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 17(2),* 133-141.

Silva, L.R.F. (2008). From old age to third age: the historical course of the identities linked to the process of aging. *História, Ciências, Saúde*, *15(1),* 155-168.

Tomasini, M.E.A. (1996). Trabalho e deficiência mental: uma questão a ser repensada. *Revista Brasileira de Educação Especial,* 127-132.

Valenza, A.A. & Júnior, H.P. (2009). *O envelhecer dos indivíduos com síndrome de down*. Encontro internacional de Produção Cientifica Cesumar.

Veloz, M.C.T; Nascimento-Schulze, C.M. & Camargo, B.V. (1999). Representações sociais do envelhecimento. *Psicologia: Reflexão e crítica, 12 (2),* 479-501.

Vieira, F. & Pereira, M. (coord.) (2003). *Se houvera quem me ensinara quem aprendia era eu…: a Educação de Pessoas com Deficiência Mental*. 2ª Ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkien.

Wilkinson, P. & McGill, P. (2009). Representation of People with Intelectual Disabilities in a British Newspaper in 1983 and 2001. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 22,* 65-76.

ANEXO I

REVISÃO DA LITERATURA

I. Envelhecimento

1.1. Envelhecimento populacional

O envelhecimento da população é um fenómeno observado a nível mundial. Os progressos no campo da medicina e a melhoria das condições de vida são tais que, desde a Segunda Guerra Mundial, o número de pessoas com mais de sessenta anos aumenta de ano para ano. De acordo com dados epidemiológicos, verifica-se cada vez mais um crescimento da população idosa, devido a uma diminuição na taxa de mortalidade e ao declínio da natalidade, o que, afecta directamente a estrutura etária de uma população (Freitas *et al.*, 2002).

A espécie humana introduziu no seu ecossistema muitos desequilíbrios e um dos mais flagrantes aparece na sua evolução demográfica. Ao mesmo tempo que colonizavam todas as terras habitáveis, os sujeitos da nossa espécie multiplicavam-se de tal forma que, actualmente, muitos especialistas e instituições internacionais sustentam teses alarmistas quanto ao futuro do ser humano. A humanidade atinge o seu primeiro bilião de habitantes em 1801, o segundo em 1925, ou seja, no espaço de cento e vinte e quatro anos, o terceiro em 1959, isto é, em trinta e quatro anos, o quarto em 1974, quinze anos mais tarde, o quinto em 1986, doze anos mais tarde, e daqui para a frente a Terra será povoada por mais de um bilião de habitantes a cada dez ou doze anos, de modo que se poderá prever que serão atingidos os dez biliões de seres humanos em 2040. As causas desta "escalada" demográfica, única na história dos primatas, são bem conhecidas. Durante milénios, a mortalidade e a fecundidade quase se equilibravam, com um ligeiro ganho para a vida. Este equilíbrio foi despedaçado, essencialmente por duas razões, que são uma consequência da industrialização. A primeira é a queda vertiginosa da mortalidade infantil, devido à quase erradicação de doenças infecciosas. A segunda é o aumento, quase tão impressionante, da longevidade. Assim, a esperança de vida não deixou de aumentar desde o século XVIII nos países que vão conhecer a revolução industrial. Até ao século XVIII, a esperança de vida não excedia os 30 anos. Em 1956 ela era de 66 anos nos países desenvolvidos e de 41 anos nos países em vias de desenvolvimento. Actualmente, ela é da ordem dos 74 anos nos países industrializados e de cerca de 50 anos (com marcantes disparidades) nos países em vias de desenvolvimento (Fontaine, 2000).

O número de pessoas com idade superior a 60 anos, no século XX, aumentou de 400 milhões na década de 50 para 700 milhões na década de 90, estimando-se que no ano de 2025 existam aproximadamente 1200 milhões de sujeitos idosos. Verifica-se também um aumento

dos sujeitos com idades superiores a 80 anos, que nos próximos 30 anos constituirão cerca de 30% da população considerada idosa nos países desenvolvidos e de 12% nos países em vias de desenvolvimento (Gálban *et al*, 2007).

Estima-se que um ser humano esteja apto para viver entre os 110 e os 120 anos. O seu ciclo vital atinge a sua maturidade biológica entre os 25 e os 30 anos de idade. A partir dos 25 anos de idade até cerca dos 40, o indivíduo pode ser considerado como um adulto, até aos 65 anos de idade, é considerado adulto médio, ou sujeito com meia-idade, dos 65 aos 75 anos de idade, é considerado adulto tardio, ou em velhice precoce e depois dos 75 anos, é considerado adulto tardio, ou com a chamada velhice tardia (Palácios, 2004 *cit in* dos Santos *et al.,* 2009). Este processo de envelhecimento é semelhante em todos os sujeitos, sendo denominado como senescência. Para a ONU, a terceira idade começa aos 60 anos nos países subdesenvolvidos e aos 65 anos nos países desenvolvidos, correspondendo neste último caso à idade de reforma (Pontarolo & Oliveira, 2008).

A situação Portuguesa não é muito diferente daquela que é apresentada a nível mundial (INE, 2002 *cit in* Pereira & Rancon, 2010). De acordo com os dados mais recentes do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2007, *cit in* Pereira & Rancon, 2010), podemos verificar um aumento da proporção da população idosa na população total, sendo de 17,1% (1 810 100 indivíduos). A esperança média de vida à nascença atingiu valores de 74,9 anos para os homens e de 81,4 anos para as mulheres, cuja proporção se elevou a 19,3% face a 14,8% nos homens. As projecções efectuadas pelo INE (2007) até ao ano 2050, revelam uma tendência para o acentuar do envelhecimento da população, onde contribuem os níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição de gerações, um contínuo aumento da esperança média de vida à nascença e um saldo migratório positivo mas moderado. Entre a população idosa, a percentagem de sujeitos com85 anos ou mais, também continuará a aumentar, podendo destacar-se uma vez mais a superior longevidade das mulheres. Esta realidade configura os contextos sociais actuais e coloca novos desafios no âmbito das dinâmicas familiares (Ocampo, 2005; Sousa, 2004 *cit in* Pereira & Rancon, 2010) e ainda no contexto das melhorias ao nível da saúde (Freitas *et al*, 2002).

Se bem que não nos devamos regozijar com este facto, conviria também salientar que a velhice revela profundas disparidades entre as pessoas. De facto, não se deve falar em "velhice", mas sim de "velhices". Os especialistas fazem uma distinção entre a velhice normal, a velhice bem sucedida e a velhice patológica. O envelhecimento é um fenómeno que pode ser apreendido a diversos níveis. Antes de mais, a nível biológico, pois os estigmas de velhice, de certa forma mais palpáveis, traduzem-se com a idade por um aumento das doenças, por modificações no nosso aspecto, tal como a forma como nos deslocamos, ou ainda pelas rugas que pouco a pouco marcam a nossa pele; a nível social, com a mudança de estatuto provocada pela passagem à reforma; e finalmente a nível psicológico, com as modificações das nossas actividades intelectuais e das nossas motivações. O conjunto destas transformações constitui o objecto de estudo da gerontologia (Fontaine, 2000).

1.2. Gerontologia

A procura pela compreensão da velhice e de todas as modificações que se verificam com o avanço da idade teve início com as civilizações mais antigas, nas quais variavam a conceito de envelhecimento e a aceitação da velhice. Contudo, ao longo da evolução das sociedades, tem-se verificado a existência de novas teorias para explicar este processo (Freitas *et al.,* 2002). De modo objectivo, o termo velhice ainda não foi definido com exactidão pelos investigadores. Os estudos sobre o envelhecimento começaram em 1903 com Metcknioff, que criou o termo gerontologia, utilizando-o para designar a especialidade que estuda o processo fisiológico do envelhecimento. A palavra gerontologia origina-se do grego: geronto (velho) e logia (estudo, conhecimento). Durante muitos anos, a velhice foi pesquisada apenas sobre a perspectiva da saúde, contudo, devido a uma melhoria na qualidade de vida da população idosa, tornou-se necessário expandir os estudos sobre o tema, pois para além de uma vida longa, esta tornou-se mais activa, daí a necessidade de áreas como a sociologia e a psicologia contribuírem para os estudos neste campo. Assim, surge o tema Gerontologia que pretende traduzir a construção do ser humano a partir das suas necessidades, potenciais e acções que derivam da longevidade (Pontarolo & Oliveira, 2008).

1.3. Processo de envelhecimento

De acordo com Palácios (2004), o envelhecimento não é um processo unitário, não acontece de modo simultâneo em todo o organismo nem se encontra associado à existência de uma doença. O autor defende que este processo envolve múltiplos factores endógenos e exógenos, devendo ambos ser considerados de uma forma integrada (dos Santos *et al.,* 2009). Neste sentido, o envelhecimento Humano é considerado como um fenómeno biopsicossocial de cariz individual, e, o seu estudo, deve incluir as dimensões biológica, psicológica e social que lhe são inerentes (Fonseca, 2006 *cit in* Pereira & Rancon, 2010).

De acordo com a literatura actual, há inúmeras definições do processo de envelhecimento, contudo a de Neri (2001) parece ser a mais completa, uma vez que engloba todos os aspectos relevantes, sendo conceituado como "*uma sequência de mudanças naturais previsíveis, com repercussões orgânicas e psicossociais que ocorrem através do tempo. Entretanto, esta experiência dá-se de uma forma heterogénea já que pode ocorrer de forma diferente para indivíduos que vivem em contextos históricos, sociais e culturais distintos*" (p. 28) (de Morais, 2009). De acordo com esta descrição, no processo de envelhecimento estão envolvidas dimensões psicológicas, que são influenciadas por factores que contribuem para a percepção de aspectos subjectivos, que irão determinar a vivência e a qualidade de vida do idoso. O envelhecimento depende das idiossincrasias de cada indivíduo, sendo necessário ter em consideração a capacidade de manutenção funcional ou disfuncional do idoso para realizar as suas actividades quotidianas uma vez que a maneira de enfrentar o processo desencadeado pelo envelhecimento contribui para a qualidade de vida na velhice (de Morais, 2009).

Cícero (106-43 a.C.) foi provavelmente o primeiro a realizar um ensaio sobre a questão do envelhecimento bem sucedido. O seu trabalho intitula-se *De senectute* (44 a.C.) e a

velhice é aí apresentada como um fenómeno muito variável de sujeito para sujeito e, sobretudo, como um período que pode oferecer numerosas oportunidades de crescimento pessoal. A definição de velhice bem sucedida é muito difícil, porque coloca o problema dos seus indicadores ou dos seus critérios, que são numerosos e, por vezes, facilmente correlacionados. A abordagem "multicritério" é, assim, a mais vulgar (Bengston & Col., 1985; Rowe & Kahn, 1987) e os critérios mais frequentemente evocados pelos investigadores são a longevidade, a saúde biológica, a saúde mental, a eficácia intelectual, a competência social, a produtividade, o controlo pessoal ou a conservação da autonomia própria e o bem-estar subjectivo (Fontaine, 2000).

Como se sabe, nesta fase da vida, surgem dificuldades e limitações que estão directamente ligadas à forma como o sujeito percebe o seu próprio envelhecimento, enquanto ser que comanda a sua existência ligada a valores pré-concebidos durante todo o processo de desenvolvimento. Assim, considera-se nesta fase essa percepção como uma auto-atribuição dos traços específicos da velhice através da manifestação subjectiva perante alterações sofridas aos níveis somático e funcional. Como consequência, existem diversos factores que contribuem para o desenvolvimento de conflitos e crises comuns nesta fase da vida, que, de acordo com Stuart-Hamilton (2002, pp. 134-140), são: o surgimento de doenças crónicas que causam deterioração na saúde e que de um modo frequente afectam os idosos; as modificações orgânicas e a auto-imagem; a viuvez, a morte de amigos e parentes; a ausência de papéis sociais favoráveis; e as dificuldades financeiras, nomeadamente decorrentes da reforma. De modo a enfrentar estas mudanças, é necessário que o idoso se sirva dos seus recursos internos e externos que tiver disponíveis (de Morais, 2009).

