UC/FPCE 2014

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Representações sociais de estudantes universitários acerca de pessoas com deficiência mental e sua integração socioprofissional

João Pedro do Vale Estanqueiro (e-mail: jpedrove@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia das Organizações e do Trabalho sob a orientação de Doutora Isabel Cerca Miguel

Representações sociais de estudantes universitários acerca de pessoas com deficiência mental e sua integração socioprofissional

Resumo

O presente estudo teve como principal objetivo aprofundar o conhecimento acerca das representações sociais da pessoa com deficiência mental numa amostra de 171 estudantes universitários, refletindo sobre implicações para a integração socioprofissional deste grupo social. Uma revisão de literatura existente revelou uma escassez de estudos sobre esta temática pelo que se optou por um *design* exploratório para o estudo. Assim, pediram-se aos participantes que atribuíssem uma série de traços de personalidade a três condições: pessoa com deficiência mental, pessoa com sucesso profissional e pessoal e pessoa que se conhece bem. Na análise de dados, utilizaram-se estatísticas descritivas, análise fatorial exploratória de componentes principais e testes de hipóteses em relação a eventuais efeitos de proximidade nas representações das pessoas com deficiência mental. Os resultados demonstram uma imagem da pessoa deficiente mental marcada por grande dependência e incapacidade e, simultaneamente, diferenças consideráveis no que respeita às características necessárias ao êxito profissional e pessoal. Adicionalmente, os resultados sugerem um efeito do nível de proximidade em algumas componentes específicas das representações sociais da pessoa com deficiência mental. Conclui-se que os dados traduzem uma realidade onde ainda existem sérias barreiras psicossociais no processo de integração socioprofissional.

Palavras chave: deficiência mental, representações sociais, efeitos de proximidade, integração socioprofissional

Social representations of university students about intellectually disabled people and their socioprofessional integration

Abstract

The present study had the main goal of deepening the knowledge on the social representations of intellectually disabled people and their socioprofessional integration, in a sample composed of 171 university students. A review of the existing literature showed that the information about the topic is rather limited, what lead us to choose an exploratory design for the study. In this sense, participants were asked to attribute a list of personality characteristics to three different conditions: a person with intellectual disability, a person with professional and personal success and a person who the participants are acquainted to. The data analysis consisted of descriptive statistics, principal components analysis and hypothesis testing about eventual proximity effects in the construction of the social representations of intellectually disabled people. The results showed an image of incapacity and dependency associated with the intellectually disabled people and considerable differences in relation to characteristics that are considered necessary to have professional and personal success. Additionally, the results suggest an effect of the level of proximity in some specific components of the social representations of intellectual disability. Altogether, we conclude that there are still serious psychosocial barriers to the process of socioprofessional integration.

Key Words: intellectual disability, social representations, proximity effects, socioprofessional integration

Agradecimentos

Poderá tornar-se uma banalidade dizer que uma obra nunca é resultado de uma só pessoa – mas a verdade é que esta, pelo menos, não o é. E seguramente que o espaço limitado de que aqui disponho não me permitirá mencionar todos aqueles que contribuíram para o sucesso desta caminhada. Este trabalho é, também, de todos eles.

À Doutora Isabel Miguel, pelos conselhos, recomendações, paciência, incentivo e, no fundo, por tudo o que me ensinou.
Ao Professor Doutor Joaquim Pires Valentim, pela confiança e oportunidade mas também pelos conselhos.

A todos os estudantes que de forma gratuita e anónima se disponibilizaram para participar no estudo.

À Catarina, porque foi parte fundamental nesta caminhada.

Ao Tojo, ao Fontoura, ao Caleiro, ao Almeida, ao Fernando, ao Felipe e a todos os aqueles que, não estando aqui mencionados, "cresceram" comigo em Coimbra e me honraram com a sua amizade.

À fabulosa turma do Mestrado de Organizações 2012-2014, como alguém disse: *"fui feliz convosco".*

Aos meus conterrâneos pela amizade e por todos os momentos e aprendizagens que me proporcionaram.

A todos os magníficos seres humanos com que me cruzei por este país e Europa fora.

A toda a minha família, em especial aos meus pais e avó, por tudo aquilo que me ensinaram desde que nasci e que me permitiu ser aquilo que sou hoje.

A todos, dedico-vos esta obra.

Índice

Introdução.....1

I – Enquadramento conceptual.....3
A deficiência mental: da sua definição ao modelo social.....3
Teoria das Representações Sociais 5
Representações sociais da deficiência mental: da Grécia Antiga ao século XXI.....7
Pertinência para a integração socioprofissional da pessoa com deficiência mental.....10

II – Objetivos.....13

III – Metodologia.....14
Desenho da Investigação.....14
Descrição da Amostra.....14
Instrumentos.....15
Procedimentos de Investigação adotados.....15
1. Análise descritiva e comparação dos elementos-alvo.....15
2. Análise Fatorial Exploratória de Componentes Principais.....16
3. Testes de hipótese em relação a efeitos de proximidade.....17

IV – Resultados.....18
Conhecimento, parentesco e à vontade com a pessoa com deficiência mental: estatísticas descritivas.....18
Análise Fatorial Exploratória de Componentes Principais..... 21
1. Condição “pessoa com deficiência mental”.....22
2. Condição “pessoa com sucesso profissional e pessoal”.....24
3. Condição “pessoa que se conhece bem”.....27
Testes de hipótese em relação a efeitos de proximidade.....29

V – Discussão.....32

VI – Conclusões.....39

Bibliografia.....41

Anexos.....46

Introdução

Ao longo da história da humanidade, as pessoas com deficiência, e com deficiência mental em particular, têm vindo a ser marginalizadas nas mais diversas esferas da participação social ativa – desde a educação até ao emprego. Num passado recente, deram-se passos importantes a nível legal, político e tecnológico, que estabeleceram as bases para uma maior justiça social para este grupo social. Todavia, dados recentes (Eurobarómetro, 2001; GRACE, 2005) demonstram que a situação de exclusão social ainda é uma realidade para as pessoas com deficiência mental.

Como afirma Montano (1997, cit. por Silva, s/d), o emprego é central a qualquer sociedade e desempenha um papel importante no bem-estar dos indivíduos e seu reconhecimento social, proporcionando condições socioeconómicas e psicológicas para uma participação efetiva na sociedade. Esta centralidade é ainda mais decisiva no que se refere a grupos socialmente desfavorecidos e que se encontram à margem do mundo laboral, como é o caso das pessoas com deficiência mental. Com efeito, a inserção profissional deste grupo social está longe de ser uma realidade e parece ser dificultada por imagens estereotipadas e preconceitos prevalecentes na sociedade contemporânea (Chen, Brodwin, Cardoso, & Chan, 2002; Devenney, 1997; Rosenthal, Chan, & Livneh, 2006; Veiga & Salgado, 2013).

Desta forma, a Teoria das Representações Sociais afigura-se como um quadro teórico de especial pertinência no sentido de se conhecer as imagens relativas à deficiência mental (e as diferenças em relação às imagens associadas, por exemplo, ao sucesso profissional) partilhadas pela sociedade no geral e pelos estudantes universitários em particular. Identificar as representações sociais acerca das pessoas com deficiência mental permitirá aprofundar o conhecimento sobre os obstáculos psicossociais à integração socioprofissional destas pessoas, bem como contribuir para a intervenção social no que diz respeito à desmistificação de preconceitos e de sensibilização para as capacidades e mais-valias que a pessoa com deficiência mental pode oferecer no seu emprego.

Assim, o principal objetivo do presente estudo é o de contribuir para uma compreensão mais clara das barreiras psicossociais inerentes ao processo de integração socioprofissional das pessoas com deficiência mental, através da análise das representações sociais relativas a este grupo social, em comparação com as representações acerca das pessoas com sucesso profissional e das pessoas que os sujeitos consideram conhecer bem.

No que respeita à estrutura da dissertação, no Enquadramento conceptual (I) definem-se conceitos e quadros teóricos, contextualizam-se as representações sociais da deficiência mental numa ótica histórica e apresenta-se a sua pertinência para o estudo da integração socioprofissional da pessoa com deficiência mental. De seguida, expõem-se os Objetivos (II) e

a Metodologia (III), onde se caracterizam sumariamente os instrumentos utilizados, amostra recolhida e grupos constituídos no decurso da mesma, encerrando-se com uma descrição dos procedimentos de investigação adotados. No capítulo dos Resultados (IV), apresentam-se, de forma detalhada, os dados empíricos evidenciados, cujo teor é analisado na Discussão (V), relacionando-os com a literatura existente. Seguem-se as Conclusões decorrentes das considerações tidas na Discussão.

I – Enquadramento conceptual

A deficiência mental: da sua definição ao modelo social

Para começar esta fundamentação teórica, importa, em primeiro lugar, definir conceitos que se afiguram como centrais neste estudo, em especial o da deficiência mental.

A definição de deficiência mental é um campo de debate intenso, como se pode observar pela panóplia de vocábulos usados para descrever a condição (Castilho, 2003; Shalock et al., 2007). Termos como debilidade mental, demência, atraso mental, deficiência intelectual, subnormalidade mental, deficiência intelectual ou oligofrenia são ou foram utilizados ao longo da história como referência à deficiência mental – facto que se deve não só à evolução conceptual da deficiência mental mas também por esta ser alvo de estudo de diferentes disciplinas, como são exemplo a Psicologia, a Medicina, as Ciências da Educação ou o Serviço Social (Kirk & Gallagher, 1996).

Atualmente, o uso do termo *deficiência mental* (*intellectual disability*) é predominante e cada vez mais comum, tendo substituído o termo *atraso mental* (*mental retardation*) que, até 2006, era o mais utilizado. É nesse ano que a *American Association of Mental Retardation* (AAMR) altera a sua designação para *American Association of Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD), adaptando-se e exemplificando, dessa forma, a crescente transformação que estava a ocorrer na terminologia da deficiência mental[1] (Shalock et al., 2007). Estas modificações e uso crescente do novo termo não surgiram no vácuo ou desprovidas de contexto, sendo produto de um novo entendimento da condição de deficiência mental, de foco mais abrangente e alargado, concebendo a deficiência como uma característica com origem não só em traços intraindividuais mas também socioecológicos (Luckasson et al., 2002).

Apesar de haver alguma discussão sobre a forma como a deficiência mental se insere no construto mais geral de deficiência (Shalock et al., 2007), a definição mais consensual do termo na literatura remete para o manual da American Association of Intellectual and Developmental Disabilities (2012). Neste manual, a deficiência mental é definida como uma deficiência caracterizada por limitações significativas tanto no funcionamento intelectual, como no comportamento adaptativo – que se refere a várias aptidões práticas e sociais do quotidiano (AAIDD, 2012). Também a World Health Organization (2002), no International

[1] No seguimento e a par da AAIDD, várias organizações modificaram a sua designação, como são exemplo a *International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities* ou o *President's Committee for People With Intellectual Disabilities* (Shalock et al., 2007). Também revistas de publicação científica e a própria investigação publicada acompanharam e proporcionaram esta mudança (Schroeder, Gertz & Velasquez, 2002).

Classification of Functioning, Disability and Health, descreve a deficiência mental como tendo a sua génese numa condição de saúde, que origina limitações em funções e estruturas corporais e restrições de participação no contexto societal mais lato (como é exemplo a integração profissional).

O que as duas definições suprareferidas têm em comum é exatamente a ênfase não só em fatores orgânicos, mas também em fatores marcadamente sociais. Como já referido, o foco nestes últimos é recente e reflete uma evolução conceptual que se deve a vários fatores: a investigação na construção social da deficiência e o impacto decisivo que atitudes, papéis e políticas societais têm na forma como os indivíduos vivenciam a sua condição de saúde (Aronowitz, 1998); o reconhecimento da multidimensionalidade do funcionamento humano (Luckasson et al., 2002; OMS, 2002); e ao papel de vários movimentos sociais de pessoas deficientes desde o fim dos anos 60 na reinvindicação contra a exclusão social e a favor de uma participação plena na sociedade (Barnes & Mercer, 2005; Charlton, 1998). Todos estes fatores levaram a uma evolução do conceito de deficiência em geral e da deficiência mental em particular: de um traço ou característica pessoal e centrada na pessoa (muitas vezes referida como um défice) passou-se para uma perspetiva que a entende como um fenómeno humano multidimensional com génese em fatores orgânicos e sociais (Barnes & Mercer, 2005; Shalock et al., 2007).

Não se produzindo no vazio, esta evolução conceptual e mudança de perspetiva está associada à emergência do modelo social da deficiência, em detrimento do modelo médico-individual[2] (Barnes & Mercer, 2005). Estando patente na definição de deficiência mental, a contribução do modelo social da deficiência deslocou o foco das limitações funcionais e do défice individual enfatizado pelo modelo médico-individual, direcionando-o para as restrições societais à integração e participação social plena das pessoas deficientes (nas quais se incluem as pessoas deficientes mentais). Como assinalam Barnes e Mercer (2003), importa notar que este modelo não nega a relevância do foco médico no tratamento clínico da deficiência, procurando, sim, oferecer uma análise sociopolítica das estruturas e processos discriminatórios e enfatizar a necessidade de remover as barreiras sociais, que são, também elas, *'produtoras'* de défice. É precisamente a forma como se perspetiva a deficiência que marca a diferença do modelo social para os seus antecessores: se para os modelos focados nos défices do indivíduo, a deficiência é sinónimo de incapacidade e limitação que exige tratamento – estando subjacente a ideia de que o deficiente deve estar institucionalizado porque não está preparado nem capacitado para uma participação ativa na sociedade -, para o modelo social, a deficiência constrói-se em processos de natureza social e os défices/barreiras são, nesse sentido, exteriores à pessoa (Mulvany, 2000), tendo a sua génese nas

[2] O modelo médico da deficiência concebe a deficiência como um 'problema clínico' que pertence à pessoa deficiente. Apesar de não negar a influência de variáveis sociais, a condição é, neste modelo, perspetivada como tendo origem no indivíduo e o foco de estudo e intervenção limita-se ao mesmo (Barnes & Mercer, 2005).

respostas sociais à pessoa com deficiência (Kirsh et al., 2009; Mulvany, 2000). Assim, este modelo procura fornecer um quadro de análise societal à problemática da deficiência, estando associado a dimensões de integração a nível educacional, habitacional, de espaço urbano, lazer e de emprego (Kirsh et al., 2009). É, portanto, na linha deste modelo, que se insere o estudo da integração socioprofissional da pessoa com deficiência mental e a presente dissertação.

Teoria das Representações Sociais

A Teoria das Representações Sociais foi desenvolvida por Moscovici (1961) num estudo em que procurou estudar a disseminação do conhecimento científico na sociedade parisiense – usando o exemplo da Psicanálise e de como esta era percebida e representada por diferentes grupos sociais (Moscovici, 1961). Tendo por base o conceito de *representação coletiva* de Durkheim (1898), Moscovici (1961) distingue as representações sociais pelo seu caráter mais dialético, menos estático ou factual e menos uniforme nos seus efeitos. Desta forma, a teoria das representações sociais pode ser considerada uma teoria do conhecimento social e da forma como este é elaborado e transformado pelos indivíduos inseridos em determinados grupos sociais (Howarth, 2006).

Apesar de amplamente estudadas, é difícil encontrar uma definição pacífica de representações sociais, havendo mesmo autores que afirmam o fenómeno como demasiado elaborado para que se capture totalmente a sua essência (Marková, 2000) e a história do mesmo como profundamente rica para que seja condensada numa só definição (Moscovici, 1988). Não obstante esta riqueza conceptual, Jodelet (1991, cit. por Howarth, 2006, p.4) consegue sintetizar de forma clara o conceito:

> "As representações sociais são imagens que condensam múltiplos significados e que permitem às pessoas interpretar aquilo que lhes acontece; categorias que servem para classificar circunstâncias, fenómenos e indivíduos com quem lidamos, teorias que nos levam a estabelecer factos sobre eles. Quando consideramos as representações sociais inseridas na realidade concreta da nossa vida social, elas são, de forma integrada, tudo o acima descrito".

As representações sociais são, então, sistemas de interpretação e de criação da realidade que regulam a nossa relação com o(s) outro(s) e orientam o nosso comportamento, tendo, por isso, um papel determinante em variadíssimos processos psicossociais, como são disso exemplo a difusão e assimilação do conhecimento, a construção de identidades pessoais e sociais, o comportamento intra e intergrupal ou as ações de resistência e de mudança social (Jodelet, 1989, cit. por Cabecinhas, 2004). Enquanto sistemas partilhados de pensamento, as representações sociais estão também inseridas num nível mais lato: situam-se no domínio ideológico, cultural e societal

(Staerklé, 2012), sendo que as instâncias institucionais e os meios de comunicação mediáticos ou informais intervêm decisivamente na sua elaboração (Cabecinhas, 2004).

As funções das representações sociais, como Moscovici (1981, 1998, 2001, cit. por Miguel, 2010) por diversas vezes enunciou, são, em primeiro lugar, tornar familiar aquilo que é, à partida, estranho ou misterioso para o sujeito. Trata-se de dar sentido à realidade social, facilitando as trocas sociais e a comunicação entre indivíduos numa comunidade através de um quadro de referência comum – têm, portanto, uma *função de construção da realidade* (Abric, 1997, cit. por Miguel, 2010). Em segundo lugar, as representações sociais têm também uma *função identitária*, servindo a construção e manutençãode uma identidade social positiva e congruente com os grupos sociais com os quais os indivíduos se identificam (Abric, 1997, cit. por Miguel, 2010). O mesmo autor refere, como terceiro propósito, a orientação dos *comportamentos como modos desejáveis de ação* – as representações sociais são guias e orientam a ação dos indivíduos. Como uma última função, é enfatizado o papel *de justificação a priori dos comportamentos e tomadas de posição* dos indivíduos (Miguel, 2010).

Depois de Moscovici (1961) ter desenvolvido o principal corpo constitutivo da teoria, três escolas produziram desdobramentos na mesma: a escola culturalista, a escola estruturalista e a escola dos princípios organizadores. Esta última reveste-se de especial pertinência para este estudo em particular e, por isso, será explanada em maior detalhe.

A escola dos princípios organizadores (também conhecida como Escola de Genève), tendo em Willem Doise a sua figura maior, procura conhecer as causas, as condições e as consequências das variações representacionais, associando essas variações à inserção social dos indivíduos (Miguel, 2010). Como oportunamente referido por Doise (2012), o estudo dos quadros de referência comuns a uma dada população é importante, desde que não se ignorem as diferenças interindividuais presentes nessas representações sociais. É neste sentido que o mesmo autor evidencia a ancoragem dessas diferenças individuais em fatores como os valores ou crenças gerais dos indivíduos, perspetivas sobre a realidade social ou a pertença grupal dos mesmos.

Estes processos de ancoragem têm sido estudados a três níveis diferentes: em primeiro lugar, a *ancoragem psicológica* diz respeito ao impacto das experiências pessoais, valores, atitudes e crenças gerais na formação das representações, situando-se, portanto, a um nível intra ou interindividual; num segundo nível de análise, a *ancoragem psicossociológica* tem como base o estudo da variação do campo representacional em relação à forma como os indivíduos representam as relações entre grupos ou categorias sociais relevantes para o objeto representado; numa terceira dimensão, o estudo da *ancoragem sociológica* põe em evidência o papel da inserção social dos indivíduos nas tomadas de posição simbólicas, partindo-se do pressuposto de que inserções sociais

partilhadas dão lugar a interações e experiências específicas que modulam as tomadas de posição (Doise, 1992; Doise, 2012).

Na linha dos estudos de Doise (1992), têm sido encontradas evidências que apontam no sentido da transformação das representações sociais ser influenciada por fatores psicossociais, como o envolvimento pessoal e distância para o objeto de representação. Assim, as representações sociais constroem-se "num processo diretamente relacionado com o nível de conhecimento disponível para os sujeitos" (Miguel, Valentim, & Carugati, 2012, p. 1245), que varia consoante a sua origem: conhecimento descritivo, experiência direta com o objeto, ou conhecimento adquirido através de contacto com o mesmo (Salesses, 2005, cit. por Miguel, Valentim & Carugati, 2012). Desta forma, a proximidade com o objeto de representação é um fator decisivo na elaboração e organização das variações representacionais num determinado quadro de referência comum.

Também as práticas sociais de uma dada sociedade num determinado momento histórico são *constituídas* (mais do que *influenciadas*) pelas representações sociais dos mais diversos fenómenos sociais (Howarth, 2006). Como Jodelet (1991) verificou, as representações da loucura têm implicações bastante concretas e práticas na forma como, por exemplo, se concebe o sistema, políticas e práticas de assistência, seja ela médica ou social, à pessoa doente mental. Daqui depreende-se que, se explorarmos a forma como as pessoas deficientes mentais são socialmente representadas, encontraremos pistas que nos levarão a um mais profundo entendimento dos obstáculos com que essas pessoas se deparam na sociedade portuguesa. Desta forma, torna-se evidente a pertinência e utilidade da Teoria das Representações Sociais para a compreensão da integração socioprofissional da pessoa deficiente mental.

Representações sociais da deficiência mental: da Grécia Antiga ao século XXI

Depois de se ter abordado a temática da deficiência mental e a teoria das representações sociais isoladamente, procuraremos agora compreender quais as representações sociais da deficiência mental predominantes no mundo ocidental, partindo de uma perspetiva histórica.

São vastas as evidências de representações negativas da deficiência no ocidente, mesmo antes da emergência do capitalismo moderno (Barnes, 1991, 1992; Devenney, 1997; Shearer, 1981; Thomas, 1982).

Iniciando a nossa análise pela Grécia Antiga, que é consensualmente considerada o berço da civilização ocidental (Devenney, 1997), podemos afirmar que a sua organização social primava pela garantia da dignidade individual do cidadão. No entanto, o direito à cidadania não se estendia, por exemplo, às mulheres, aos não-gregos, aos escravos ou aos deficientes. Associado a isto, como afirma Cahn (1990), encontrava-se um culto quase obsessivo ao corpo e à saúde física e mental, onde havia pouco ou nenhum espaço para qualquer falha ou imperfeição de qualquer ordem – todos os

homens gregos deveriam competir na persecução da perfeição física e mental. Neste contexto, era prática comum que as crianças que nasciam com algum tipo de deficiência fossem mortas à nascença[3] (Devenney, 1997).

Adicionalmente, esta obsessão com a aparência e a beleza física encontrava-se refletida na própria mitologia: existia apenas um deus com deficiência, Hephaestes, filho de Zeus e Hera que acabou expulso do paraíso pelo seu próprio pai; Afrodite, a deusa do amor, acaba por casar com Hephaestes por pena do mesmo, apesar de ter um amante não-deficiente (Ares), dado o seu marido ser uma "aberração" (Devenney, 1997). Outra importante representação da deficiência originada na mitologia da Grécia Antiga é a de que a deficiência é castigo devido a pecados cometidos.

Tornam-se, assim, claras, as conotações negativas associadas à deficiência e a forma como esta contrariava valores considerados primordiais na sociedade grega. A predominância de representações sociais da deficiência como fraqueza e inadaptação justificavam a exclusão social e enraizaram-se de forma marcada na evolução das sociedades europeias e ocidentais (Davenport, 1995, cit. por Devenney, 1997).