Para Jung, o envelhecimento suscita a abertura a novas possibilidades, considerando o balanço entre limites e perdas como o aspecto psicológico básico do processo de envelhecimento (Freitas *et al.,* 2002). Nessas circunstâncias, o idoso pode sofrer uma paralisação ou um bloqueio emocional, em relação às respostas que dá aos estímulos externos, com o desencadeamento de doenças como a depressão. Existe também a possibilidade de o idoso conseguir adaptar-se com maior facilidade a todo este processo, reagindo de uma maneira positiva às mudanças ocorridas (de Morais, 2009).

Para conhecermos as transformações decorrentes do envelhecimento humano, é necessário entendê-lo como um processo multidimensional, que ocorre a vários níveis, dos quais sobressaem o envelhecimento individual e demográfico. O primeiro consiste no processo de evolução considerado normal e irreversível e que cada sujeito experimenta ao longo do seu percurso vital. Enquanto o segundo diz respeito ao aumento do número de idosos pertencentes a uma dada população (Gálban *et al.,* 2007). O processo de envelhecimento individual é o resultado de uma soma de tipos de envelhecimento, nomeadamente o primário e o secundário. O primário diz respeito ao processo ou grupos de processos responsáveis pelas mudanças observadas devido ao aumento da idade, ou seja, diz respeito ao envelhecimento biológico, caracterizado por mudanças morfológicas e funcionais resultantes das transformações a que o organismo se submete ao longo de toda a vida.

Porém nem todas as mudanças que ocorrem no nosso organismo estão fundamentalmente ligadas à idade (Neto; Cunha, 2002 *cit in* Silva, Fossatti & Portella, 2007) e deve expressar-se adequadamente, levando ao chamado envelhecimento com êxito (Gáblan *et al.,* 2007). Por sua vez, o envelhecimento secundário refere-se ao que se produz nos seres vivos quando são submetidos à acção de fenómenos aleatórios e selectivos, que ocorrem ao longo do tempo de vida e que interagem com os mecanismos e mudanças do próprio envelhecimento primário para produzir o chamado envelhecimento normal. Os seus principais representantes são os problemas de saúde de carácter crónico e as mudanças adaptativas para manter a homeostase do mundo interno dos sujeitos (Gáblan *et al.,* 2007). Contudo, seja qual for o tipo de envelhecimento considerado, a característica fundamental e comum a qualquer um deles é a perda de capacidade funcional, que leva a uma maior susceptibilidade à agressão externa e à diminuição dos mecanismos de resposta e sua eficácia para conservar o equilíbrio do meio interno. Esta diminuição de resposta manifesta-se, inicialmente, apenas em circunstâncias de "stress", mas logo passa a manifestar-se perante mínimas agressões. Há medida que vai ocorrendo o aumento da diminuição da resposta funcional, aumenta também a possibilidade de que qualquer causa desencadeie a perda funcional, a incapacidade e por conseguinte a dependência (Gálban *et al.,* 2007).

No que remete para a dimensão psicológica, ressalta-se a ideia de que a velhice é a última etapa do ciclo normal da vida e é também o momento em que o sujeito se depara com consequentes perdas significativas, doenças crónicas, viuvez, morte de amigos, ausência de papéis sociais, isolamento crescente, entre outros factores que poderão contribuir para alterações menos positivas no que toca a auto-estima. Nesta fase, são mais marcantes uma vez que o sujeito se depara com perdas mais aceleradas, entendendo que tem menos tempo para conseguir superá-las (Gatto, 2002 *cit in* Silva, Fossatti & Portella, 2007).

Habitualmente, o envelhecimento é encarado pela sociedade como um aspecto negativo, desconhecido por parte da população geral, trazendo situações que impossibilitam o desenvolvimento de oportunidades de viver a velhice no seu pleno e com maior qualidade de vida (Mediondo; Bulla, 2002 *cit in* Silva, Fossatti & Portella, 2007).

Contudo, o envelhecimento tem sido muito estudado e este facto tem contribuído para que a sociedade possa repensar a visão preconceituosa que tantas vezes se encontra associada a este tema (de Morais, 2009). O facto de nos depararmos cada vez mais com o envelhecimento populacional e com uma longevidade cada vez maior da população leva-nos a uma adaptação cada vez mais adequada a esta realidade, valorizando-se a capacidade e os potenciais deste grupo e desenvolvendo-se estruturas cada vez mais adequadas a esta realidade (Silva, Fossatti & Portella, 2007).

II. Deficiência Mental

2.1. Perspectiva Histórica da Deficiência Mental

É importante conhecer as ideias subjacentes à concepção da Deficiência Mental, em cada período histórico, para podermos compreender o lugar destes sujeitos na sociedade contemporânea (Silva & Dessen, 2001). Durante a antiguidade, as crianças deficientes eram abandonadas (Aranha, 1995; Casarin, 1999; Pessoti, 1984; Schwartzman, 1999 *cit in* Silva & Dessen, 2001). Esta atitude coincidia com os ideais morais da sociedade clássica da época, em que a eugenia e a perfeição do indivíduo eram extremamente valorizadas como na Idade Média, a deficiência era concebida como um fenómeno metafísico e espiritual devido à grande influência da Igreja, era então atribuído à deficiência um carácter divino ou demoníaco e esta concepção conduzia, de certa forma, o modo de tratamento das pessoas deficientes. Com a influência da doutrina cristã, os sujeitos portadores de deficiência começaram a ser vistos como tendo uma alma e, portanto, eram filhos de Deus. Com esta mudança de ideais, deixaram de ser abandonados, e passaram a ser acolhidos em instituições de caridade. Ao mesmo tempo que imperava o ideal cristão, os deficientes mentais eram também considerados um produto da união entre a mulher e o demónio, o que justificava que mãe e criança fossem queimados (Schwartzman, 1999 *cit in* Silva & Dressen, 2001). Para além de serem queimados, eram também usadas práticas, consideradas mais amenas, como punições, tortura e outros tipos de maus-tratos (Aranha, 1995 *cit in* Silva & Dressen, 2001). No final do século XV, houve uma revolução burguesa e, com ela, surge uma mudança na concepção do homem e da sociedade, o que possibilitou uma alteração na concepção da deficiência. Esta passou a ter uma conotação mais directa com o sistema económico que se propunha, sendo considerada um atributo dos sujeitos não produtivos economicamente. Para além disso, com o avanço da medicina, surgiu uma prevalência da visão organicista sobre a Deficiência Mental, sendo esta encarada como um problema médico e deixando de ser encarado como uma questão espiritual. Já nos séculos XVII e XVIII, ampliaram-se as concepções no que se referia à deficiência em todas as áreas do conhecimento, favorecendo diferentes atitudes perante o problema, ou seja, da institucionalização ao ensino especial (Silva & Dressen, 2001). Porém, foi somente no decorrer do século XIX que se iniciaram efectivamente os estudos científicos sobre a deficiência mental. Segundo os historiadores, o que se tem do período anterior é inconsistente acerca da concepção e caracterização deste fenómeno (Patton, Payne & Beirne-Smith, 1990 *cit in* de Carvalho & Maciel, 2003).

Pessotti (1999), ao realizar uma interessante revisão histórica sobre os diferentes sistemas de classificação das doenças mentais, permitiu situar a Deficiência Mental entre os diversos sistemas, desde a sua inserção inicial. A natureza psicopatológica da Deficiência Mental teve a sua inscrição no século XIX, quando Pinel acrescentou o *idiotismo* à categorização de *alienação mental* na sua obra clássica "Traité Médico-philosophique sur l'alienation mentale", de 1809. O termo *idiotismo* adoptado por Pinel não era concebido como loucura, mas significava carência ou insuficiência intelectual (Pessotti, p.57 *cit in* de

Carvalho & Maciel, 2003). Esta classificação foi adoptada e ampliada por Esquirol, numa obra publicada em 1838. Aqui, o termo adoptado era "imbecilidade" ou "idiota" e a sua causa era devida a causas "maturacionais". Este autor afirmava que os órgãos responsáveis pelas actividades intelectuais jamais se desenvolveriam de um modo normal (Pessotti, op. Cit., p.61 *cit in* de Carvalho & Maciel, 2003). Em 1865, Beaugrand, numa obra publicada reforça a definição anterior, distinguindo loucura de idiotia, sendo a última denominação incluída entre "os estados de insuficiência radical de algumas aptidões intelectuais e morais" (Pessotti, p. 97 *cit in* de Carvalho & Maciel, 2003). Este autor atribui a esta situação uma causa orgânica, congénita, de origem encefálica e que provoca uma paragem no desenvolvimento (de Carvalho & Maciel, 2003). No final do século XIX, a concepção de deficiência mental encontrava-se associada a uma perspectiva exclusivamente organicista, de natureza neurológica, identificada pelo atraso no desenvolvimento dos processos cognitivos, distinta da concepção de doença mental. No início do século XX, esta ideia manteve-se dominante e Bleuber já incorpora aspectos dinâmicos às chamadas doenças mentais, abrindo espaço para questões subjectivas, admitindo uma perspectiva de multicausalidade e aceitando a diversidade de expressões sintomatológicas (de Carvalho & Maciel, 2003). Então, a Deficiência Mental apresenta-se como uma perturbação congénita da personalidade, inscrita na categoria das oligofrenias, assim entendidas como "estados deficitários congénitos e precocemente adquiridos" (Pessotti, op. Cit., p. 171 *cit in* de Carvalho & Maciel, 2003).

É importante observar que as concepções históricas se encontram na base das ideias actuais acerca da deficiência mental (Patton *et al.*, 1990 *cit in* de Carvalho & Maciel, 2003), especialmente no que se refere às concepções clínicas, à perspectiva desenvolvimentista precoce e à centralidade no défice.

2.2. Caracterização da Deficiência Mental

Se encararmos a deficiência de um ponto de vista sociocultural, a questão do seu significado alcança fronteiras muito delicadas. Muitas vezes este conceito é definido como sendo a oposição àquilo que é normal. Desta resposta surge uma questão: o que é ser normal? Se a resposta a esta questão for um comportamento socialmente adequado, podem ser levantadas ainda mais questões, uma vez que as capacidades dos seres humanos não são regidas segundo critérios objectivos e totalitários, sendo realmente influenciadas pelos contextos sociais, culturais e históricos em que cada sujeito está inserido (Vieira & Pereira, 2003).

Uma definição de deficiência mental baseada na medida do Q.I. (teoria psicométrica) revela falta de rigor com tendência para homogeneizar o perfil cognitivo dos indivíduos ocorrendo uma subvalorização das diferenças qualitativas existentes (Morato, 1995 *cit in* Santos & Morato, 2002).

Toda a abordagem ao conceito da deficiência mental decorreu da institucionalização da escolaridade obrigatória, falando-se, assim, em inteligência em função de critérios académicos: " *[…] o pensamento e a aprendizagem eram aptidões dependentes da função*

normal intacta do sistema nervoso, cuja possibilidade de medida tinha de passar pela aplicação de testes…" (Binet, 1908, *in* Morato *et al.*, 1996 *cit in* Santos & Morato, 2002). Ainda de acordo com o mesmo autor, deparamo-nos com grandes dificuldades na "*definição conceptual de deficiência mental, com todas as consequências ao nível dos direitos de assistência, da escolarização, da socialização e da integração profissional das pessoas com a deficiência em questão*" (Santos & Morato, 2002).

De acordo com Wescler (1958, *in* Claudino, 1997 *cit in* Santos & Morato, 2002), existem uma multiplicidade de factores que podem culminar no aparecimento da deficiência mental, tais como, os factores biológicos, genéticos e fisiológicos em possível associação com aspectos socioeconómicos e outros "não mensuráveis", como o caso da adaptação social, emocional e vocacional.