Quando os romanos conquistam a Grécia, acabaram por herdar muitas das especificidades culturais gregas, incluindo o recurso ao infanticídio em crianças fracas e doentes[4]. Está também documentado que pessoas de baixa estatura e anões eram usados para combater mulheres nos Coliseus, para entretenimento da plateia (Devenney, 1997).

Ironicamente, como documentado por Thomas (1982), tanto gregos como romanos encetaram esforços no desenvolvimento de tratamentos médicos para deficiências adquiridas[5], embora estas terapias apenas estivessem disponíveis para os ricos e poderosos. Em Roma, por exemplo, introduziram-se várias técnicas hidro-terapêuticas para deficiências físicas adquiridas, como a artrite (Albrecht, 1976). Devenney (1997) identifica estas primeiras tentativas como os primórdios do modelo médico da deficiência e representações sociais subjacentes ao mesmo: as de que a deficiência é algo a ser curado e tratado, não algo a ser aceite na sociedade civilizada. Apesar da atualidade parecer distante do tempo histórico aqui relatado, não deixa de ser interessante constatar que, à semelhança do infanticídio greco-romano, ainda é debatido o aborto de fetos com deficiências identificadas, apenas pelo facto de a criança ser deficiente. Não subestimando o direito da mãe em escolher – que é essencial -, a nota de destaque centra-se no facto da deficiência ser vista como um caso especial, uma exceção, em que se

[3] Com exemplificado por Tooley (1983, cit. por Devenney, 1997), em Esparta, uma das cidades-estado mais importantes da Grécia Antiga, todos os recém-nascidos eram "inspecionados" pelos séniores da cidade e, caso fossem diagnosticado como fracos ou deficientes, eram retirados à família e deixados à deriva na natureza, acabando por morrer.

[4] Davenport (1995, cit. por Devenney, 1997) afirma que, então, era hábito afogar bebés nascidos com deficiência no rio Tibre, em Roma.

[5] O mesmo autor conta que Aristóteles estudou a surdez, enquanto que Galen e Hipócrates tentou curar a epilepsia, algo que consideravam ser um problema físico e não metafísico, como era crença à época.

justifica a interrupção da gravidez. Este exemplo mostra-nos como no século XXI ainda persistem conceitos e ideias da deficiência semelhantes às da Grécia Antiga e Império Romano (Devenney, 1997).

Muitas destas representações também se manifestam nas crenças judaico-cristãs, que são a base da moral e dos valores contemporâneos. A cultura judaica percecionava a deficiência como castigo devido a pecados e, por consequência, como algo herege – sendo os deficientes excluídos dos rituais religiosos (Devenney, 1997). Apesar disso, não se praticava o infanticídio e as práticas em relação às pessoas com deficiência centravam-se na permissão do pedido de esmola e, em sociedades mais desenvolvidas, no internamento em hospitais (Davis, 1989, cit. por Devenney, 1997). Começa aqui o modelo da caridade, em que o deficiente é visto, essencialmente, como pouco afortunado (Devenney, 1997).

Ao longo da Idade Média pouco se sabe acerca das respostas sociais em relação à deficiência e à deficiência mental em particular. No século XV e XVI, dá-se um debate teológico e filosófico sobre a natureza da deficiência e a sua relação com o mal e Satanás[6] (Shearer, 1981). O mesmo autor relata que Martinho Lutero (1485-1546), por exemplo, disse que via o diabo em toda e qualquer criança deficiente, recomendando que as mesmas fossem mortas – ideias que se propagram pelo continente Europeu como parte da nova ética protestante.

Mais tarde, com a emergência do Darwinismo Social[7], a "ciência" foi usada como pretexto para justificar práticas discriminatórias que radicavam no argumento de que qualquer deficiência física ou mental era uma ameaça para a sociedade (Dennis, 1995). Todavia, estas ideias foram contrabalançadas pelo desenvolvimento da filantropia vitoriana que se baseava no princípio de respeito e compaixão pelo próximo, o que fez aumentar o número de hospitais e instituições de caridade dispostas a receber os "doentes" e "pouco afortunados" (Barnes, 1991).

Já no Século XX, as duas grandes guerras exigiram uma reforma radical nas políticas sociais dirigidas às pessoas com deficiência, dado o número de soldados que, devido às circunstâncias de combate, acabaram por contrair algum tipo de deficiência (Devenney, 1997). É aqui que, pela primeira vez, a deficiência se torna uma "matéria de estado" (Deveney, 1997, p. 8), com os deficientes a serem sujeitos a institucionalização e leis, que previam o emprego e apoio a pessoas com deficiência, a serem aprovadas. No entanto, a pessoa deficiente ainda não era percecionada como

---

[6] Shearer (1981) exemplifica com um livro chamado *Malleus Maleficarum*, onde é argumentado que as crianças nasciam com deficiência porque as suas mães praticavam bruxaria.

[7] Darwinismo social é a tentativa de se aplicar o darwinismo nas sociedades humanas. Descreve o uso dos conceitos de luta pela existência e sobrevivência dos mais aptos para justificar políticas que não fazem distinção entre aqueles capazes de se autossustentar e aqueles incapazes de o fazer. Este conceito é muito usado no contexto da competição entre os indivíduos no capitalismo laissez-faire; mas motivou, de forma similar, as ideias de eugenia, racismo, imperialismo , fascismo ou nazismo.

parte ativa da sociedade, mas sim como recetores passivos de ajuda médica e do Estado (Devenney, 1997). É após a Guerra do Vietname que as pessoas com deficiência, lideradas por veteranos do Vietname, se começam a organizar enquanto grupo político e social, e a questionar as políticas sociais a si dirigidas (Barnes & Mercer, 2003). Como afirmam os mesmo autores, nos anos 70 e 80 assiste-se a um grande desenvolvimento destes grupos, a nível de elementos e de força política, conseguindo mesmo, na esmagadora maioria dos países ocidentais, alcançar direitos civis igualitários nos domínios do emprego, educação, saúde, acesso a edifícios e outros.

Atualmente, as pessoas com deficiência (nas quais se incluem aquelas com deficiência mental) continuam num processo de reclamar a sua identidade, na tentativa de fazer passar uma imagem positiva da sua condição (Devenney, 1997), algo que se torna complicado dada o culto endémico da perfeição corporal nos dias que vivemos (Lupton, 2012). Ainda que no panorama legal e político as pessoas com deficiência tenham hoje os direitos e apoios consonantes com a sua condição, estudos recentes mostram que as representações sociais ainda se encontram alicerçadas nos mitos de outrora (Devenney, 1997; Chen, Brodwin, Cardoso, & Chan, 2002; Rosenthal, Chan, & Livneh, 2006; Veiga & Salgado, 2013). A deficiência continua a ser vista como incapacidade e limitação, como algo subhumano, como doença ou como problema social (Veiga & Salgado, 2013). Apesar de existirem evidências de uma ligeira mudança e aumento de atitudes positivas para com a pessoa deficiente (Grewall et al., 2002, cit. por Veiga & Salgado, 2013; Molloy, Knight, & Woodfield, 2003), a maioria dos estudos confirma a prevalência de sentimentos negativos dirigidos a este grupo social (Brostrand, 2006; Chen, Brodwin, Cardoso, & Chan, 2002; Devenney, 1997; Rosenthal, Chan, & Livneh, 2006). Na atualidade, estas atitudes continuam, como nos tempos históricos acima descritos, a originar fenómenos discriminatórios, preconceito, exclusão social e estigma como descrito por Goffman (1980)[8]. O contexto português não foge à regra, sendo vários os estudos que vão no mesmo sentido do panorama internacional (Fernandes, 2011; Lopes, 2010; Veiga & Salgado, 2013). Assim, como afirma Massie (2004), as atitudes – sustentadas pelo quadro partilhado de representações sociais - em relação às pessoas com deficiência continuam a ser um sério problema e a maior barreira à sua integração plena, contribuindo para sentimentos de misericórdia, incapacidade e baixas expectativas por parte das próprias pessoas com deficiência, que descrevem as atitudes dos outros como tendo consequências muito negativas nas suas vidas (Nowicki, 2006).

Pertinência para a integração socioprofissional da pessoa com deficiência mental

[8] Goffman (1980), no seu livro *"Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada"* define estigma como um sinal uma advertência para o que representa algo de mal, que deve ser evitado, uma ameaça à sociedade, isto é, uma identidade deteriorada por uma ação social.

O direito ao trabalho é um direito fundamental de cidadania na democracia moderna, estando consagrado na Declaração Universal dos Direitos Humanos[9] (United Nations, 1948) e na Constituição da República Portuguesa[10] (Assembleia da Repúblcia, 2005). Adicionalmente, o envolvimento na atividade laboral tem sido descrito na literatura como um importante determinante e preditor de saúde e várias são as evidências dos malefícios de se estar desempregado - não só em termos financeiros mas também no que concerne a riscos de saúde e de isolamento social associados ao desemprego e emprego precário.

Ao contrário do que é recomendado e exigido legalmente, as pessoas com deficiência mental continuam excluídas do mercado de trabalho, sendo um dos grupos mais marginalizados neste domínio. Não havendo dados para a deficiência mental propriamente dita, é de crer que não fujam muito aos da deficiência no geral e estes, como constatou a GRACE (2005), são bastante elucidativos: num universo de 448511 pessoas com deficiência em Portugal, apenas 149477 (cerca de 33.3%) têm no trabalho o seu principal meio de vida; a grande maioria subsiste com recurso a pensões e reformas. Assim, "as pessoas com deficiência têm maior probabilidade de viver na pobreza e de serem excluídas do setor laboral" (Devenney, 1997, p. 9). Estes dados, além de confirmarem a realidade alarmante em que vive este grupo social, mostram como a pessoa com deficiência ainda é tida como um elemento passivo, que precisa de subsistir com base em subsídios de apoio – pressuposto que distorce o seu real valor e as mais-valias que podem trazer, de forma ativa, à sociedade.

Estamos, desta forma, perante um problema de justiça social, que carrega consigo graves riscos psicossociais e que tem origem no estigma associado à deficiência, ainda muito prevalecente na sociedade e no mercado de trabalho em particular (Kirsh et al., 2009). Como afirmam Harlan e Robert (1998), o mundo do trabalho continua a estigmatizar a pessoa com deficiência, perspetivando-a em torno de noções de incompetência, inadequação social e dependência. Os mesmos autores afirmam que as culturas organizacionais, no geral, tardam em mudar para criar condições à inclusão e igualdade de pessoas com deficiência no contexto de trabalho. Perceções de diferença e preocupação acerca de perdas de produtividade são ainda barreiras decisivas (Kirsh et al., 2009), apesar de a investigação científica demonstrar de forma clara a competência e potencial laboral das pessoas com deficiência, quando sujeitas a formação e reabilitação adequada (Fernandes, 1997; GRACE, 2005; Kirsh et al., 2009).

Com efeito, os benefícios da integração profissional não se resumem à pessoa com deficiência, mas estendem-se também à sociedade e à organização empregadora.

---

[9] No artigo 23º é estipulado que toda a pessoa tem direito ao trabalho, à livre escolha do trabalho, a condições equitativas e satisfatórias de trabalho e à proteção contra o desemprego.

[10] O ponto 1 do artigo 58º estabelece que todas as pessoas têm direito ao trabalho.

Entre os benefícios para a organização, contam-se por exemplo, apoios financeiros, benefícios fiscais, prémios de mérito, reforço da imagem organizacional junto da opinião pública, ambiente de trabalho mais humanizado, clima organizacional mais positivo, desempenho e produção das pessoas com deficiência (que muitas vezes supera as expectativas) ou o acesso a novos nichos de mercado (o das pessoas com deficiência) (GRACE, 2005). Adicionalmente, numa época de competição a nível global em que a responsabilidade social das empresas é descrita como fator diferenciador no mercado (Armstrong, 2009; Leandro & Rebelo, 2011), exige-se uma abertura empresarial à esfera social e às suas diversas problemáticas – só desta forma as organizações se poderão afirmar como socialmente responsáveis.

Para a sociedade, as vantagens são óbvias: uma maior sensibilização e diminuição do preconceito em relação às pessoas com deficiência, construção de uma sociedade plena, diversa e com maior igualdade de oportunidades, rentabilização de capacidades e talentos que se encontram inativos, ganhos culturais, económicos e de produtividade e uma maior equidade e coesão social (GRACE, 2005).

Se a principal barreira à integração profissional da pessoa deficiente mental é a forma estereotipada como é perspetivada pelos vários setores da sociedade, urge que se conheçam as representações associadas à mesma e a forma como estas diferem das imagens de pessoas com sucesso profissional. É neste quadro que se insere a pertinência da Teoria das Representações Sociais para o presente estudo.

II – Objetivos

O presente estudo parte da Teoria das Representações Sociais, focando-se na forma como é representado o fenómeno da deficiência mental por parte de estudantes universitários portugueses, em comparação com as representações acerca das pessoas com êxito profissional e de uma pessoa que os estudantes consideram conhecer bem. É com base nessa comparação que se procurará compreender e discutir implicações para a integração profissional das pessoas com deficiência mental e barreiras psicossociais associadas.

A revisão de literatura levada a cabo revelou uma escassez de estudos e conclusões sobre esta temática, quer no panorama nacional, quer internacional. Deste modo, esta investigação assume uma natureza exploratória em que se procura aprofundar o tema e começar a estabelcer algumas conclusões sobre o mesmo. Traçam-se, assim, objetivos mais gerais e que não limitem ou restrinjam a emergência de pontos de discussão e conclusão pertinentes. Como tal, pretende-se com este estudo:

i. Descrever os perfis de uma pessoa deficiente mental, uma pessoa com sucesso profissional pessoal e uma pessoa que se conhece bem, em termos de um conjunto de traços de personalidade;

ii. Perceber quais as semelhanças e diferenças entre as representações das pessoas deficientes mentais e das pessoas com sucesso profissional e pessoal, bem como das pessoas comuns;

iii. Clarificar a forma como as representações sociais das pessoas com deficiência mental, das pessoas com sucesso profissinal e pessoal e das pessoas que os sujeitos consideram conhecer bem se organizam, averiguando que grupos de características emergem como associadas a cada uma das três condições;

iv. Analisar eventuais efeitos de proximidade nas representações sociais da pessoa com deficiência mental;

v. A partir dos objetivos anteriores, efetuar um levantamento genérico e exploratório de formas de preconceito, barreiras psicossociais, discriminação e injustiça social associada ao processo de integração socioprofissional das pessoas deficientes mentais.

Cumprindo-se estas metas, estamos em crer que irão emergir conclusões úteis, quer no plano científico de aprofundamento do conhecimento sobre a temática – contribuindo para futuras investigações com o surgimento de novas questões e com os próprios resultados -, quer no plano da intervenção social no que concerne à integração socioprofissional da pessoa deficiente mental.

III – Metodologia

Desenho da investigação

O *design* metodológico do presente estudo consiste num plano não experimental, dado que não se pretende determinar relações de causa-efeito entre variáveis e, como tal, não se optou por manipular as presumíveis variáveis independentes (Alferes, 1997; Poeschl, 2006).

Neste sentido, trata-se de uma investigação, em primeiro lugar, descritiva, ou seja, tem como intuito descrever frequências e médias das representações na amostra recolhida. Num segundo momento, a investigação assume um caráter exploratório que procura compreender e alcançar um entendimento mais aprofundado sobre a forma como essas representações se agrupam e condensam em categorias representacionais mais claras. Sendo esta uma temática que, como mencionado na introdução, carece de estudos empíricos (conclusões sobre a mesma são relativamente desconhecidas), exige um desenho exploratório, onde as hipóteses tendem a ser desenvolvidas como resultado da investigação e não o oposto – serem as hipóteses a guiar a investigação (Mouton & Marais, 1996).

Descrição da amostra

A amostra foi recolhida com recurso ao método de amostragem não-casual, mais concretamente ao tipo de amostragem por conveniência, uma vez que utilizamos os casos mais facilmente disponíveis. Este tipo de amostragem, apesar de requerer cautela na extrapolação e generalização para a população dos resultados e conclusões[11] , tem a vantagem de ser mais económico, tanto em termos de custo como de tempo (Hill & Hill, 2000).

Num total de 171 participantes com idades compreendidas entre os 17 e os 37 anos (M = 20.5; DP = 2.6), a amostra consiste em estudantes universitários portugueses das ciências sociais e humanas[12], sendo 71 participantes do sexo masculino (41.5%) e 100 do sexo feminino (58.5%).

A recolha de dados teve por base o método de inquérito por questionário autoadministrado. Esta metodologia de recolha de dados tem algumas desvantagens como o facto de os dados poderem ser afetados pelas características dos inquiridos (e. g., memória, motivação, personalidade) e de ser ligeiramente suscetível ao fenómeno de desejabilidade social[13] (Robson,

---

[11] Estas limitações prendem-se com o facto de não se conhecer a probabilidade de um elemento da população ser escolhido para participar na amostra (Hill & Hill, 2000).

[12] Psicologia, Medicina, Direito e Economia foram os principais cursos dos estudantes inquiridos.

[13] Por desejabilidade social entende-se o enviesamento pelo qual os sujeitos respondem de uma forma socialmente aceite ou desejável e não de acordo com os seus verdadeiros comportamentos, crenças e atitudes (Robson, 2002).

2002). Não obstante essas desvantagens, optou-se pelo questionário autoadministrado devido às vantagens importantes que este apresenta, nomeadamente o seu baixo custo, o facto de exigir pouco tempo e recursos, de estabelecer uma estandardização da linguagem (permitindo a comparabilidade dos dados obtidos) com influência mínima do investigador e de garantir a confidencialidade dos dados (Brewerton & Millward, 2001; Robson, 2002).

Instrumentos

No que concerne aos instrumentos aplicados, utilizou-se um questionário que teve por base uma investigação desenvolvida por Paicheler, Beaufils e Rauvaud (1987) sobre as representações das pessoas com deficiência. A versão original, em língua francesa, foi depois adaptada[14] por Lopes (2010) para a língua portuguesa, mantendo a estrutura bipolar original. Baseando-se nessa adaptação, Valentim, em 2012, construiu o questionário[15] que agora utilizamos e que inclui três secções com escalas de *Likert* de sete pontos, onde são apresentados trinta e dois traços de personalidade correspondentes aos dezasseis fatores mais em evidência por Cattel (1974, cit. por Paicheler, Beaufils, & Ravaud, 1987).

Aos inquiridos é solicitado que assinalem até que ponto essas características se aplicam, ou não, a três categorias: *pessoa com deficiência mental*, *pessoa com sucesso profissional* e *pessoa que conhece bem*. A inclusão da condição *pessoa que conhece bem* tem como objetivo conhecer aquilo que, nesta população, é a representação de uma pessoa dita comum e, a partir daí, comparar com as restantes condições (Paicheler, Beaufils, & Ravaud, 1987). Adicionalmente, pede-se aos participantes que indiquem o seu grau de conhecimento, contacto e à vontade com pessoas deficientes mentais, bem como a sua opinião sobre o grau de à vontade das outras pessoas. Características sociodemográficas como género, idade, nacionalidade, curso, situação profissional, profissão e habilitações literárias dos pais são também inquiridas.

Procedimentos de investigação adotados

1. Análise descritiva e comparação dos elementos-alvo

Numa primeira fase, realizaram-se análises estatísticas de caráter descritivo e inferencial com o propósito de realçar a informação fornecida pelos dados. Para tal, optou-se pelo recurso ao programa informático de tratamento estatístico SPSS[16] (*Statistical Package for the Social Sciences*), na versão 20.0 de 2011. Nesse âmbito, identificaram-se frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (média aritmética), medidas de dispersão e variabilidade (desvios padrão) e aplicaram-se testes

[14] Para além de Lopes (2010), Fernandes (2011) também utilizou a versão do questionário adaptada para o português no seu estudo sobre representações sociais da deficiência mental em profissionais de saúde.
[15] cf. Anexo I.
[16] Este *software* é reconhecido como o mais usado e compreensivo programa de análise estatística em investigação científica nas ciências sociais (Field, 2005).

de hipóteses com o intuito de se perceber até que ponto as diferenças nas médias eram estatisticamente significativas. A opção por cada um dos testes foi tomada com base em três critérios fundamentais: o facto de as condições partilharem os mesmos sujeitos (exige testes para medidas repetidas), a natureza da escala de medida (escala de *Likert* de sete pontos recomenda que os testes sejam não-paramétricos) e o tipo de comparação efetuada. Com base nestes fundamentos, aplicaram-se os seguintes:

i. Teste de Friedman: é um teste não-paramétrico de medidas repetidas utilizado para comparações entre múltiplas condições. O propósito é perceber se as diferenças entre as médias nas características atribuídas a cada uma das condições são estatisticamente significativas ou se essas diferenças se devem ao acaso (Field, 2005);
ii. Teste de Wilcoxon: é um teste não-paramétrico de medidas repetidas para comparações entre duas condições. Tem como intuito comparar a imagem que os sujeitos têm da pessoa deficiente mental com cada uma das outras duas condições, averiguando se as diferenças entre as médias são estatisticamente significativas ou se essas diferenças se devem ao acaso (Field, 2005).

Como nível de significância, fixou-se o valor de 0.05 como probabilidade máxima de ocorrência do erro de tipo I.

2. Análise Fatorial Exploratória de Componentes Principais

Num segundo momento de análise, realizou-se uma Análise Fatorial Exploratória de Componentes Principais, descrita por Field (2005) como sendo uma técnica para identificação de grupos ou conjuntos de variáveis. Podendo ser utilizada com vários objetivos[17], a sua aplicação neste estudo teve por base o intuito de reduzir o conjunto de características de personalidade, analisando a forma como as mesmas se agrupam em categorias que tornam as representações mais claras e nítidas – obviamente, mantendo o máximo possível da informação original. Assim, efetuou-se esta análise para cada uma das três condições, com o intuito de se identificar as principais dimensões das representações sociais referentes à *pessoa com deficiência mental*, à *pessoa com sucesso profissional e pessoal* e à *pessoa que se conhece bem*.

No sentido de se perceber a viabilidade ou não da utilização deste método na amostra recolhida, realizou-se previamente o teste de esfericidade de Bartlett[18] e analisou-se a medida de adequação da amostra de Kaiser-

[17] Field (2005, p. 619) enuncia três usos mais comuns: "(1) perceber a estrutura de um conjunto de variáveis (Spearman e Thurstone usaram a análise fatorial para tentar compreender a estrutura da variável latente 'inteligência'); (2) na construção de um questionário para medir uma determinada variável; e (3) reduzir o conjunto de dados para um tamanho mais viável, mantendo o máximo possível da informação original".

[18] O teste de Bartlett examina se a matriz de correlação se assemelha a uma matriz de identidade – caso seja o caso, as variáveis não se correlacionam entre elas e, como tal, não é possível executar uma análise fatorial.

Meyer-Olkin[19] para cada uma das três condições. Como método de facilitação da interpretação dos fatores, optou-se por uma rotação ortogonal varimax, como recomendado por Field (2005) para análises em que se espera que os fatores sejam independentes entre si – o caso deste estudo.

3. Testes de hipótese em relação a efeitos de proximidade

Numa terceira fase, e uma vez extraídos os fatores, tentou-se perceber se a proximidade – operacionalizada através do grau de conhecimento, parentesco e à vontade - com pessoas deficientes mentais poderiam ter efeitos nas representações sociais acerca das mesmas. Tratando-se de uma escala de *Likert* de sete pontos e, neste caso, de grupos independentes, recorreu-se ao teste U de Mann-Whitney, que é um teste não-paramétrico de medidas independentes para comparações entre dois grupos (Field, 2005). Importa salientar que, nesta última etapa, as comparações foram realizadas em relação aos grupos de variáveis extraídos e não ao conjunto inicial de trinta e duas características.