Esta opinião é reforçada por outros autores, como é o caso de Ribeiro (1996), que afirma, "*o mundo da pessoa com deficiência […] está reduzido, ou preso, à esfera física directa e às vivências globais ao nível do corpo*". Outros aspectos, que parecem relevantes para a caracterização da população em questão, consistem na associação desta problemática com outros problemas (respiratórios, digestivos e intestinais, posturais e motores, as crises de epilepsia, entre outros.) que têm uma influência decisiva no aspecto afectivo-emocional dos indivíduos e que irá ter uma repercussão em todas as esferas que se encontram interligadas (Santos & Morato, 2002).

Como a definição da Deficiência Mental não é consensual, é difícil uma tentativa de definição exacta. Contudo, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de deficiência, no domínio da saúde, refere-se a qualquer perda ou anormalidade da estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatómica (OMS, 1993), isto é, a deficiência refere-se a uma perturbação ao nível do funcionamento de um órgão enquanto resultado de uma doença geradora de incapacidade no desempenho funcional dos sujeitos.

2.2.1. Caracterização da Deficiência Mental segundo a Associação Americana de Deficiência Mental

O actual modelo proposto AAMR, o Sistema 2002, consiste numa concepção multidimensional, funcional e bioecológica de deficiência mental, aglomerando sucessivas inovações e reflexões teóricas e empíricas em relação aos modelos anteriores (Luckasson & Cols., 2002, 9.8 *cit in* Carvalho & Maciel, 2003). A AAMR menciona que a Deficiência Mental "*refere-se a limitações substanciais no funcionamento actual. É caracterizada por um funcionamento intelectual significativamente abaixo da média associado a limitações relativas a duas ou mais das seguintes áreas do comportamento adaptativo: comunicação, autonomia, actividades domésticas, socialização, autonomia na comunidade, responsabilidade, saúde e segurança, habilidades académicas, lazer e trabalho, manifestando-se antes dos 18 anos de idade*" (Santos & Morato, 2002). Assim, e de acordo com Reiss (1994), a "Responsabilidade" da existência de deficiência, que anteriormente

pertencia exclusivamente ao indivíduo, passa agora com esta nova definição por uma actuação conjunta com o envolvimento (Santos & Morato, 2002).

A AAMR (1992) explica esta definição nos seguintes termos: de um modo geral, a deficiência mental apresenta limitações substanciais a diferentes níveis (inteligência, conceptual, prática e social), mencionando o valor de 70/75 como valor-limite de QI para esta definição (recorrendo a testes normativos e a uma avaliação de foro multidisciplinar), tal como a associação a limitações no Comportamento Adaptativo que permite um maior rigor no diagnóstico de Deficiência (tentando eliminar os erros advindos da utilização abusiva de uma avaliação exclusivamente psicométrica). Outra inovação nesta definição inclui a noção da importância representada pelo envolvimento e o seu impacto no desenvolvimento humano (Santos & Morato, 2002). Importa ainda enaltecer que a Deficiência Mental se manifesta antes dos 18 anos de idade, estando portanto incluída nas perturbações que surgem habitualmente na primeira e na segunda infância ou na adolescência (Luckasson & Cols., 2002, 9.8 *cit in* Carvalho & Maciel, 2003).

Depreende-se da definição que a deficiência mental não apresenta um atributo da pessoa, mas um estado particular de funcionamento. Neste sentido, o processo de diagnóstico, de acordo com o Sistema 2002, necessita que estejam presentes três critérios: a) o funcionamento intelectual; b) o comportamento adaptativo, e c) a idade de início das manifestações ou sinais indicadores de atraso do desenvolvimento. Para que seja aplicado o diagnóstico, é necessário que as limitações intelectuais e adaptativas, identificadas pelos instrumentos de mensuração, sejam culturalmente significativas e qualificadas como deficitárias. Alguns parâmetros influenciam essa qualificação: a) os padrões de referência do meio envolvente relativamente ao que é considerado como comportamento normal ou desviante; b) a intensidade e a natureza dos ideais sociais; c) as características do grupo de referência, relativamente à pessoa avaliada; d) a demarcação etária do considerado período de desenvolvimento, convencionada e demarcada aos 18 anos de idade. Os indicadores de atraso devem então manifestar-se durante a infância ou adolescência (Carvalho & Maciel, 2003).

2.2.2. Caracterização da Deficiência Mental segundo o DSM-IV

O DSM-IV (1994) baseia-se numa classificação categorial. Estabelece categorias descritivas baseadas em sintomas e comportamentos, agrupando-os em síndromes e perturbações (não necessariamente mentais). A inclusão da deficiência mental nas suas categorias deve-se a essa abrangência, não significando a sua identificação uma perturbação mental (Carvalho & Maciel, 2003).

Segundo o DSM-IV, a característica essencial da Deficiência Mental é um funcionamento intelectual global inferior à média (Critério A), acompanhado por limitações no funcionamento adaptativo em pelo menos duas das seguintes áreas: comunicação, cuidados próprios, vida doméstica, competências sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários,

autocontrolo, competências académicas funcionais, trabalho, tempos livres, saúde e segurança (Critério B). O inicio deve ocorrer antes dos 18 anos de idade (Critério C). A Deficiência Mental pode ter etiologias diferentes e ser considerada uma via final comum de vários processos patológicos que afectam o funcionamento do sistema nervoso central (DSM-IV-TR, 2002).

O funcionamento intelectual global é definido através de um quociente de inteligência (QI ou equivalente ao QI) obtido através de um ou mais testes de inteligência aplicados individualmente (por exemplo, Escala de Inteligência de Wechsler Revista para Crianças, 3ª Edição, Escala de Stanford Binet, 4ª Edição, Bateria de avaliação de Kaufman para Crianças). Um funcionamento intelectual global significativamente inferior à média é definido como um QI de 70 ou inferior. Deste modo, é possível diagnosticar uma Deficiência Mental em sujeitos com um quociente de inteligência entre os 70 e 75, mas que revelem défices cognitivos no comportamento adaptativo. Contrariamente, a Deficiência Mental não será diagnosticada num sujeito com um QI inferior a 70 mas cujo funcionamento adaptativo não revele défices ou incapacidades significativas. Na escolha dos instrumentos para testar e interpretar os resultados deverão ser considerados factores que podem limitar o rendimento nos testes (a origem sociocultural dos sujeitos, a sua língua materna e deficiências sensoriais, motoras e comunicativas associadas) (DSM-IV-TR, 2002).

Incapacidades no funcionamento adaptativo e não um QI baixo, são as manifestações, habitualmente, presentes nos sujeitos com Deficiência Mental. Este funcionamento, refere-se ao modo como os sujeitos lidam com as situações da vida quotidiana e como cumprem as normas da independência pessoal, esperadas de alguém do seu grupo etário, origem sociocultural e inserção comunitária. O funcionamento adaptativo, contudo, pode estar influenciado por diversos factores, incluindo, a educação, motivação e características da personalidade, oportunidades vocacionais e sociais, assim como perturbações mentais e estados físicos gerais que podem coexistir com a Deficiência Mental. Os problemas de adaptação são provavelmente mais modificáveis com os esforços médicos enquanto o QI tende a tornar-se um atributo mais estável (DSM-IV-TR, 2002).

Neste sentido, é útil recolher provas dos défices de funcionamento adaptativo a partir de uma ou mais fontes independentes e fiáveis (por exemplo, avaliação de professores e história médica, evolutiva e académica). Foram elaboradas várias escalas que permitem medir o comportamento ou funcionamento adaptativo (por exemplo, Escalas de Comportamento Adaptativo de Vineland e escalas da Associação Americana de Comportamento Adaptativo e Deficiência Mental) (DSM-IV-TR, 2002).

2.2.3. Aspectos comuns às diferentes caracterizações da Deficiência Mental

As definições anteriores apresentam três aspectos em comum, nomeadamente, o funcionamento cognitivo, o comportamento adaptativo e o período de desenvolvimento (Carvalho & Maciel, 2003).

No que se refere ao funcionamento cognitivo, ou funcionamento intelectual global, este pode ser definido como um quociente de inteligência, mais vulgarmente denominado como Q.I., sendo obtido através de um ou mais testes de inteligência aplicados de forma individual (APA, 2002). Pressupõe-se sempre um determinado conceito de inteligência que poderá ser definido da seguinte forma: "*capacidade para um indivíduo se adaptar, realizar, resolver problemas, interpretar futuros estímulos para modificar comportamentos, acumular conhecimentos ou responder a itens num teste de inteligência*" (Patton, Payne & Smith, 1986 *cit in* Vieira & Pereira, 2003). Esta é uma abordagem mais psicométrica da deficiência mental, que surgiu com a obrigatoriedade escolar, que a equacionou como um atraso no desenvolvimento intelectual, observável e mensurável a partir da criação de Binet & Simon da Escala Métrica de Inteligência (Albuquerque, 1996).

A abordagem psicométrica da Deficiência Mental começou a ser contestada a partir dos anos 30. Os trabalhos relativos à natureza e definição da inteligência, as investigações sobre deficiência mental, assim como as críticas respeitantes aos testes tradicionais de Q.I. encontram-se entre as forças determinantes das novas conceptualizações e que levaram a reconhecer-se que a Deficiência Mental é multidimensional, multideterminada e não necessariamente permanente (Albuquerque, 1996).

2.2.4. Classificação da Deficiência Mental

Assim como a definição de Deficiência Mental, a classificação da mesma relativamente ao grau de severidade também não é detentora de um consenso, sendo verificada uma variação de acordo com os diversos autores no que se refere aos limites estabelecidos para cada uma delas.

A concepção de Deficiência Mental segundo a A.A.M.R., de acordo com Vieira & Pereira (2003), atribui quatro tipos de gravidade à deficiência mental, tendo cada um deles o respectivo Q.I e são os seguintes; *Deficiência Mental Ligeira (Q.I. entre os 55 e os 70); Deficiência Mental Moderada (Q.I. entre 40 e 54); Deficiência Mental Grave (Q.I. entre os 25 e os 39) e; Deficiência Mental Profunda (Q.I. inferior a 25)*. Quanto à APA (2002), também divide a gravidade da deficiência mental em quatro subtipos, contudo os valores de Q.I. que lhes correspondem são diferentes dos anteriores: *Deficiência Mental Ligeira (Q.I. entre os 50/55 até 70); Deficiência Mental Moderada (Q.I. entre 35/40 e 50/55); Deficiência Mental Grave (Q.I. entre 20/25 e 35/40) e; Deficiência Mental Profunda (Q.I. inferior a 20 até 25)*. Já de acordo com o DSM-IV-TR (DSM-IV-TR, 2002): *Deficiência Mental Ligeira (QI entre 50-55 e aproximadamente 70); Deficiência Mental Moderada (QI entre 35-40 e 50-55); Deficiência Mental Grave (QI entre 20-25 e 35-40); e Deficiência Mental Profunda (QI inferior a 20 ou 25)*.

A Deficiência Mental Ligeira é, aproximadamente, equivalente à categoria pedagógica "educável". Este grupo constitui a maioria dos sujeitos com esta perturbação (cerca de 85%). Consideradas no seu conjunto, as pessoas com este nível de deficiência desenvolvem tipicamente competências sociais e de comunicação durante os anos pré-escolares (dos 0 aos

5 anos de idade), têm deficiências mínimas nas áreas sensorimotoras, e, muitas vezes, não se distinguem das crianças normais até idades posteriores. Durante os últimos anos da sua adolescência podem adquirir conhecimentos académicos ao nível do 9º ano de escolaridade. Durante a vida adulta poderão adquirir competências sociais e vocacionais adequadas a uma autonomia mínima, mas podem necessitar de apoio, orientação e assistência quando se encontram sobre pressão social ou económica fora do habitual. Com apoios adequados, estes sujeitos podem viver normalmente na comunidade, quer de modo independente quer em lares protegidos (DSM-IV-TR, 2002).