Como nível de significância, fixou-se o valor de 0.05 como probabilidade máxima de ocorrência do erro de tipo I.

[19] A medida de KMO teste até que ponto o padrão de correlações é difuso (inapropriado para uma análise fatorial) ou, ao invés, é compacto. Quanto mais próximo de 1, mais compacto se consideram as correlações – sendo que valores superiores a .7 são considerados bons.

IV – Resultados

Conhecimento, parentesco e à vontade com a pessoa com deficiência mental: estatísticas descritivas

Na resposta à questão 'Conhece alguém com deficiência mental?', 50.3% dos participantes afirmaram que sim, pelo que sensivelmente metade da amostra recolhida conhece alguma pessoa com deficiência mental.

Dos inquiridos que têm algum familiar com este tipo de deficiência, 56.3% responderam que apenas contactam com o mesmo uma vez por mês ou menos. No que concerne aos participantes que afirmaram ter amigos com deficiência mental, dois em cada três dos mesmos (66.7%) apenas contactam com essa pessoa uma vez por mês ou menos, sendo que a mesma resposta foi dada por 79.7% dos que afirmaram ter algum conhecido com deficiência mental. Daqueles que declararam ter vizinhos com deficiência mental, mais uma vez a percentagem mais alta no que se refere à frequência de contacto foi de uma vez por mês ou menos (71.4%).

Quando questionados sobre o seu grau de à vontade na presença de uma pessoa com deficiência mental, 50% afirmaram estar "muito à vontade", seguidos de 31% que responderam "nada ou pouco à vontade" e 19% que disseram estar "completamente à vontade" na presença de alguém com deficiência mental. As respostas dos participantes adquiriram sentido inverso quando a pergunta incidiu sobre o à vontade das outras pessoas – a esmagadora maioria (88.9%) considerou que as outras pessoas se sentem "pouco ou nada à vontade".

Pessoa com deficiência mental, pessoa com sucesso e pessoa que se conhece bem: Caracterização e comparação dos elementos-alvo

Na Tabela 1 encontram-se os valores das médias obtidas nas trinta e duas características em cada uma das três condições, bem como o nível de significância estatística das diferenças entre as condições. Uma visão mais geral e intuitiva destas diferenças nas representações é apresentada no Gráfico 1.

É-nos possível constatar que as semelhanças entre as representações das três condições se resumem à espontaneidade enquanto traço caracterizador – mas não diferenciador - da *pessoa com deficiência mental*, da *pessoa com sucesso profissional e pessoal* e da *pessoa que conhece bem*.

No que se refere às diferenças, os inquiridos tendem a considerar, em comparação com as restantes condições, a *pessoa com deficiência mental* mais sensível, menos aberta, menos inteligente, menos expansiva, menos responsável, menos prática, menos serena, menos perseverante, menos sonhadora, menos calma, menos prudente, com caráter menos controlado, com espírito menos concreto, com menor espírito de iniciativa e espírito

crítico, mais dependente do grupo e muito mais dependente no geral, mais tímida, mais ingénua, mais tensa, mais ciumenta, mais frustrada, mais impulsiva e insegura, mais instável emocionalmente e que liga menos às opiniões dos outros. É também perspetivada como mais terna e calorosa que a *pessoa com sucesso profissional e pessoal* mas menos do que a *pessoa que conhecem bem*. Adicionalmente, os sujeitos consideram a *pessoa deficiente mental* menos desconfiada, conservadora e autoritária que a *pessoa com sucesso profissional* mas mais do que a *pessoa que conhecem bem*.

Gráfico 1
Valores médios das características atribuídas às três condições

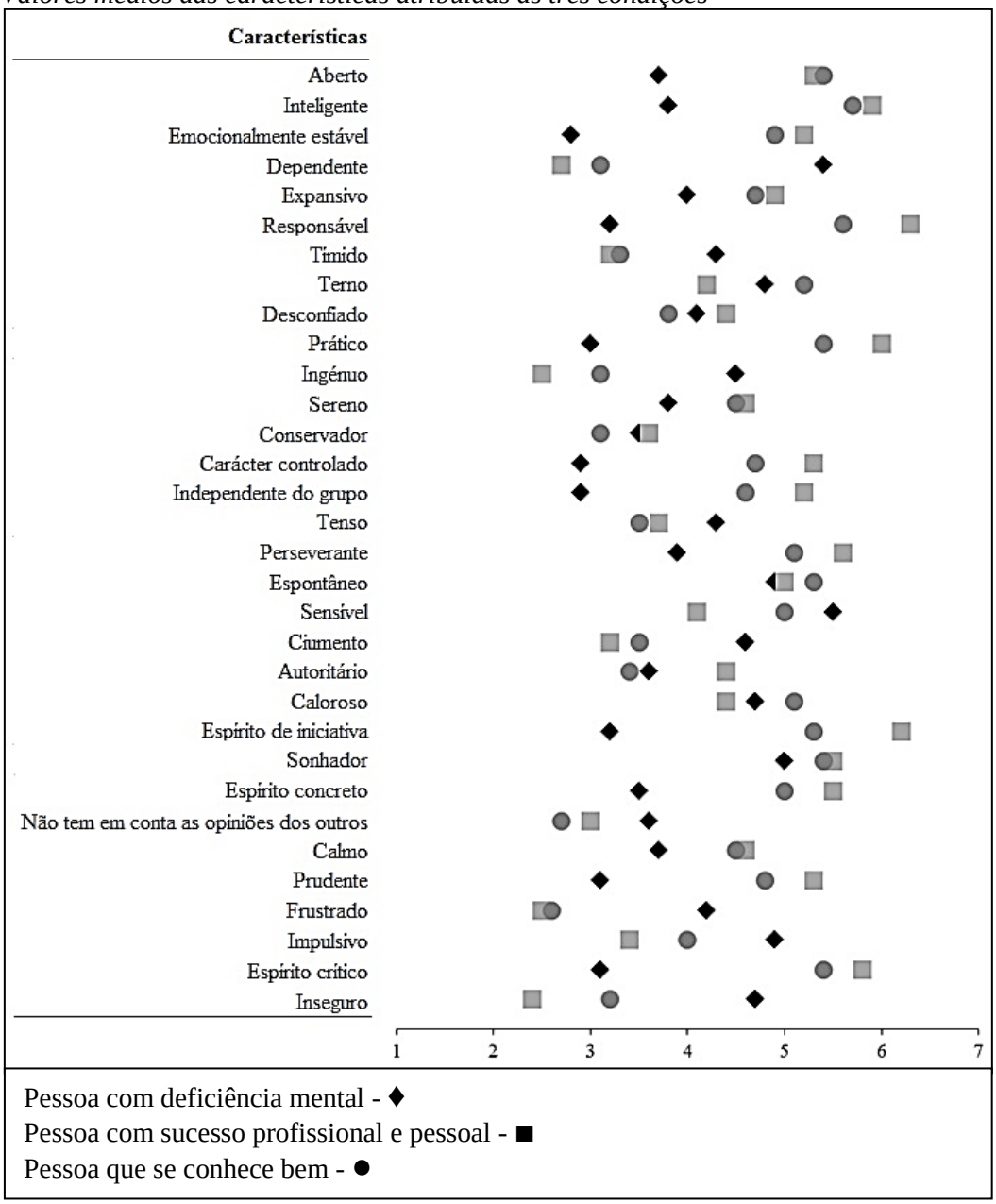


Tabela 1
*Valores médios e Teste de Friedman para comparações entre as três condições (*N *= 171)*

Características	Condição			Teste de Friedman	*p*
	DM *M (DP)*	**PS** *M (DP)*	**PC** *M (DP)*		
Aberto	3.7 (1.3)	5.3 (1.1)	5.4 (1.1)	135.4	**.000**
Inteligente	3.8 (1.2)	5.9 (.8)	5.7 (.9)	220.0	**.000**
Emocionalmente estável	2.8 (1.2)	5.2 (1.1)	4.9 (1.3)	204.8	**.000**
Dependente	5.4 (1.6)	2.7 (1.4)	3.1 (1.5)	156.6	**.000**
Expansivo	4 (1.2)	4.9 (1.1)	4.7 (1.2)	34.4	**.000**
Responsável	3.2 (1.2)	6.3 (.7)	5.6 (1.2)	243.8	**.000**
Tímido	4.3 (1.3)	3.2 (1.1)	3.3 (1.3)	71.3	**.000**
Terno	4.8 (1.2)	4.2 (1.1)	5.2 (1.2)	62.7	**.000**
Desconfiado	4.1 (1.4)	4.4 (1.4)	3.8 (1.5)	15.4	**.000**
Prático	3.0 (1.1)	6.0 (.8)	5.4 (1.3)	238.9	**.000**
Ingénuo	4.5 (1.5)	2.5 (1.1)	3.1 (1.4)	127.3	**.000**
Sereno	3.8 (1.2)	4.6 (1.1)	4.5 (1.2)	49.8	**.000**
Conservador	3.5 (1.3)	3.6 (1.3)	3.1 (1.5)	11.1	**.004**
Caráter controlado	2.9 (1.1)	5.2 (1.2)	4.7 (1.3)	168.0	**.000**
Independente do grupo	2.9 (1.5)	5.2 (1.4)	4.6 (1.5)	129.9	**.000**
Tenso	4.3 (1.3)	3.7 (1.5)	3.5 (1.4)	34.2	**.000**
Perseverante	3.9 (1.3)	5.6 (1.2)	5.1 (1.2)	147.6	**.000**
Espontâneo	4.9 (1.4)	5.0 (1.2)	5.3 (1.1)	5.1	.078
Sensível	5.5 (1.1)	4.1 (1.1)	5.0 (1.3)	101.7	**.000**
Ciumento	4.6 (1.2)	3.2 (1.3)	3.5 (1.6)	69.0	**.000**
Autoritário	3.6 (1.4)	4.4 (1.5)	3.4 (1.5)	41.0	**.000**
Caloroso	4.7 (1.3)	4.4 (1.1)	5.1 (1.2)	33.3	**.000**
Espírito de iniciativa	3.2 (1.4)	6.2 (.9)	5.3 (1.2)	218.3	**.000**
Sonhador	5.0 (1.4)	5.5 (1.2)	5.4 (1.3)	17.2	**.000**
Espírito concreto	3.5 (1.2)	5.5 (1.1)	5.0 (1.2)	160.3	**.000**
Não tem em conta as opiniões dos outros	3.6 (1.4)	3.0 (1.6)	2.7 (1.5)	41.7	**.000**
Calmo	3.7 (1.1)	4.6 (1.2)	4.5 (1.3)	45.2	**.000**
Prudente	3.1 (1.2)	5.3 (1.0)	4.8 (1.2)	63.3	**.000**
Frustrado	4.2 (1.4)	2.5 (1.3)	2.6 (1.3)	125.3	**.000**
Impusivo	4.9 (1.3)	3.4 (1.2)	4.0 (1.4)	83.5	**.000**
Espírito crítico	3.1 (1.3)	5.8 (1.0)	5.4 (1.1)	196.9	**.000**
Inseguro	4.7 (1.3)	2.4 (1.2)	3.2 (1.4)	144.7	**.000**

DM – Pessoa com deficiência mental
PS – Pessoa com sucesso profissional e pessoal
PC – Pessoa que conhece bem

Em relação às comparações múltiplas efetuadas através do teste de Wilcoxon (ver Tabela 2), é possível observar que os valores obtidos para a *pessoa com deficiência mental* são estatisticamente diferentes dos valores obtidos para a *pessoa com sucesso profissional e pessoal*, excetuando as características "conservador" (p = .574), "espontâneo" (p = .520) e "prático" (p = .078). As mesmas diferenças emergem quando as respostas nas representações correspondentes à primeira condição são comparadas com as das representações acerca da pessoa que os sujeitos conhecem bem,

verificando-se semelhanças nas características "autoritário" (p = .123) e "desconfiado" (p = .078).