Por sua vez, a Deficiência Mental Moderada aproxima-se à categoria pedagógica "treinável". Este termo, contudo, é antiquado e não deveria ser utilizado desta forma, uma vez que implica, erradamente, que os sujeitos com este grau de deficiência não podem beneficiar de programas educativos. Este grupo constitui cerca de 10% da população com Deficiência Mental. A maioria dos sujeitos com este grau de deficiência, podem adquirir competências de comunicação durante os anos pré-escolares. Podem beneficiar de um treino de competências sociais e ocupacionais mas têm pouca probabilidade de ultrapassar o 2º ano de escolaridade. Podem aprender a viajar de forma independente em locais familiares. Durante a adolescência as suas dificuldades em reconhecer as convenções sociais podem interferir nas relações com os colegas. Quando atingem a idade adulta, a maioria pode, sob supervisão, realizar trabalhos não especializados ou semiespecializados, em oficinas protegidas ou até no mercado geral de trabalho. Em regra, em contextos supervisionados adaptam-se bem à vida em comunidade (DSM-IV-TR, 2002).

Os sujeitos com Deficiência Mental Grave constitui 3 a 4% da população com Deficiência Mental. Durante os primeiros anos da infância adquirem pouca ou nenhuma linguagem comunicativa. Na idade pré-escolar, podem aprender a falar e serem treinados em actividades elementares de higiene. Beneficiam de forma limitada de instrução em temas pré-académicos, familiarizam-se com o alfabeto, aprendem a contar e podem adquirir competências para "ler" algumas palavras através de imagens. Quando alcançam a idade adulta, podem realizar tarefas simples sob apertada supervisão. Muitos deles têm uma boa adaptação à vida na comunidade em lares protegidos ou com as suas famílias, a não ser que apresentem uma deficiência associada que requeira cuidados especiais (DSM-IV-TR, 2002).

O grupo com Deficiência Mental Profunda engloba 1 a 2% da população com Deficiência Mental. Na maioria dos sujeitos com este diagnóstico foram identificadas situações neurológicas que conduziram à sua Deficiência Mental. No decorrer da primeira infância, manifestaram um défice de funcionamento sensorimotor. Com uma relação individualizada e um cuidador, estas crianças podem atingir um óptimo desenvolvimento. O desenvolvimento motor, as competências de comunicação e de autocuidados podem melhorar se tiverem um treino adequado. Alguns deles podem frequentar programas diários e, sob uma estreita supervisão podem executar, em contextos superprotegidos, tarefas simples (DSM-IV-TR, 2002).

Por outro lado, o diagnóstico de Deficiência Mental de Gravidade Não Especificada deverá ser utilizado quando surge uma forte suspeita de Deficiência Mental que não é detectável através dos testes convencionados de inteligência. Esta situação pode ocorrer no caso de crianças, adolescentes ou adultos com uma grande incapacidade ou que não cooperam nos testes ou, ainda, em crianças cujo funcionamento intelectual, avaliado na clínica, se situa significativamente abaixo da média, mas cuja avaliação nos testes de Bayley, Escalas de Desenvolvimento da Criança, Teste de Inteligência de Cattell e outros não fornecem valores numéricos do QI. De um modo geral, quanto mais jovem for o sujeito, mais difícil será definir a presença de Deficiência Mental, excepto em casos em que a incapacidade é profunda (DSM-IV-TR, 2002).

Todavia o Q.I. não é o único determinante para ser diagnosticada uma deficiência mental, servindo sim como uma orientação e como uma forma de comunicação entre profissionais. O que importa focar é a forma como um sujeito se adapta às suas condições de vida e às exigências do seio meio ambiente (Vieira & Pereira, 2003).

2.2.5. Perturbações e Características Associadas à Deficiência Mental

Não existem características específicas de personalidade e comportamentais unicamente associadas à Deficiência Mental. Quando se fala na conduta de indivíduos com Deficiência Mental, podemos encontrar alguns sujeitos calmos, passivos e dependentes e outros sujeitos que apresentam comportamentos impulsivos e agressivos, e com falta de comunicação que pode predispor a condutas disruptivas e agressivas que substituem a comunicação verbal (DSM-IV-TR, 2002). Alguns estados físicos gerais, associados com a Deficiência Mental, são caracterizados por alguns sintomas comportamentais, como comportamentos estereotipados, de auto-estimulação ou automutiladores. Actualmente, a noção de estereotipia originou a de auto-estimulação, evidenciando um conjunto de actividades de estimulação sensorial (estabilidade física e psicológica) organizadas pelos sujeitos como uma solução de recurso à passividade e apatia (Santos & Morato, 2002). Fonseca (1989) afirma que atribuir intencionalidade ao movimento é a única forma de o subordinar ao comportamento. Por outro lado, este tipo de comportamentos pode resultar de limitações cognitivo-perceptivas (dificuldades em organizar a multiplicidade de estímulos), corporais e motoras (planos de acção reduzidos). Neste sentido, as chamadas estereotipias não passam de manifestações de uma pequena autonomia vivida. Se assim for, então estes comportamentos não devem ser considerados como indesejáveis. Contudo, a sua presença irá condicionar todo o desenvolvimento da pessoa (Santos & Morato, 2002).

A nível cognitivo, os principais comportamentos observados e que podem ser generalizados em sujeitos com deficiência mental consistem em dificuldades em termos da capacidade de atenção, concentração e memorização, assim como um fraco limiar de resistência à frustração, associado a uma baixa motivação, atrasos no desenvolvimento da linguagem, inadequação do seu reportório social e dificuldades no processo de ensino-aprendizagem (Fonseca, 1995a *cit in* Santos & Morato, 2002). Verifica-se também uma

orientação para o concreto e egocentrismo. Em alguns casos, a hiperactividade sensorial pode originar comportamentos excessivos, evitamento de estímulos e necessidades de processamento de estímulos com baixos níveis de intensidade (Luckasson, Borthwick-Duffy, Buntinx, Coulter, Craig, Reeve, *et al.*, 2002).

Pode observar-se ainda que as esferas da comunicação e da socialização, da praxia (fina e global) e do desenvolvimento socioemocional são afectadas em todos os sentidos (Santos & Morato, 2002), ou seja, estes sujeitos revelam dificuldades tanto ao nível da expressão de sentimentos como também na percepção dos mesmos por parte de terceiros (APA, 2002). Neste sentido, podem ser vulneráveis à exploração pelos outros (por exemplo, abusos sexuais e físicos) ou à negação dos seus direitos e oportunidades (DSM-IV-TR, 2002). Contudo, Crnic (1988) recorda que indivíduos portadores de deficiência mental não constituem um grupo homogéneo, sendo verificadas diferenças nas esferas mencionadas anteriormente (Santos & Morato, 2002).

Efectivamente, os sujeitos portadores de Deficiência Mental experienciam um aumento de cerca de três a quatro vezes mais de patologias do que a restante população, pelo que, para além do diagnóstico já atribuído, podem apresentar simultaneamente um diagnóstico psiquiátrico. Neste sentido, as perturbações mentais que se verificam de forma mais frequente são: Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção, Perturbações de Humor, Perturbações da Comunicação, Pica, Esquizofrenia, Perturbações Generalizadas do Desenvolvimento, Perturbação por Movimentos Estereotipados, entre outros. Podem também estar presentes Perturbações da Personalidade, Perturbações Adaptativas e Perturbações devido a Stress Pós-Traumático (APA, 2002). Os sujeitos que têm Deficiência Mental devido a Síndrome de Down podem ter um alto risco de desenvolver uma Demência do Tipo Alzheimer. As alterações patológicas no cérebro associadas com esta perturbação desenvolvem-se normalmente com a idade, no início da década dos 40 anos, embora os sintomas clínicos de demência só sejam evidentes mais tarde (DSM-IV-TR, 2002).

As várias institucionalizações nos hospitais, as várias relações interpessoais que se estabelecem para depois se perderem, as intervenções cirúrgicas a que foram submetidos, as terapias que lhe foram impostas, entre outros, constituem algumas situações vividas por sujeitos com deficiência que explicam algumas das suas condutas que podem estar um pouco aquém da realidade. Segundo Ribeiro (1996), o facto de se sentirem como um objecto face ao que os rodeiam explica em parte as atitudes de passividade, apatia, e de desinteresse/desmotivação habitualmente apresentadas. Contudo, e apesar de este facto os poder canalizar para a tristeza, há que manipular variáveis, conhecer as suas potencialidades, fazê-los passar por situações com significação e intencionalidade onde se sintam competentes e bem sucedidos (Fonseca, 1989 *cit in* Santos & Morato, 2002), elaborando programas de ensino-aprendizagem individualizados e motivantes através de um conjunto de actividades de carácter lúdico e que impliquem a vivência de experiências pelo corpo para que, desta forma, muitas das suas dificuldades sejam minimizadas e muitas das suas potencialidades possam ser optimizadas (Santos & Morato, 2002).

A independência e a autonomia são caracterizadas, neste tipo de população, por se basearem totalmente nas actividades de terceiros. De qualquer forma, Ribeiro (1996) alerta para a necessidade de se deixar os jovens experimentarem várias situações de forma a minimizar as condutas de dependência, a longo prazo, sendo capazes de mais tarde decidirem sobre questões que lhes são próximas (autodeterminação). Neste sentido, o desenvolvimento não deve ser travado pelas actividades do mundo que rodeia as pessoas portadoras de deficiência (Santos & Morato, 2002).

2.2.6. Etiologia da Deficiência Mental

De acordo com a Associação Americana de Deficiência Mental (1992), esta não se constitui como um sinónimo de uma etiologia específica, sendo esta ideia partilhada por Ribeiro (1996), que afirma que "a abordagem pluridisciplinar não permite ainda ter uma visão clara das causas da deficiência", verificando-se uma acção conjunta e/ou acumulada de diversos factores (causas pré, peri e pós-natais) sem que se possa diagnosticar com precisão uma lesão principal. Por outro lado, e apesar da controvérsia existente à volta deste assunto e de uma necessidade emergente de um diagnóstico preciso e rigoroso, é possível estabelecer um traço comum que reside na "*perda de sistemas cerebrais que dirigem e coordenam a percepção, o movimento e a integração*". A extrema complexidade do desenvolvimento e diferenciação do sistema nervoso central contribui para a existência de causas sobre as quais recai a responsabilidade da génese da deficiência mental (Feijóo & Soares, 1983 *cit in* Santos & Morato, 2002).

De acordo com Fonseca (1995[a]), as principais causas para o aparecimento da deficiência mental englobam "*a célebre controvérsia entre "natura-cultura", onde factores de previsão cultural, factores genéticos (trissomia 21), factores de lesão cerebral, infecções e factores do meio ambiente têm um papel decisivo, influenciador e multidisciplinar do desenvolvimento global dos indivíduos*". Daí surgir a importância da história clínica dos sujeitos (situações pré, peri e pós natais), pela avaliação psicossocial e física, pela informação proveniente dos estudos etiológicos na classificação e diagnóstico da deficiência mental (anexo referente às etiologias propostas pela AAMR, 1992 *cit in* Santos & Morato, 2002).

Em 1975, Sameroff & Chandler (Horowitz & Haritos, 1998) concluem que as características ambientais pósnatais têm um papel maioritário mesmo quando comparadas com outros eventos perinatais, sendo o comportamento individual o resultado de processos de interacção entre o sujeito e o seu contexto ecológico. O envolvimento é compreendido como um conjunto variado de oportunidades de aprendizagem (Horowitz, 1987, *in* Horowitz & Haritos, 1998 *cit in* Santos & Moratos, 2002).