Tabela 2
*Teste de Wilcoxon para comparações múltiplas entre a condição "pessoa com deficiência mental" e as duas outras condições (*N = *171)*

Características	Comparações múltiplas	
	DM vs PS	**DM vs PC**
Aberto	**.000**	**.000**
Inteligente	**.000**	**.000**
Emocionalmente estável	**.000**	**.000**
Dependente	**.000**	**.000**
Expansivo	**.000**	**.000**
Responsável	**.000**	**.000**
Tímido	**.000**	**.000**
Terno	**.000**	**.002**
Desconfiado	**.023**	.082
Prático	.082	**.000**
Ingénuo	**.000**	**.000**
Sereno	**.000**	**.000**
Conservador	.574	**.011**
Caráter controlado	**.000**	**.000**
Independente do grupo	**.000**	**.000**
Tenso	**.000**	**.000**
Perseverante	**.000**	**.000**
Espontâneo	.520	**.013**
Sensível	**.000**	**.000**
Ciumento	**.000**	**.000**
Autoritário	**.000**	.123
Caloroso	**.027**	**.001**
Espírito de iniciativa	**.000**	**.000**
Sonhador	**.000**	**.003**
Espírito concreto	**.000**	**.000**
Não tem em conta as opiniões dos outros	**.000**	**.000**
Calmo	**.000**	**.000**
Prudente	**.000**	**.000**
Frustrado	**.000**	**.000**
Impusivo	**.000**	**.000**
Espírito crítico	**.000**	**.000**
Inseguro	**.000**	**.000**

DM – Pessoa com deficiência mental
PS – Pessoa com sucesso profissional e pessoal
PC – Pessoa que conhece bem

Análise Fatorial Exploratória de Componentes Principais

Neste segundo momento de análise, começou-se por averiguar a viabilidade da análise fatorial na amostra recolhida através do teste dos pressupostos (KMO e teste de Bartlett, como explicitado em IV – Metodologia).

Com efeito, para a condição *pessoa com deficiência mental*, a medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin foi de .75 - o que, segundo Kaiser (1974), indica um bom nível de adequação -, sendo que o teste de esfericidade de Bartlett se revelou significativo (χ^2 (465) = 1653.52, $p < .05$). No que diz respeito ao grupo *pessoa com sucesso profissional e pessoal*, a medida de KMO cifrou-se em .80 – indicando que amostra é considerada boa (Kaiser, 1974) -, enquanto que o teste de esfericidade de Bartlett evidenciou significância estatística (χ^2 (496) = 1847.71, $p < .05$). Na terceira condição – *pessoa que se conhece bem* – ambos os testes confirmaram a viabilidade da amostra: a medida de KMO demonstrou um bom nível de adequação da amostra ao pontuar .78 (Kaiser, 1974) e o teste de esfericidade de Bartlett foi mais uma vez significativo (χ^2 (496) = 1917.34, $p < .05$). Posto isto, confirmou-se a viabilidade da análise fatorial em cada uma das três condições.

1. Condição *"pessoa com deficiência mental"*

Uma análise fatorial inicial nesta condição permitiu identificar, através da matriz de correlação anti-imagem, duas variáveis com pontuações menores que .5 nessa mesma matriz – "dependente" (.430) e "ingénuo" (.435), o que, segundo Field (2005), é razão para eliminar as variáveis numa análise subsequente. Neste sentido, decidiu-se pela eliminação da característica "ingénuo" da análise definitiva, optando-se, todavia, por manter a característica "dependente". Esta última opção deveu-se a uma dupla conjugação de fatores: em primeiro lugar, por ser a segunda variável que apresenta uma ponderação mais elevada (M = 5.4), o que revela que, na opinião dos participantes, esta constitui uma característica central da pessoa deficiente mental (ver Tabela 1); em segundo lugar, porque estudos anteriores desenvolvidos a partir da associação livre de ideias (Lopes, 2010; Fernandes, 2011) haviam já identificado a característica "dependente" como o atributo mais frequentemente associado à pessoa com deficiência mental. Assim, procurou-se, no essencial, assegurar uma maior riqueza de resultados e alargar a possibilidade de discussão acerca dos mesmos.

Após análises preliminares utilizando o critério de Kaiser , verificou-se que, num conjunto de oito fatores extraídos, os primeiros quatro fatores explicavam 37% da variância, constrastando com os 14% dos restantes quatro. Também o diagrama de sedimentação (em inglês, scree plot) pôs em destaque de forma clara os primeiros quatro fatores.

Com base nestas evidências, optou-se, como solução final, por uma análise fatorial de componentes principais com extração fixada em quatro fatores – que no seu conjunto acabaram por explicar 42.5% da variância total. Os coeficientes dos fatores principais pontuaram acima de .30, como recomendado por Osborne e Costello (2005). Os resultados da análise (apresentados na Tabela 3) mostram-nos que o primeiro fator, responsável por 14.1% da variabilidade, põe em relevo um conjunto de variáveis relacionadas com controlo e estabilidade, destacando-se ainda características práticas de independência e iniciativa. Pelo conteúdo dos respetivos itens,

este fator foi denominado 'Adaptação Funcional'. O segundo fator, que explica 10.6% da variância, destaca um conjunto de características relativas à afetividade, pelo que foi denominado de 'Caráter Afetuoso'. O terceiro fator, responsável por 9.3% da variância, agrupa características relativas a um baixo controlo emocional em termos relacionais, tendo sido denominado de 'Intempestividade'. O quarto fator, que explica 8.3% da variabilidade, que reúne traços respeitantes a insegurança e imaturidade ao nível da relação com o outro, denominou-se de 'Imaturidade Relacional'.

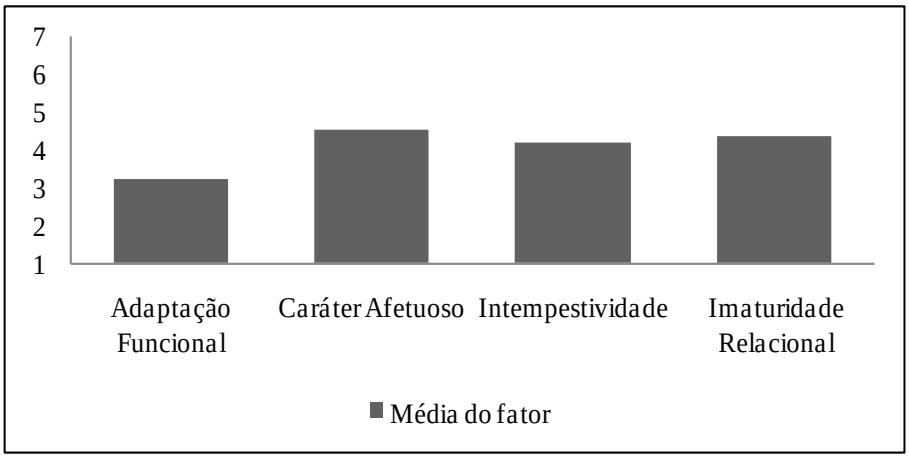
Tabela 3
*Saturações fatoriais e comunalidades da análise fatorial de componentes principais com rotação varimax na condição 'pessoa com deficiência mental' (*N *= 171)*

	F1 Adaptação Funcional	**F2 Caráter Afetuoso**	**F3 Intempestividade**	**F4 Imaturidade Relacional**	**Comunalidades**
Espírito de iniciativa	.660				.549
Prudente	.654				.496
Espírito concreto	.647				.452
Espírito crítico	.629				.422
Prático	.618				.482
Responsável	.548				.432
Caráter controlado	.542				.392
Perseverante	.511				.344
Emocionalmente estável	.500				.343
Inteligente	.486				.356
Independente do grupo	.453				.240
Terno		.716			.565
Sensível		.689			.520
Caloroso		.676			.512
Espontâneo		.537			.458
Calmo		.471			.483
Expansivo		.459			.432
Aberto		.437			.430
Sonhador		.412			.272
Autoritário			.710		.604
Impulsivo			.641		.446
Ciumento			.581		.382
Sereno			-.436		.461
Não tem em conta as opiniões dos outros			.390		.156
Tímido				.650	.503

Inseguro				.582	.500
Frustrado				.526	.533
Conservador				.477	.430
Desconfiado				.470	.425
Tenso				.431	.447
Dependente				.319	.108
Alfa de Cronbach	.810	.732	.576	.666	

Estabelecidas as categorias em que se agrupam as características atribuídas à pessoa deficiente mental, calcularam-se posteriormente as estatísticas descritivas correspondentes aos quatro fatores, de forma a compreender quais as representações predominantes na amostra. No Gráfico 2 estão representadas graficamente as médias de cada um dos fatores. Como é possível constatar, a Adaptação Funcional (M = 3.21) é o fator menos característico da pessoa com deficiência mental, sendo os fatores Caráter Afetuoso (M = 4.55), Imaturidade Relacional (M = 4.34) e Intempestividade (M = 4.20) aqueles que apresentam pontuações mais elevadas.

Gráfico 2
*Valores médios dos quatro fatores da condição 'pessoa com deficiência mental' (*N *=171)*



2. Condição *"pessoa com sucesso profissional e pessoal"*

As análises preliminares na condição pessoa com sucesso profissional e pessoal demonstraram que, apesar de algumas comunalidades relativamente baixas, as diagonais da matriz de correlação anti-imagem apresentavam valores acima de .50 na totalidade das variáveis – condição fundamental para a viabilidade da análise fatorial (Field, 2005). Desta forma, não foi necessário retirar qualquer variável e procedeu-se à análise com o conjunto de trinta e duas características.

Numa análise inicial com base no critério de Kaiser, emergiam nove fatores, sendo que os primeiros três explicavam 32% da variância, enquanto

que os restantes seis apenas contribuíam, individualmente, para 6% ou menos da mesma. Estes três fatores destacavam-se também no diagrama de sedimentação. Neste sentido, e após terem sido testadas soluções com três, quatro e cinco fatores, optou-se por realizar a análise fatorial de componentes principais (com rotação varimax) restrita a três fatores .

Nesta análise definitiva, cujos resultados são apresentados na Tabela 4, os três fatores explicam 39% da variância e todos os coeficientes dos mesmos apresentam valores superiores a .30. O primeiro fator extraído explica 15.9% da variância e destaca características associadas a instabilidade e pouca empatia e afetividade, pelo que se denominou 'Intempestividade'. 15.1% da variância é explicada pelo segundo fator, que põe em relevo características adaptativas que vão mais além da mera adaptação funcional, apresentando também um espírito proactivo (patente em características como "aberto" ou "sonhador"). Neste sentido, foi designado de 'Adaptação Empreendedora'. O último fator desta condição, responsável por 8% da variabilidade, reúne traços reveladores de uma certa vulnerabilidade e insegurança, tendo sido designado por 'Fragilidade Emocional'.

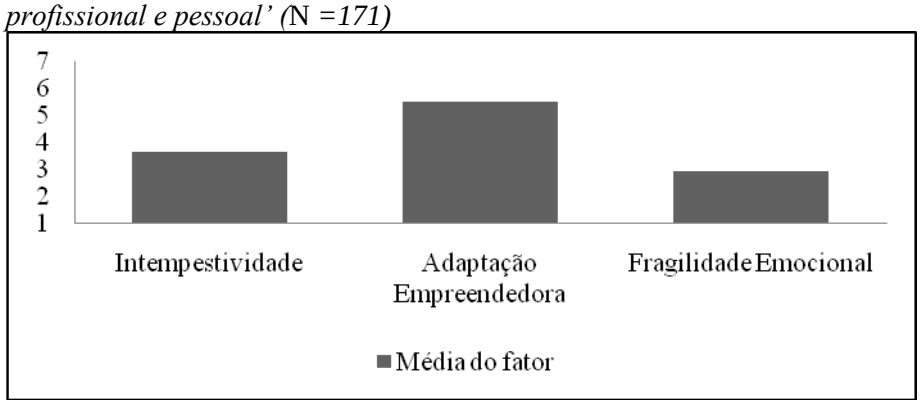
Tabela 4
*Saturações fatoriais e comunalidades da análise fatorial de componentes principais com rotação varimax na condição 'pessoa com sucesso profissional e pessoal' (*N = *171)*

	F1 Intempestividade	**F2 Adaptação Empreendedora**	**F3 Fragilidade emocional**	**Comunalidades**
Tenso	.759			.610
Autoritário	.733			.579
Ciumento	.708			.534
Desconfiado	.651			.468
Não tem em conta as opiniões dos outros	.605			.379
Conservador	.559			.386
Frustrado	.545			.422
Sereno	-.524			.442
Calmo	-.523			.457
Caloroso	-.475			.328
Terno	-.431			.381
Emocionalmente estável	-.423			.311
Impulsivo	.376			.155
Espírito de iniciativa		.732		.610
Espírito concreto		.677		.479
Prático		.657		.465

Responsável		.630		.432
Espírito crítico		.600		.477
Inteligente		.589		.360
Aberto		.541		.410
Prudente		.504		.262
Caráter controlado		.482		.281
Espontâneo		.446		.233
Sonhador		.392		.204
Expansivo		.374		.181
Independente do grupo		.340		.270
Perseverante		.309		.100
Ingénuo			.705	.518
Tímido			.603	.452
Sensível			.577	.471
Inseguro			.526	.573
Dependente			.300	.215
Alfa de Cronbach	.817	.807	.610	

Como apresentado no Gráfico 3, as estatísticas descritivas dos fatores indicam que os inquiridos têm uma imagem da *pessoa com sucesso profissional e pessoal* enquanto alguém fortemente caracterizado pela sua Adaptação Empreendedora (M = 5.54), pouco pela sua Intempestividade (M = 3.65) e ainda menos por traços representativos de Fragilidade Emocional (M = 2.96) - fator que, para esta amostra e como a média sugere, raramente se aplica a uma pessoa com êxito.

Gráfico 3
*Valores médios dos três fatores da condição 'pessoa com sucesso profissional e pessoal' (*N *=171)*



3. Condição *"pessoa que conhece bem"*

Na linha daquilo que foi efetuado para as condições anteriores, realizaram-se análises preliminares na condição *pessoa que conhece bem*. Não se diagnosticou qualquer necessidade de retirada de variáveis dado que a matriz de correlação anti-imagem apresentou valores superiores a .50 para todas as características e as comunalidades apareceram como moderadas. Avançou-se, portanto, para a análise fatorial de componentes principais aplicada às trinta e duas variáveis.

Recorrendo ao critério de Kaiser, verificou-se a existência de nove fatores com *eigenvalues* superiores a 1. No entanto, a análise do diagrama de sedimentação realçava apenas quatro fatores - enquanto que a variância total era explicada em 44.5% pelos primeiro quatro fatores, apenas cerca de 18% da mesma era representada pelos restantes cinco. Estas observações levaram a que se procedesse à análise com rotação varimax fixada em quatro fatores.

Assim, após extração e rotação, os fatores explicaram os mesmos 44.5% da variância. A Tabela 5 apresenta os resultados. O primeiro grupo de variáveis, responsável por 15.1% da variabilidade, define-se por uma adaptação que não se circunscreve ao domínio da funcionalidade nem da proactividade, pelo que foi denominado de 'Adaptação' em termos gerais. O segundo fator extraído, que explica 10.3% da variância, agrupa traços relacionados com um certo egoísmo e pouca abertura, pelo que se denominou 'Caráter Fechado'. À semelhança do segundo fator da condição 'pessoa com deficiência mental', o terceiro fator desta condição, responsável por 9.5% da variabilidade, reúne variáveis de natureza afetiva, pelo que se optou pela mesma designação – 'Caráter Afetuoso'. O quarto e último fator explica os mesmos 9.5 de variabilidade e agrupa características de estabilidade e autocontrolo, pelo que foi denominado 'Ponderação'.

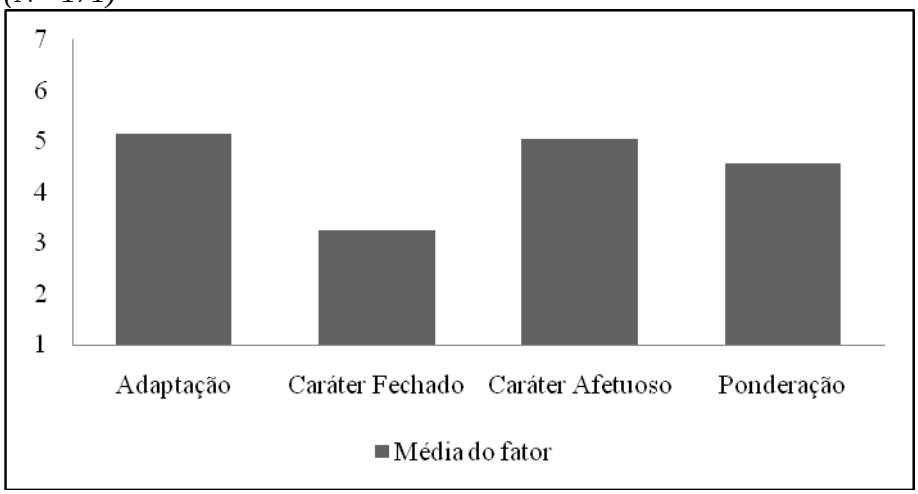
Tabela 5
*Saturações fatoriais e comunalidades da análise fatorial de componentes principais com rotação varimax na condição 'pessoa que conhece bem' (*N *= 171)*

	F1 Adaptação	**F2 Caráter Fechado**	**F3 Caráter Afetuoso**	**F4 Ponderação**	**Comunalidades**
Espírito de iniciativa	.688				.614
Espírito concreto	.628				.419
Espírito crítico	.623				.417
Prático	.606				.408
Perseverante	.599				.387
Inteligente	.576				.488
Ingénuo	-.533				.325
Dependente	-.525				.349
Responsável	.493				.453
Inseguro	-.455				.437

Expansivo	.411				.311
Independente do grupo	.405				.277
Aberto	.396				.400
Desconfiado		.688			.501
Tenso		.682			.492
Frustrado		.627			.479
Autoritário		.600			.448
Conservador		.537			.496
Ciumento		.523			.484
Tímido		.443			.476
Não tem em conta as opiniões dos outros		.442			.283
Caloroso			.755		.608
Sensível			.741		.584
Terno			.682		.508
Sonhador			.578		.435
Espontâneo			.485		.494
Calmo				.685	.528
Prudente				.635	.539
Sereno				.618	.473
Emocionalmente estável				.559	.522
Caráter controlado				.517	.342
Impulsivo				-.458	.261
Alfa de Cronbach	.779	.736	.739	.726	

O Gráfico 4 mostra-nos que, para os estudantes universitários inquiridos, Caráter Fechado (M = 3.25) é a categoria que menos se associa à pessoa que se conhece bem. No sentido oposto, a Adaptação (M = 5.14), o Caráter Afetuoso (M = 5.06) e a Ponderação (M = 4.57) surgem como conjuntos de traços que definem as pessoas que os estudantes consideram conhecer bem.

Gráfico 4
*Valores médios dos quatro fatores da condição 'pessoa que se conhece bem' (*N *=171)*



Testes de hipóteses em relação a efeitos de proximidade

No que concerne aos eventuais efeitos de proximidade nas representações sociais da pessoa deficiência mental, testou-se – em relação aos quatro fatores da condição *pessoa com deficiência mental* - a existência de diferenças estatisticamente significativas no seguinte conjunto de grupos:

i. (1) *Sujeitos conhecedores* e (2) *não conhecedores* de alguém com deficiência mental;
ii. (1) *Sujeitos familiares* e (2) *não conhecedores* de pessoas com deficiência mental;
iii. (1) *Sujeitos nada ou pouco à vontade* e (2) *completamente à vontade* com pessoas deficientes mentais.

Utilizou-se o teste U de Mann-Whitney (como referido na Metodologia) que não detetou qualquer diferença estatisticamente significativa, ao nível dos diferentes fatores relativos à pessoa com deficiência mental, nas comparações i) e ii) – como é possível observar nas Tabelas 6 e 7, respetivamente. Neste sentido, verifica-se que as respostas de indivíduos *conhecedores* e *não conhecedores* são semelhantes, bem como as de *sujeitos familiares* e *não conhecedores*. O mesmo é dizer que, na amostra recolhida, estas duas dimensões de proximidade (o conhecimento e o parentesco) não produzem efeitos nas representações sociais da pessoa deficiente mental.

Tabela 6
*Estatísticas descritivas e teste U de Mann-Whitney para diferenças entre os grupos de sujeitos conhecedores (*N *= 85) e não conhecedores (*N *= 86) de alguém com deficiência mental*

Fator	Conhece alguém deficiente mental?	N	Média (DP)	Teste U de Mann-Whitney	*p*
Adaptação funcional (F1)	Não	85	3.13 (.08)	3625.0	.228
	Sim	86	3.28 (.08)		
Caráter afetuoso (F2)	Não	85	4.57 (.09)	3482.5	.593
	Sim	86	4.52 (.07)		
Intempestividade (F3)	Não	85	4.13 (.09)	3297.0	.267
	Sim	86	4.27 (.08)		
Imaturidade relacional (F4)	Não	85	4.28 (.08)	3444.0	.514
	Sim	86	4.40 (.09)		

Tabela 7
*Estatísticas descritivas e teste U de Mann-Whitney para diferenças entre os grupos de sujeitos familiares (*N *= 16) e sujeitos não conhecedores (*N *= 85) de alguém com deficiência mental*

Fator	Familiares ou Não conhecem	N	Média (DP)	Teste U de Mann-Whitney	*p*
Adaptação funcional (F1)	Familiares	16	3.25 (.17)	627.5	.625
	Não conhecem	85	3.13 (.08)		
Caráter afetuoso (F2)	Familiares	16	4.59 (.15)	661.0	.859
	Não conhecem	85	4.57 (.09)		
Intempestividade (F3)	Familiares	16	4.18 (.24)	669.5	.922
	Não conhecem	85	4.13 (.09)		
Imaturidade relacional (F4)	Familiares	16	4.23 (.21)	623.5	.599
	Não conhecem	85	4.28 (.08)		

Na comparação iii), em que se opunha o grupo de pessoas nada ou pouco à vontade com aquelas que afirmaram estar completamente à vontade, encontraram-se efetivamente diferenças respeitantes ao quarto fator – Imaturidade Relacional. Os participantes pouco ou nada à vontade tendem a considerar a pessoa deficiente mental como mais imatura em termos relacionais do que os participantes que estão completamente à vontade com a mesma, ou seja, os dados demonstram efeitos de proximidade (mais concretamente no que respeita o grau de à vontade) nesta dimensão das representações sociais da pessoa deficiente mental. Os restantes três fatores não apresentaram qualquer diferença estatisticamente significativa, como retrata a Tabela 8.