Uma vez que não se sabe ao certo quais as causas da deficiência mental, segundo Enguix (1998), pode falar-se em factores que facilitam o seu aparecimento, como é o caso: da *consanguinidade*, que contribui para uma maior probabilidade de transmissão de doenças hereditárias presentes na família; da *idade materna* (desde os anos 30 que se determinou a

influência da idade avançada da mãe com o aparecimento de mongolismo); do *género*, (há uma maior prevalência de deficiência mental em sujeitos do sexo masculino); e da *importância de factores sociais* (o atraso mental é mais comum quando as circunstâncias sociais e económicas são desfavoráveis).

Quanto aos factores determinantes, temos os *factores ambientais*, onde se insere a deficiência mental devida a infecção, a agentes tóxicos, a traumatismos e a mais do que uma causa provável; os *factores genéticos*, que englobam a deficiência mental devida a alterações metabólicas, a alterações cromossómicas e a tumores; e, por fim, os *factores desconhecidos*, que englobam a deficiência mental devida a influências pré natais desconhecidas, a causa desconhecida com sinais neurológicos e a mais do que uma causa provável (Enguix, 1988).

Em jeito de conclusão, a abordagem multidisciplinar, multifactorial e intergeracional mais actual neste campo, de acordo com a AAMR (1992), reporta-se à distinção de quatro grupos de causas diferentes, sendo todos eles considerados ao longo do processo de classificação: os *factores biomédicos*, relacionados com os processos biológicos (nutrição, desordens genéticas); os *factores sociais*, onde se atenta a interacção social e familiar (responsabilidade e estimulação por parte da família); os *factores comportamentais* (abuso de substâncias tóxicas, por exemplo); e os *factores educacionais*, relativos à viabilidade dos apoios educativos que promovam um desenvolvimento do comportamento adaptativo destes sujeitos (Santos & Morato, 2002).

2.2.7. Epidemiologia da Deficiência Mental

No que se refere à incidência e à frequência da deficiência mental, devido à escassez de sistemas de definição rigorosos e práticos e ao desconhecimento da sua etiologia, esta é muito mais difícil de ser determinada (Pelica, 1994 *cit in* Santos & Morato, 2002). Contudo, e de acordo com o estudo realizado por Crnic (1988), apesar das dificuldades sentidas na determinação precisa do número de crianças e jovens com deficiência mental, sabe-se que a prevalência da mesma varia bastante em relação a um conjunto de factores; todavia, é possível constatar que é menos incidente em crianças mais novas do que em crianças em idade escolar ou adolescentes (assim, a escola funciona como factor de despistagem – Mercer, 1973, *in* Crnic, 1988 *cit in* Santos & Morato, 2002) e denota uma maior incidência (cerca do dobro) no sexo masculino do que no sexo feminino (Mumpower, 1970, *in* Crnic, 1988 *cit in* Santos & Morato, 2002), verificando-se uma proporção de Homem/Mulher de cerca de 1,5:1 (APA, 2002).

A prevalência de Deficiência Mental devido a factores biológicos conhecidos é muito semelhante entre crianças de classes socioeconómicas altas e baixas, à excepção dos casos em que factores etiológicos estão claramente relacionados com um nível socioeconómico baixo, nomeadamente a intoxicação por chumbo e partos prematuros. Também nos casos em que não é possível determinar nenhuma causa biológica específica, existe uma maior representação dos níveis socioeconómicos mais baixos (APA, 2002).

2.3. Envelhecimento em sujeitos portadores de Deficiência Mental

O envelhecimento neste tipo de população nos últimos 20 anos nem sequer estava a ser questionado por cientistas, clínicos, ou analistas políticos (Seltzer, Heller & Krauss, 2004). Tradicionalmente, o principal foco de interesse da sociedade para cidadãos com deficiência mental esteve centrado na população mais jovem, discriminando o envelhecimento de sujeitos de idades mais avançadas (O'Connor *et al.,* 1970 *cit in* DiGiovanni, 1978). Contudo, actualmente, os sujeitos portadores de deficiência mental de idade mais avançada, têm-se tornado num ponto de preocupação maior agora do que no passado (DiGiovanni, 1978), uma vez que se verificou um aumento de sujeitos idosos nesta população específica. A melhoria que se tem verificado ao nível dos cuidados institucionais e residenciais assim como os avanços de assistência pública e tecnológica nos programas de saúde aumentaram a qualidade de vida destes sujeitos. De facto, o aumento da esperança média de vida de sujeitos portadores de Deficiência Mental é um dos maiores sucessos no que toca ao desenvolvimento da saúde pública na segunda metade do século XX (Fisher & Kettl, 2005). Sayder & Wollner (1974) encontraram 199 sujeitos portadores de deficiência mental institucionalizados em Ontario em 1960 com idades compreendidas entre os 70 e os 88 anos de idade, enquanto existia somente uma pessoa institucionalizada em 1930 (DiGiovanni, 1978). De facto, estudos de autores como Talkington & Chiovaro (1969), Bell & Zubek, (1960), Callison *et al.,* (1971), Mueller & Porter, (1969) e O'Connor *et al.,* (1970), fazem referência a um aumento significativo na idade de sujeitos portadores de deficiência mental (DiGiovanni, 1978).

Actualmente, a esperança média de vida de pessoas portadoras de deficiência mental é de 66 anos de idade (Fisher & Kettl, 2005). Contudo, adultos com este tipo de deficiência podem ter uma esperança média de vida semelhante aos seus pares que não são portadores de deficiência mental, ou seja, podem alcançar os 77 anos de idade ou mais. Indivíduos com Síndrome de Down, a maior causa de deficiência mental, deparam-se com um aumento para mais do dobro no que toca à esperança média de vida. Em 1983, a média de idades para sujeitos com esta síndrome era de 25 anos de idade. Já por volta de 1997, verificou-se um aumento para os 49 anos de idade. Devido a esse facto, indivíduos com deficiência mental começaram a confrontar-se com as mesmas doenças crónicas que afectavam a restante população, como por exemplo, doenças cardiovasculares, cancro, diabetes, entre outras (Fisher & Kettl, 2005). Passando a ser estas a causa de morte em sujeitos portadores de deficiência mental e não a deficiência mental em si, como antes se acreditava (Perri, 2004).

Habitualmente, as pessoas portadoras de Deficiência Mental apresentam características semelhantes aos sujeitos com mais de 65 anos de idade. Deste modo, os ajustes às mudanças biológicas e às necessidades de serviços são semelhantes às das pessoas de idade mais avançada (Díaz & Rodriguez, 2004). Numa revisão da literatura acerca do envelhecimento em sujeitos portadores de deficiência mental, DiGiovanni (1978) faz referência a estudos que sugerem que o processo de envelhecimento em sujeitos com deficiência mental é muito semelhante aos sujeitos que não são portadores deste tipo de deficiência. De facto, as características associadas a um envelhecimento considerado "normal" são também evidentes

nestes sujeitos, sendo elas: degradação física, deterioração ou deficiência mental, redução da capacidade intelectual, sensação de perda pessoal e rejeição familiar, excesso de tempo livre desprovido de actividades de lazer e dependência física e psicológica (Cotten *et al.*, 1981).

As diferenças do envelhecimento nestes sujeitos e nos sujeitos considerados normais explicam-se mais, pelo atraso que têm sofrido durante toda a sua vida, do que pela idade já que cada pessoa vive o seu próprio envelhecimento e, portanto, a variabilidade destes é constante em todos os indivíduos, diferindo sobretudo na origem e no tipo de atraso mental. Nas pessoas com deficiência mental produz-se uma aceleração do processo fisiológico de envelhecimento, o que levará a um aumento de pessoas envelhecidas numa idade menos avançada. Este envelhecimento prematuro justifica que se tenha estabelecido o seu início por volta dos 45 anos de idade, idade a partir da qual, uma vez que se produz uma repercussão importante na qualidade de vida do sujeito com deficiência mental, se incrementa a taxa de mortalidade nesta população (Díaz & Rodríguez, 2004).

Neste sentido, para esta população o envelhecimento apresenta-se então de três formas: o envelhecimento clássico, o envelhecimento individual e o envelhecimento patológico. O primeiro refere-se às diminuições e disfunções progressivas que se encontram associadas à idade, ou seja, modificações na aparência, problemas a nível visual, fragilidades ósseas, entre outras, sendo estas manifestações semelhantes aos sujeitos não portadores de Deficiência Mental. A sua esperança média de vida será semelhante à da população em geral assim como os problemas a nível da saúde. Contudo, o facto de terem presente uma deficiência intelectual pode comprometer o seu reconhecimento e como consequência pode comprometer a vivência de um envelhecimento saudável. Por sua vez, o envelhecimento individual, reflecte as condições de vida destes sujeitos, que estão dependentes da etiologia da deficiência e da forma como é vivido todo o processo de desenvolvimento pessoal e social. Este envelhecimento é também característico de todos os sujeitos, sendo eles portadores ou não de Deficiência Mental. Contudo, nestes indivíduos alcança outra dimensão, uma vez que ao longo da sua vida podem ter tido atitudes que, a longo prazo, os levará a um envelhecimento individual mais acentuado, especialmente devido ao uso de medicamentos específicos. Já o envelhecimento patológico se relaciona com as patologias associadas à idade e que afectam particularmente esta população (Breintenbach, 1999: 24-25 *cit in* Bento, 2008).

2.4. Principais alterações físicas relacionadas com o processo de envelhecimento em sujeitos portadores de Deficiência Mental

2.4.1. Diminuição da capacidade Visual

É comum que os sujeitos portadores de Deficiência Mental sofram de problemas a nível visual, nomeadamente cataratas, ceratocone, estrabismo, nistagmo, anormalidades da

córnea, hiperplasia e incorrigíveis erros refractivos, sendo este últimos os mais comuns como causa da diminuição da capacidade visual nesta população (Fisher & Kettl, 2005). Esta é normal com o decorrer da idade, contudo, nesta população específica, pode não haver uma rotina tão cuidada no que se refere ao tratamento e prevenção de problemas visuais, levando ao seu agravamento. Além do mais, a severidade da Deficiência Mental está associada ao aumento da prevalência de problemas a nível visual. Nesta população, os adultos estão em maior risco de sofrer de problemas visuais e de experimentar as suas alterações (cataratas, erros refractivos, retinopatia e glaucoma) a partir dos 35 anos de idade, o que ocorre mais cedo do que na população considerada normal (Fisher & Kettl, 2005).

2.4.2. Problemas Auditivos

No que se refere à perda da capacidade auditiva, indivíduos portadores de Deficiência Mental estão mais sujeitos a uma diminuição da mesma, começando esta a ocorrer por volta dos 50 anos de idade. Por exemplo, 70% dos sujeitos institucionalizados entre os 50 e os 59 anos de idade têm uma perda auditiva moderada, severa ou muito severa. Comparando os efeitos com as perdas auditivas de sujeitos que não são portadores de Deficiência Mental, verifica-se que as incapacidades auditivas aparecem muito mais tarde, ou seja, 25% dos adultos entre os 65 e os 74 anos de idade, experienciam perdas auditivas, verificando-se um aumento para 50% em sujeitos com mais de 85 anos de idade (Fisher & Kettl, 2005).

2.4.3. Problemas Orais

Uma saúde oral pobre e um acesso limitado ao cuidado dentário pode ter um impacto na qualidade de vida de sujeitos portadores de Deficiência Mental, contribuindo para dificuldades a nível da alimentação, discurso, dores e sono. Estudos efectuados revelam que esta população tem uma maior probabilidade de prevalência de cáries e de outras doenças peridontais quando comparadas com a restante população (Fisher & Kettl, 2005).

2.4.4. Problemas de Saúde

Verifica-se também que problemas ao nível da tiróide são mais comuns neste tipo de população. De acordo com um estudo efectuado, foi encontrado um aumento na hormona de estimulação da tiróide (TSH) em 48% dos sujeitos institucionalizados portadores de Deficiência Mental (Fisher & Kettl, 2005).

Comparando com a população geral, verifica-se que os sujeitos portadores de Deficiência Mental têm uma maior probabilidade de sofrerem de problemas de obesidade, de diabetes e de problemas cardíacos (Fisher & Kettl, 2005). Um estudo efectuado em adultos com Síndrome de Down revela que 31% dos indivíduos do sexo masculino e 22% dos indivíduos do sexo feminino tinham excesso de peso, definido como um índice de massa corporal (IMC) de 25-29, enquanto 48% dos sujeitos do sexo masculino e 47% dos sujeitos do sexo feminino eram obesos (IMC 30). Nesta população as causas da obesidade ocorrem devido a vários

factores, nomeadamente, comportamentos alimentares pobres, ingestão de quantidades excessivas de calorias, um metabolismo mais lento, exercício físico reduzido, hipotonia e anormalidades endócrinas. Nesta população, as doenças cardiovasculares estão presentes em idades mais precoces e têm uma maior probabilidade de aumentar com o avanço da idade. Num estudo efectuado, verificou-se um aumento do risco de problemas cardiovasculares em 202 adultos com Deficiência Mental com idades compreendidas entre os 20 e os 50 anos de idade (Fisher & Kettl, 2005).

A Osteoporose pode também ser um problema de grandes dimensões em sujeitos com Deficiência Mental. Num estudo efectuado em 23 acamados, portadores de Deficiência Mental, com uma nutrição adequada, incluindo, uma boa ingestão de cálcio, verificou-se um baixo nível de densidade mineral dos ossos assim como baixos níveis de vitamina D. De entre os sujeitos em estudo, os que tinham mais de 50 anos de idade eram os que estavam mais propícios a ter fracturas ósseas e fracturas vertebrais (Fisher & Kettl, 2005). Estes sujeitos são também os que têm uma maior probabilidade de experienciar complicações referentes às doenças ósseas, incluindo, osteoartrite. Altos níveis de osteoartrite e fracturas ósseas nestes sujeitos, podem levar a uma agitação inexplicável, diminuição da actividade e diminuição da interacção social (Fisher & Kettle, 2005).

2.4.5. Problemas Comportamentais

O reconhecimento de problemas mentais nestes sujeitos é difícil, especialmente devido à presença de sintomas atípicos, dificuldades de comunicação e "diagnósticos camuflados". Com diagnósticos encobertos, os sintomas fora do normal são atribuídos à deficiência mental, enquanto uma psicopatologia coexistente é muitas vezes negligenciada. Doenças mentais severas e persistentes, incluindo alterações do comportamento ou esquizofrenia, são mais comuns do que na restante população, assim como sintomas comportamentais, tais como agitação ou agressividade, perturbações do sono, perturbações de ansiedade e comportamentos de auto-agressão (Fisher & Kettl, 2005).

Um estudo efectuado recentemente compara perturbações psiquiátricas em sujeitos de idade avançada e jovens adultos com dificuldades de aprendizagem. Os investigadores descobriram que os sujeitos de idade avançada com Deficiência Mental são mais susceptíveis de ter sintomas psiquiátricos do que os jovens adultos nas mesmas circunstâncias (Fisher & Kettl, 2005). Na totalidade, 68,7% dos sujeitos com idades superiores a 65 anos tinham algum tipo de morbidade psiquiátrica comparando com os 47,9% dos sujeitos com idades menos avançadas. Foram encontrados resultados semelhantes nos dois grupos relativos à esquizofrenia (cerca de 3% nos dois grupos) e ocorrências de episódios depressivos (cerca de 9%). Contudo, 21,6% do grupo de idades mais avançadas também tinha demência, comparando com somente 2,7% do grupo mais novo. Assim, a maior parte das diferenças na morbidade psiquiátrica entre os dois grupos está no maior risco de demência e dos seus sintomas psiquiátricos associados (Fisher & Kettl, 2005).

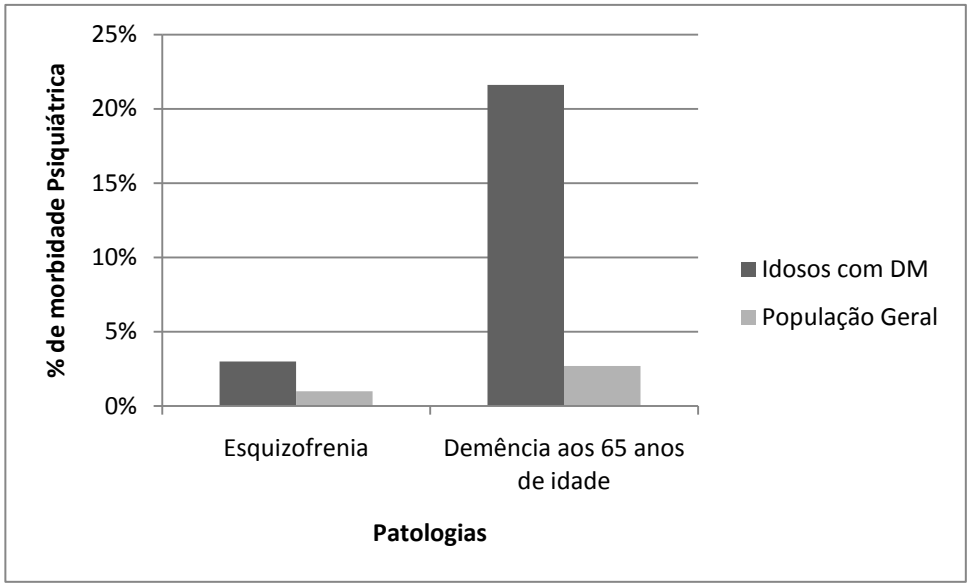

Figura VI – Morbidade Psiquiátrica no envelhecimento da população

2.4.5.1. Demência

A frequência da Demência em sujeitos com Deficiência Mental é desconhecida. Os cuidadores destes sujeitos devem verificar alterações nas suas habilidades na realização das Actividades da Vida Diária (AVD's) ou em actividades que promovam prazer a estes indivíduos, tal como a realização de jogos. Podem também recorrer a uma ferramenta de avaliação cognitiva mais formal, como o caso do Mini-Mental Status Exam (MMSE), em sujeitos portadores de deficiência mental média, de modo a verificar o declínio cognitivo ao longo do tempo (Fisher & Kettl, 2005).

Inicialmente acreditava-se que todos os sujeitos portadores de Deficiência Mental iriam desenvolver a doença de Alzheimer. Embora, os sujeitos com Síndrome de Down sofram mais de demência do que os seus pares com outro tipo de deficiência mental, e do que a restante população considerada normal (Gráfico 2), a doença não é obrigatoriamente presente em todos os sujeitos com Síndrome de Down (Fisher & Kettl, 2005).

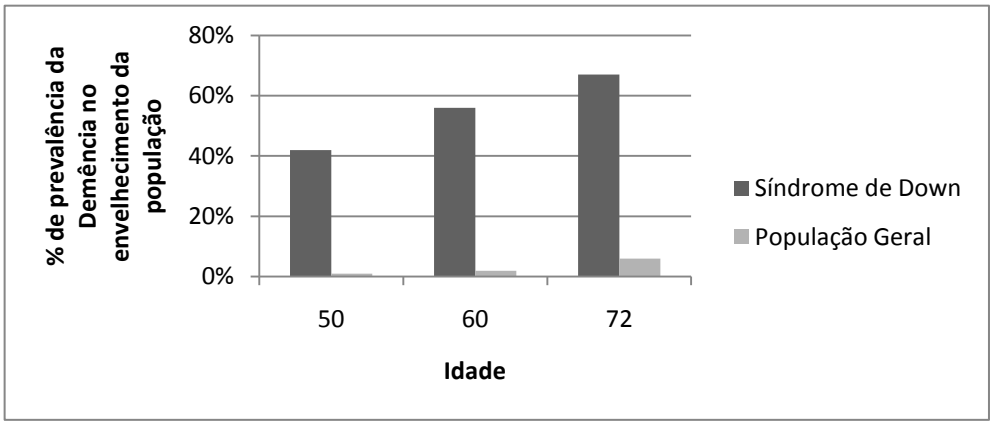

Figura VII – Prevalência da Demência na população

Um estudo efectuado com 134 adultos com todos os tipos de Deficiência Mental, com idades superiores aos 65 anos, revelou que 20% tinham Demência. Com o aumento da idade, também aumenta o risco de surgir Demência. Aos 88 anos de idade, 52% dos adultos sem Síndrome de Down desenvolveram demência (Fisher & Kettl, 2005). Sintomas psicóticos, particularmente delírios persecutórios, complicam a tarefa de tratar de adultos com deficiência mental. Outros sintomas psiquiátricos de demência como agressões, perturbações do sono e alucinações ocorrem de forma habitual (Fisher & Kettl, 2005).

Dois estudos distintos revelam que a presença de demência em indivíduos com idade superior a 50 anos e com Síndrome de Down é de 42%. Antes dos 50 anos de idade, a percentagem de demência nos mesmos sujeitos varia consoante os estudos, contudo há uma elevada percentagem de demência em sujeitos com Síndrome de Down em qualquer um deles. A demência foi encontrada em 56% dos sujeitos com Síndrome de Down e com idades superiores a 60 anos, e em 67% dos sujeitos com idades superiores a 72 anos. Assim, sujeitos com Síndrome de Down e Demência são mais prováveis de sofrer de distúrbios de sono, alucinações, níveis de humor baixos e falta de descanso do que os seus pares com Deficiência Mental e Demência, mas têm também uma menor probabilidade de serem agressivos (Fisher & Kettl, 2005).

III. Representações sociais

3.1. O conceito de representação social

A Teoria das Representações Sociais (TRS) foi fundada por S. Moscovici na década de 1960, surgindo no contexto de desenvolvimento da Psicologia Social europeia (Sancovschi, 2007). Tem sido uma base essencial para as pesquisas teóricas, daqueles que procuram compreender os significados e os processos neles implicados, e que foram criados pelos homens para explicar o mundo e o seu significado dentro do mesmo (Almeida, Santos & Trindade, 2000, p.1 *cit in* Almeida & Cunha, 2003).

As representações sociais são encaradas como um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no quotidiano, no curso de comunicações interindividuais. Elas são equivalentes, na nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais, podendo mesmo ser vistas como uma versão contemporânea do senso comum (Moscovici, 1981 p.181 *cit in* Veloz *et al.*, 1999). Podem ser definidas como um resultado de processos psíquicos e cognitivos individuais, que formam um conhecimento elaborado e que é compartilhado dentro de um conjunto social de modo a formar uma realidade comum entre os sujeitos que fazem parte desse mesmo conjunto. São representações da palavra, são pensamentos, ideias, imagens, opiniões e organizações do próprio conhecimento, que se encontram na consciência do sujeito. O termo utilizado na representação tende a servir de substituição ou de interpretação aos objectos ou sujeitos, substituindo a nomeação inicial ou dando significados compreensíveis a toda a sociedade (Doise, 1986, citado por Jodelet *cit in* Guerra & Cunha, 2010). Jodelet menciona ainda a importância de os estudos de

representações sociais considerarem o grupo sociocultural a que o sujeito pertence, pois isso possibilita capturar-se a influência do grupo sobre o sujeito e vice-versa, uma vez que a actividade estudada pode ser efeito dos processos compartilhados entre os indivíduos. Ainda segundo a autora, algumas ideologias podem até ser impostas, mas observa-se a afinidade com as formas de pensamento da classe, do meio ou do grupo a que se pertence, em razão da solidariedade e da afiliação social. Isto acontece devido ao facto de se entender que compartilhar uma ideia ou linguagem é também afirmar um vínculo social e uma identidade (Guerra & Cunha, 2010).

As representações sociais são então produzidas através das interacções e comunicações no interior dos grupos sociais, reflectindo a situação dos indivíduos no que diz respeito aos assuntos que são objecto do seu quotidiano (Veloz *et al.,* 1999). São um saber prático (Moscovici & Hewstone, 1985 *cit in* Veloz *et al.,* 1999). São justamente elas, o principal objecto de estudo das representações. A função essencial da representação social, para aqueles que representam, é tornar aquilo que não é familiar em algo familiar, próximo e prático (Moscovici, 1981 *cit in* Veloz *et al.,* 1999). Essa função relaciona-se com a tentativa de representar uma realidade pouco conhecida a partir do que se sabe dela (Veloz *et al.,* 1999).

As representações sociais apresentam dois aspectos indissociáveis: o figurativo e o significante (Moscovici, 1976; Herzlich, 1972; Jodelet, 1986 *cit in* Veloz *et al.,* 1999). O aspecto figurativo situa-se num nível do processo de objectivação, que transforma noções abstractas (como o caso do envelhecimento) em elementos quase tangíveis e visíveis no âmbito da vida quotidiana. A objectivação envolve determinadas operações simbólicas e estruturantes, pelas quais se dá uma forma ao conhecimento prático acerca da realidade que é objecto da representação. De acordo com Jodelet (1989), é esta operação que permite a materialização da palavra e a reabsorção do excesso de significados pelos quais uma realidade é representada. Por conseguinte, de todas as palavras que representam um assunto, aquelas fracções que melhor o descrevem por imagens constituem os núcleos figurativos (Moscovici, 1981 *cit in* Veloz *et al.,* 1999).

A análise estrutural das representações sociais considera três dimensões distintas: a dimensão do campo da representação ou imagem; a dimensão da informação e a dimensão da atitude. A dimensão do campo remete-nos para a estrutura interna dos conteúdos das proposições relativas a um determinado objecto da representação. Esta torna possível a constatação de que uma representação é sempre uma unidade de elementos ordenada, estruturada e hierarquizada. Por sua vez, a dimensão da informação refere-se à quantidade e à qualidade de informações que o grupo detém a respeito de um determinado assunto social, ou seja, tudo aquilo que uma pessoa sabe acerca do objecto de representação. Por fim, a ultima dimensão, ou seja, a dimensão da atitude espelha as orientações positivas ou negativas relativamente ao objecto socialmente representado, seja uma atitude favorável, desfavorável ou neutra (Moscovici, 1976 *cit in* Veloz *et al.,* 1999).

Nas representações sociais estão ainda envolvidos dois processos que tornam possível a familiarização ou a construção da representação social, sendo eles a ancoragem e a objectivação. A ancoragem é o processo que aproxima aquilo que é estranho, perturbador, incompreensível, o que não pode ser comunicado, a alguma categoria já existente. Neste processo, é importante que não se sobrecodifiquem estes factores por categorias pré-existentes. Neste sentido, o processo de ancoragem deve considerar simultaneamente o movimento de familiarização do não-familiar e os de desfamiliarização do familiar (Arruda, 2000 *cit in* Sancovschi, 2007). Por sua vez, a objectivação é o processo pelo qual as representações assumem a forma concreta, seja ela através de imagens produzidas, seja através de objectos (Sancovschi, 2007).

3.2. Representações sociais do envelhecimento

Existe uma variedade de opiniões acerca do que é ser "velho" e existe também uma variedade de contextos que o determinam, podendo ser analisados os elementos comuns que propiciam a classificação ou o reconhecimento como velhos, que na sua maioria aparece como uma visão preconceituosa e muitas vezes depreciativa (Guerra & Caldas, 2010). A percepção social que cada um de nós tem acerca do envelhecimento, não é estática e tem tendência a modificar-se à medida que nos vamos tornando mais velhos, ou seja, tem tendência a alterar-se segundo a etapa evolutiva em que cada um de nós se encontra (Marín *et al.,* 2001).

Historicamente, na nossa sociedade, as pessoas com idades mais avançadas têm sido encaradas como um grupo minoritário e têm sido estereotipadas e discriminadas devido à sua idade (Schalock & Siperstein, 1997).

Recorrendo a várias investigações levadas a cabo ao longo das últimas décadas, acerca de como é que era percebida a velhice, Marín, Troyano & Vallejo (2001), verificaram que na década de 50 se salienta a percepção do envelhecimento como um processo onde prima a decadência e a deterioração, sendo-lhe atribuída a responsabilidade pela perda de capacidades físicas e mentais, pelo isolamento e pela irresponsabilidade (Magalhães *et al.*, 2010), coerente com o que Butler (1969) denominaria de *idadismo*, juntamente com a existência de relações entre a idade de quem conceituava e a sua resposta (imagens mais negativas em jovens e com matizes mais positivas com o aumento da idade do respondente). Encontrou também influência da situação vivida por quem elaborava o conceito (estado de ânimo e características da personalidade) sobre o juízo emitido. Deste modo, atitudes autoritárias, pessimismo e desorientação acerca do futuro reforçavam estereótipos negativos acerca da velhice (Parales & Dulce-Ruiz, 2002). Já na década de 70, verifica-se a continuação de uma imagem negativa associada a esta fase da vida, sendo os indivíduos considerados como pessoas passivas e intolerantes. Mais tarde, na década de 90, surgem investigações, nomeadamente as realizadas pelo Centro de Investigações da Realidade Social (CIRES), que apontam para uma mudança significativa dos adjectivos acerca das pessoas idosas,

verificando-se uma maior visibilidade dos traços positivos do colectivo, sendo os sujeitos descritos como sábios, serenos e inteligentes (Magalhães *et al.*, 2010).

Apesar de ao longo dos anos se ter verificado uma alteração acerca da forma como se percepcionam os sujeitos de idade mais avançada, verifica-se ainda hoje uma persistência, embora menos demarcada, de alguns estereótipos negativos, sendo os idosos percebidos como torpes, doentes e inúteis (Magalhães, 2010). Habitualmente, o envelhecimento é encarado pela sociedade como um aspecto negativo, desconhecido por parte da população geral, trazendo situações que impossibilitam o desenvolvimento de oportunidades de viver a velhice no seu pleno e com maior qualidade de vida (Mediondo; Bulla, 2002 *cit in* Silva, Fossatti & Portella, 2007). A velhice encontra-se muito associada à decadência, não somente no que toca ao desgaste e decadência física, mas também se encontra muito associada à doença, à dependência e decadência mental. Muitas vezes, a própria palavra do idoso é subestimada, sendo frequentemente descartada a sua opinião como individuo neste processo e sendo mesmo este encarado como um fardo, como um problema onde a única resolução culmina com a morte (Guerra & Caldas, 2010).

Encarar o envelhecimento de uma forma preconceituosa e depreciativa, acontece, muitas das vezes, devido a falta de informação acerca deste processo, acabando por gerar significados e imagens negativas, comprometendo a vivência e a interacção intergeracionais. A forma como encaramos os significados pode ou não levar à exclusão ou mesmo à valorização do idoso na sociedade (Guerra & Cunha, 2010).

De acordo com Motta, a sociedade privilegia a juventude e a beleza, e os próprios sujeitos com idade mais avançada tentam evitar a classificação de velhice. Ou seja, arranjam forma de se manterem jovens ou disfarçarem a idade (Guerra & Cunha, 2010).

De acordo com pesquisas efectuadas, a condição de idoso ainda é desvalorizada. E não o é somente pela população mais nova. Mesmo pessoas com idades superiores a sessenta anos têm percepções de perdas, de incapacidades e de doenças salientes na representação da velhice (Veloz *et al.*, 1999).

3.3. Representações sociais do envelhecimento em sujeitos portadores de deficiência mental.

As atitudes da sociedade por vezes encontram-se moldadas pelo pensamento de uma maioria acerca de uma minoria dentro da população (Schalock & Siperstein, 1997). "*As minorias caracterizam-se como um grupo de pessoas que, devido à sua idade, à sua raça, ao seu aspecto físico, à sua cultura ou às suas características é excluído ou menosprezado pela restante população onde eles próprios estão inseridos, através de um tratamento diferente e inadequado, vendo-se eles próprios como objectos colectivos de uma discriminação*" (Wirth, 1945 *cit in* Schalock & Siperstein, 1997).

A relação da sociedade com os sujeitos portadores de Deficiência Mental tem sofrido alterações com o decorrer dos anos, tanto no que se refere aos pressupostos filosóficos que a determinam, como no que se refere ao conjunto de práticas às quais esta se objectiva

(Aranha, 2001). Contudo torna-se importante pensar acerca de como é que a sociedade encara o envelhecimento destes sujeitos.

O século XXI trouxe consigo ideais de aceitação e de igualdade para com a vida de pessoas portadoras de Deficiência Mental. O que se encontra estabelecido, tanto por governos como por instituições responsáveis, é que estes sujeitos sejam incluídos na sociedade, tenham direitos, independência e poder de escolha (Department of Health, 2001 *cit in* Wilkinson & McGrill, 2009). Os governos reconhecem a importância da criação de atitudes positivas face a estes sujeitos para que haja uma integração na sociedade com sucesso (Department of Health and Social Security, 1985 *cit in* Wilkinson & McGrill, 2009). Porém, esta ambição nem sempre se verifica, pois, muitas vezes a opinião pública é de que os "sujeitos deficientes" são diferentes (Wolfensberger 1972; p.13 *cit in* Wilkinson & McGrill, 2009). Wolfensberger (1972) constatou que muitas vezes os sujeitos portadores de Deficiência Mental são declarados como: subhumanos, ameaças, seres pavorosos ou que despertam pena, sujeitos demasiado inocentes, organismos doentes, objectos do ridículo, crianças eternas. Então, quando estas pessoas são conotadas desta forma as expectativas em relação a elas decrescem acentuadamente (Wilkinson & McGrill, 2009).

É importante considerar que os sujeitos com Deficiência Mental se deparam com dois tipos de problemas, uma vez que a sociedade os encara não só como sujeitos com uma deficiência mental, mas também como sujeitos de idade avançada, sendo estes dois factores, actualmente, ainda encarados de forma negativa por grande parte da sociedade (Schalock & Siperstein, 1997).

Consequentemente, um factor a ter em conta é reconhecermos que as nossas atitudes perante o envelhecimento e perante a deficiência mental interagem de modo a afectar a natureza da integração na sociedade dos sujeitos com deficiência mental em processo de envelhecimento e verificar como os factores culturais constroem as nossas atitudes perante as pessoas mais velhas com Deficiência Mental (Schalock & Siperstein, 1997).

ANEXO II

Questionário Nº:_____

Questionário

O presente questionário está inserido no âmbito de investigação de Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. O objectivo deste estudo é conhecer o que se pensa acerca do envelhecimento de sujeitos portadores de deficiência mental.

As respostas ao questionário são confidenciais e anónimas, não havendo respostas certas ou erradas. É importante que dê uma resposta espontânea e imediata.

Obrigada pela participação.

Questionário sóciodemográfico

Idade:____ anos

Género: ☐ Masculino
☐ Feminino

Escolaridade/Habilitações literárias:

☐ menos de 4 anos de escolaridade
☐ 4 anos de escolaridade (1.º ciclo do ensino básico)
☐ 9.º ano (3.º ciclo do ensino básico)
☐ 12.º ano (ensino secundário)
☐ Licenciatura/ Bacharelato
☐ Mestrado
☐ Doutoramento
☐ Outros

Última Profissão: _____

Residência: ☐ Meio rural
☐ Meio urbano

O seu agregado familiar tem:

Pessoas com idades superiores a 60 anos. ☐ Sim
☐ Não

Pessoas portadores de Deficiência Mental. ☐ Sim
☐ Não

1. Pensa no envelhecimento?

1	2	3	4	5
Sempre	Muitas Vezes	Ocasionalmente	Poucas Vezes	Nunca

2. Pensa no envelhecimento em sujeitos portadores de deficiência mental?

1	2	3	4	5
Sempre	Muitas Vezes	Ocasionalmente	Poucas Vezes	Nunca

3. Em média, até que idade considera que um individuo portador de Deficiência Mental vive?

_____ anos.

4. Como considera que é o envelhecimento de uma pessoa portadora de Deficiência Mental?

_____
_____
_____
_____
_____
_____.

5. Considera que existem diferenças entre o envelhecimento da população com Deficiência Mental em relação aos sujeitos considerados "normais"?

☐ Sim

☐ Não

Se sim, quais as diferenças?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

6. Quais considera que são as necessidades de um idoso portador de Deficiência Mental?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

ANEXO III

Tabelas de Categorias

Acordo: Passar para "outros" categorias com frequência inferior a 2.

Como considera que é o envelhecimento de uma pessoa portadora de Deficiência Mental?

Transcrição	Frequência	Categoria
Igual	13	Semelhante
Normal	5	Semelhante
Ocorre naturalmente	1	Semelhante
Triste e solitário	11	Triste e solitário
Acabam por ficar sozinhos	1	Triste e solitário
Doloroso	9	Doloroso
Sofrem mais	2	Doloroso
Angustiante	1	Doloroso
Custoso	1	Doloroso
Pode não ter muita qualidade de vida	5	Diminuição da Qualidade de Vida
Muito dependente	3	Dependência
Dependente	5	Dependência
Cuidados permanentes	1	Dependência
Mais rápido	8	Envelhecimento Precoce
Processo de envelhecimento precoce	4	Envelhecimento Precoce
Acelerado	1	Envelhecimento Precoce
As características da DM acentuam-se	5	Agravamento da DM
Depende do grau de DM	12	Depende do grau de DM
Acompanhamento de pessoas especializadas	*7*	Cuidados especiais e direccionados
Doloroso para os cuidadores	4	Doloroso para os Cuidadores
Se forem acompanhados terão um envelhecimento menos difícil	5	Com acompanhamento o envelhecimento é menos difícil
Abandono de familiares	3	Negligência Familiar
Bastante complicado	4	Complexo
Problemático	3	Complexo
Dramático	1	Complexo
Mau	1	Complexo
Difícil	16	Complexo
Complicado	8	Complexo
Limitações	5	Complexo
Obstáculos	2	Complexo
Grave	1	Complexo

Não se apercebem que estão a envelhecer	7	Falta de percepção do processo envelhecimento
Falta de integração no trabalho	1	Exclusão Social
Isolamento	1	Exclusão Social
Vida social mais limitada	2	Exclusão Social
A mentalidade da pessoa "normal" não aceita a pessoa diferente	1	Exclusão Social
Exclusão da sociedade	3	Exclusão Social
A sociedade actual não está devidamente preparada para dar respostas adequadas a estes sujeitos	1	Exclusão Social
São considerados "coitadinhos"	3	Exclusão Social
Acompanhamento continuo e permanente	1	Outros
Falta de apoios do estado	2	Outros
Maioria das infraestruturas não estão adaptadas	2	Outros
Envelhecimento mais lento	1	Outros
Poucos apoios	2	Outros
Menos capacidades de resiliência	2	Outros
A DM pode acarretar diversos problemas de saúde para além da DM	1	Outros
Depende do ambiente sócio-económico onde está inserido	1	Outros
Depende do carácter e personalidade dos familiares	1	Outros
Diferente	2	Outros
Falta de condições na nossa sociedade	1	Outros
Se tiver consciência deste processo é difícil e problemático	1	Outros
Existem apoios, instituições e técnicos qualificados para ajudar	1	Outros
Maior deterioração cognitiva	1	Outros
Não sei	2	Outros
Sem resposta	8	Sem resposta

ANEXO IV

Tabelas de Categorias

Acordo: Passar para "outros" categorias com frequência inferior a 2.

Considera que existem diferenças entre o envelhecimento da população com Deficiência Mental em relação aos sujeitos considerados "normais"?

Transcrição	Frequência	Categoria
Envelhecimento mais rápido	6	Envelhecimento Precoce
Envelhecimento mais acentuado	2	Envelhecimento Precoce
Envelhecimento semelhante	4	Semelhante
Pessoas dependentes	6	Mais dependente
Mais dependente	7	Mais dependente
Dependência de terceiros	5	Mais dependente
Falta de autonomia	6	Mais dependente
Menos independência	4	Mais dependente
Acompanhados por instituições	3	Institucionalizados
Falta de atenção	1	Negligência Afectiva
Isolamento e abandono profundo	5	Negligência Afectiva
Solidão	1	Negligência Afectiva
Falta de apoio	2	Negligência Afectiva
Falta de carinho	4	Negligência Afectiva
Acompanhamento de terceiros	4	Acompanhamento especializado
Acompanhamento	5	Acompanhamento especializado
Cuidados diferentes	3	Acompanhamento especializado
Cuidados especiais	4	Acompanhamento especializado
Acompanhado por pessoas qualificadas	2	Acompanhamento especializado
Precisam de mais ajuda médica	2	Acompanhamento especializado
Insuficientemente apoiados quer técnica, quer de apoios sociais.	7	Falta de suporte social
Escassez de instituições disponíveis e preparadas	1	Falta de suporte social
Falta de cidadania do povo	1	Exclusão social
Exclusão Social	6	Exclusão Social
Limitações na integração social	4	Exclusão Social

Encargo maior	1	Exclusão Social
Tratadas de maneira diferente	2	Exclusão Social
Não tem acesso ao mundo normal	1	Exclusão Social
Discriminação	4	Exclusão social
Marginalizados	1	Exclusão Social
Menor consciência do processo de envelhecimento	5	Menor consciência do processo de envelhecimento
Falta de percepção do processo	3	Menor consciência do processo de envelhecimento
Têm menos acompanhamento	4	Falta de acompanhamento
Falta de acompanhamento familiar	1	Falta de acompanhamento
Depende da severidade da DM	4	Dependente do grau de DM
Depende da sua deficiência	4	Dependente do grau de DM
Redução da qualidade de vida	3	Menor qualidade de vida
Muitas	3	Diversas
Agravamento das doenças associadas	6	Agravamento das doenças associadas ao envelhecimento
Gravidade de determinadas doenças que possam aparecer neste período da vida	4	Agravamento das doenças associadas ao envelhecimento
Maior deterioração das capacidades cognitivas	3	Limitações Cognitivas
Menos capacidade de adaptação	1	Limitações Cognitivas
Os problemas mentais, o nível de desgaste psicológico.	1	Limitações Cognitivas
Mais incapacidades psicológicas	1	Limitações Cognitivas
Doenças de foro psíquico e mental precoces	1	Limitações Cognitivas
Limitações físicas	4	Incapacidades motoras
Menos anos de vida	1	Outros
Não conseguem sobreviver durante tanto tempo.	2	Outros
Mais acompanhamento familiar	2	Outros
O comportamento dos sujeitos com DM é diferente	1	Outros

Mais solidariedade	2	Outros
Aparência	1	Outros
Comportamento	2	Outros
Agravamento da própria doença	2	Outros
Disposição	1	Outros
Diferença nas vivências	1	Outros
Portadores de DM profunda são mais dependentes	1	Outros
Idosos normais têm mais facilidade em entrar em lares	1	Outros
Abandono familiar	1	Outros
O ciclo de vida é diferente	1	Outros
Adaptação diferente à sociedade	1	Outros
Dificuldades nas actividades básicas	1	Outros
O das pessoas consideradas "normais" é melhor do que dos sujeitos portadores de DM	1	Outros
Dificuldades de se expressarem	1	Outros
Precisam de mais afecto	1	Outros
Dificuldades financeiras	1	Outros
Sem resposta	8	Sem resposta

ANEXO V

Tabelas de Categorias

Acordo: Passar para "outros" categorias com frequência inferior a 2.

Quais considera que são as necessidades de um idoso portador de Deficiência Mental?

Transcrição	Frequência	Categoria
Semelhantes aos sujeitos sem deficiência mental	8	Necessidades semelhantes a sujeitos sem deficiência mental
Iguais às da população normal	1	Necessidades semelhantes a sujeitos sem deficiência mental
Idênticas ao de um idoso normal	1	Necessidades semelhantes a sujeitos sem deficiência mental
Acolhidos no seio familiar	3	Integração Familiar
Muito apoio dos mais chegados	3	Integração Familiar
Apoio Familiar	6	Integração Familiar
Apoio dos cuidadores	2	Integração Familiar
Bom ambiente familiar	1	Integração Familiar
Não serem considerados pela sociedade como seres inúteis e um peso morto.	1	Inclusão Social
Que a sociedade não olhe para eles como coitadinhos, mas como pessoas que fazem parte do nosso mundo	1	Inclusão Social
Integração social	10	Inclusão Social
Necessidades sociais	1	Inclusão Social
Suporte social	3	Inclusão Social
Não os marginalizar	2	Inclusão Social
Mudar as mentalidades	1	Inclusão Social
Mais soluções sociais	2	Inclusão Social
Tratados com dignidade	1	Inclusão Social
Não serem marginalizados pela sociedade	1	Inclusão Social
Que não se sintam postos de parte	1	Inclusão Social
Solidariedade	1	Inclusão Social
Precisam de mais cuidados médicos	7	Acompanhamento médico
Acompanhamento Médico	6	Acompanhamento médico
Cuidados de saúde	4	Acompanhamento médico

Cuidados permanentes de saúde	2	Acompanhamento médico
Suporte de saúde adequado às necessidades específicas	2	Acompanhamento médico
Garantia dos meios de subsistência adequados	5	Apoio Económico
Necessidades financeiras	5	Apoio Económico
Ajuda económica	1	Apoio Económico
Acompanhamento permanente	15	Acompanhamento especializado
Acompanhamento	7	Acompanhamento especializado
Apoio	2	Acompanhamento especializado
Criar lugares onde possam receber estas pessoas com o devido acompanhamento	5	Acompanhamento especializado
Pessoal especializado	9	Acompanhamento especializado
Técnicos qualificados	7	Acompanhamento especializado
Apoio Psicológico	6	Acompanhamento especializado
Carinho	21	Necessidades afectivas
Atenção	12	Necessidades afectivas
Amor	11	Necessidades afectivas
Protecção	2	Necessidades afectivas
Afecto	10	Necessidades Afectivas
Paciência	1	Necessidades afectivas
Companhia	3	Necessidades afectivas
Compreensão	2	Necessidades afectivas
Criação de instituições especializadas	3	Institucionalização
Associações ou entidades competentes	3	Institucionalização
Infra-estruturas mais adequadas	3	Institucionalização
Instituições vocacionadas para a deficiência	4	Institucionalização
Instituições que os acolham	2	Institucionalização
Instituições onde se sintam seguros	2	Institucionalização
Higiene facultada por terceiros	11	Ajuda nas AVD's
Mobilidade	2	Ajuda nas AVD's
Ajuda no controlo da medicação	2	Ajuda nas AVD's
Ajuda no dia-a-dia de acordo com as limitações	4	Ajuda nas AVD's
Alimentação	10	Ajuda nas AVD'S

Ajuda nas necessidades fisiológicas	1	Ajuda nas AVD's
Ir às compras	1	Ajuda nas AVD's
Ajuda a vestir	1	Ajuda nas AVD's
Não sei	12	Não sei
Apoio psicológico	4	Apoio Psicológico
Estimulação Física	4	Estimulação Física
Cada sujeitos tem as suas necessidades	1	Outros
Alojamento adequado	1	Outros
Local para residir	1	Outros
Apoio e esclarecimento aos familiares, para que possam prestar os cuidados básicos aos sujeitos deficientes	2	Outros
Depende do grau de DM	2	Outros
Garantia dos direitos inerentes a qualquer cidadão e faixa etária	2	Outros
Condições especiais na própria casa	1	Outros
Autonomia	1	Outros
Apoio do estado	1	Outros