Tabela 8
*Estatísticas descritivas e teste U de Mann-Whitney para diferenças entre os grupos de sujeitos nada ou pouco à vontade (*N *= 53) e completamente à vontade (*N *= 33) de alguém com deficiência mental*

Fator	**À vontade: "Pouco ou nada" vs "Completamente"**	**N**	**Média (DP)**	**Teste U de Mann-Whitney**	***p***
Adaptação Funcional (F1)	Pouco ou nada	53	3.05 (.11)	698.0	.117
	Completamente	33	3.40 (.14)		
Caráter afetuoso (F2)	Pouco ou nada	53	4.43 (.11)	713.0	.150
	Completamente	33	4.71 (.14)		
Intempestividade (F3)	Pouco ou nada	53	4.35 (.12)	667.0	.064
	Completamente	33	4.03 (.12)		
Imaturidade relacional (F4)	Pouco ou nada	53	4.45 (.11)	621.5	**.002**
	Completamente	33	4.13 (.14)		

V - Discussão

A presente dissertação teve como objetivo genérico aprofundar o conhecimento acerca das representações sociais da pessoa com deficiência mental, comparando-as com representações sobre uma pessoa com êxito e uma pessoa que se conhece bem. Procurou-se explorar estas comparações no âmbito da integração socioprofissional da pessoa deficiente mental. Fez-se o levantamento das representações sociais destes três grupos numa amostra de estudantes universitários portugueses, através de uma escala que requeria a atribuição de um conjunto de traços de personalidade às três condições suprareferidas. Simultaneamente, e como objetivo mais específico, tentou-se perceber se a proximidade – operacionalizada através de dimensões como o grau de à vontade, o conhecimento ou o facto de se ter algum familiar com deficiência mental - à pessoa deficiente mental pode influenciar e ter efeito nas representações sociais da deficiência mental. Posteriormente, enquadraram-se os dados empíricos na reflexão acerca de potenciais barreiras psicossociais (como o preconceito e discriminação) associadas ao processo de integração socioprofissional da pessoa com deficiência mental.

Como já enfatizado ao longo da dissertação, poucos são os estudos que se debruçam sobre as representações sociais da deficiência mental e muito menos ainda sobre as representações da identidade e traços de personalidade caracterizadores da pessoa com deficiência mental. Sendo esse um dos objetivos estabelecidos para o presente estudo, podemos afirmar que os resultados permitem vislumbrar aquele que é o perfil da pessoa com deficiência mental – bem como de uma pessoa com êxito profissional e pessoal e de uma pessoa que se conhece bem - no seio dos estudantes universitários portugueses.

Assim, a pessoa com deficiência mental é perspetivada como pouca adaptada e com uma fraca capacidade de adaptação em termos funcionais, a que se associa uma certa imaturidade relacional e intempestividade também reveladora e causadora de inadaptação. Simultaneamente e de forma ligeiramente mais acentuada, a imagem de alguém afetuoso e sensível (característica mais atribuída a esta condição) também se encontra presente nas representações sociais da pessoa com deficiência mental. Estes perfis contraditórios, em que se caracteriza alguém como afetuoso mas relacionalmente imaturo e intempestivo poderão ter várias explicações: em primeiro lugar, revela uma propriedade recorrente das representações sociais do senso comum - o facto de não seguirem as regras da lógica formal, coexistindo representações incongruentes no mesmo quadro de referência comum –, fenómeno denominado de polifasia cognitiva[20] e

[20] Conceito originalmente introduzido por Moscovici (1961), refere-se à coexistência de diferentes tipos de racionalidade no mesmo indivíduo ou grupo. Acrescenta ainda que "o mesmo grupo ou o mesmo indivíduo são capazes de

amplamente estudado no âmbito da Teoria das Representações Sociais (Moscovici, 1961; Duveen & Moscovici, 2000; Jovchelovitch, 2002, 2008); em segundo lugar, o facto de nenhum destes fatores ter uma pontuação realmente elevada (situam-se todos abaixo dos 4.55 em 7, algo que não acontece nas outras condições) põe em evidência uma certa ambiguidade e dificuldade na caracterização da pessoa com deficiência mental, como se esta fosse algo de estranho, de misterioso e difícil de classificar.

Por seu lado, a imagem relativa à pessoa com sucesso profissional e pessoal é de alguém com uma grande propensão proactiva, em que a capacidade adaptativa tem um cariz - mais do que funcional – empreendedor. A baixa atribuição de fragilidade emocional e intempestividade revela uma imagem de segurança e estabilidade emocional em que a intempestividade e a autoridade são usadas poucas vezes, provavelmente apenas quando necessário em contexto profissional. Neste sentido, o êxito profissional parece estar associado a uma capacidade de adaptação, estabilidade e segurança em termos emocionais e relacionais – características exatamente opostas à imagem da pessoa com deficiência mental. É interessante notar o aparecimento de uma personalidade empreendedora como modelo num momento histórico – início do século XXI - em que o empreendedorismo assume um papel de destaque e uma acentuada popularidade (Hebert & Link, 2009) na sociedade ocidental, da mesma forma que no estudo de Paicheler, Beaufils e Ravaud (1987), uma pessoa espontânea, criativa e extrovertida mas emocionalmente estável e serena – descrita como "aventureira do quotidiano" (Paicheler, Beaufils, & Ravaud, 1987, p.54) - é tida como modelo e enquadrada nos movimentos contracultura originados no maio de '68 em França. Desta forma, a imagem da pessoa modelo parece construir-se a partir de fenómenos sociais em voga num determinado momento histórico - o que vai ao encontro de um dos alicerces da Teoria das Representações Sociais, que é o de estas se inserirem e se constituírem a partir de sistemas de relações sociais (Duveen & Moscovici, 2000; Doise, 2012). Ainda em relação a este perfil, não deixa de ser curioso que seja a única condição em que não emerge uma dimensão afetiva na sua caracterização.

A pessoa que os sujeitos consideram conhecer bem é vista como muito bem adaptada em termos gerais – a adaptação aqui não é meramente funcional mas características como "sonhador" e "espontâneo" encontram-se ausentes, daí que o caráter ambicioso não esteja tão marcado como na adaptação empreendedora da pessoa com êxito -, de caráter pouco fechado, muito afetuoso e ponderado. Estes resultados corroboram o estudo de Fernandes (2011) - que também evidenciou características claramente positivas relativas à pessoa que se conhece bem -, o que acaba por ser normal, dado esta condição se referir "a alguém próximo, com quem o sujeito se identifica e partilha um nível de intimidade considerável" (Fernandes, 2011, p. 30).

---

empregar diferentes registos de lógica em domínios relacionados com perspetivas, informações e valores" (Moscovici, 1976, p. 286, cit. por Jovchelovitch, 2002).

Numa ótica comparativa, constata-se que, de forma recorrente, as características atribuídas à pessoa deficiente mental contêm conotações mais negativas do que aquelas atribuídas à pessoa com sucesso e à pessoa que se conhece bem. De facto, como é possível observar no Gráfico 1 (pág. 19), estas duas últimas condições aparecem, na maioria das vezes, juntas no extremo contrário ao da pessoa com deficiência mental, o que revela claramente a forma como as imagens relativas à pessoa deficiente mental se estruturam muito em torno da diferença e do desvio em relação ao que é normativo, como os estudos de Paicheler, Beaufils e Ravaud (1987) e, mais recentemente, de Fernandes (2011) também verificaram. Mais do que este desvio ao que é apenas normativo, podemos afirmar que se verifica um défice em relação ao que é desejável (aquilo que é tido como modelo) em dois planos diferentes: a nível profissional, com a pessoa deficiente mental percecionada como estando muito aquém daquilo que caracteriza uma pessoa com êxito; e a nível pessoal, onde também aparecem diferenças marcadas relativamente à pessoa com quem os sujeitos se identificam e conhecem bem. Se a diferença em relação ao que é normativo é em si mesma produtora de estigma (Goffman, 1980), o défice no que se refere ao que é desejável pessoal e profissionalmente é evidência de uma ideia de deficiência mental como limitação e incapacidade *per se*, também identificada noutros estudos (Shapiro, 2000; Chen, Brodwin, Cardoso, & Chan, 2002; Rosenthal, Chan, & Livneh, 2006; Veiga & Salgado, 2013). Nesta ideia pré-concebida e nitidamente prevalecente no mundo ocidental contemporâneo, parecem radicar muitas daquelas que são as barreiras a uma participação plena da pessoa com deficiência mental em contextos sociais, educacionais e profissionais. Assim, a visão de alguém incapaz e limitado parece justificar a situação de exclusão social da pessoa deficiente mental ao longo da história, bem como os processos discriminatórios associados.

Associada à representação da pessoa com deficiência mental como limitada e incapaz encontra-se a imagem de dependência e de falta de autonomia. Com efeito, uma possível explicação para os valores modestos que a característica "dependente" apresentou em relação às comunalidades e diagonais anti-imagem - tendo em mente que valores elevados em ambos é sinónimo de que a variável se correlaciona com um fator e pouco com os restantes (Field, 2005), o que se pretende quando se procede a uma análise fatorial -, pode ser exatamente o facto de esta ser uma característica transversal a todos fatores, não se correlacionando apenas com um deles. Seguindo esta linha de raciocínio, a dependência, e consequente falta de autonomia, emerge como traço caracterizador por excelência da pessoa com deficiência mental, estando sempre presente e de forma destacada na caracterização da mesma. Também o facto de ser considerada uma pessoa afetuosa – traço ausente na caracterização da pessoa com sucesso profissional – reforça o seu lugar nos antípodas do que é uma pessoa capaz profissionalmente.

Desta forma, é possível afirmar que, de forma geral, as diferenças nas representações sociais das três condições traz à tona uma imagem de desadequação ao mundo do trabalho, no que se refere à pessoa com

deficiência mental. Esta desadequação torna-se evidente na caracterização desta condição, pela ausência de características essenciais ao sucesso profissional e presença de características que parecem ser a antítese do que é um bom profissional, como a imaturidade/fragilidade emocional e relacional e a fraca capacidade adaptativa. Na linha dos estudos de Lopes (2010) e Fernandes (2011), verifica-se, então, a existência de imagens que podem funcionar como obstáculo à integração dos deficientes mentais no mundo do trabalho, apesar da investigação científica já ter provado que este grupo social é capaz profissionalmente, se providenciado com programas de formação profissional enquadrados num processo de reabilitação e desenvolvimento do indivíduo (Fernandes, 1997).

Neste âmbito, em Portugal privilegia-se um modelo de formação profissional em instituição, que se caracteriza por uma formação inicial de competências básicas (pessoais e sociais), seguindo-se um período de prática simulada que culmina com um estágio em situação real em empresa, sob orientação de funcionários que se assumem como orientadores/tutores (Ribeiro, 2009). Este modelo tem sido descrito como eficaz, dado que "findo o processo, uma grande parte dos jovens acabam por ser integrados no quadro das empresas em que realizaram formação" (Ribeiro, 2009, p. 95). Adicionalmente, o facto de a maioria das empresas que já admitiram pessoas com deficiência mental nos seus quadros terem intenções de o voltar fazer (Martins, 2001), comprova, por um lado, a competência profissional de pessoas com este tipo de deficiência e, por outro, revela sinais de abertura por parte dos empregadores. Reveste-se de especial importância, também, uma adaptação destes programas de formação às características mais valorizadas pelas entidades empregadoras como fundamentais a uma inserção profissional bem sucedida e que estudos como o de Silva (s/d) já identificaram - as quais remetem para o cumprimento de horários de trabalho; ser assíduo; a capacidade para aceitar as normas de segurança; respeito pelas regras estabelecidas pela empresa; colaboração com os colegas; motivação para o trabalho; a capacidade para separar o trabalho de outros aspetos da sua vida; um ritmo de trabalho aceitável relativamente aos índices das empresas; a disponibilidade de horários de trabalho; competência no trabalho que executa; a capacidade para compreender e executar instruções; capacidade de adaptação.

De facto, como um estudo da GRACE (2005) sobre a integração empresarial de pessoas com deficiência concluiu, tem-se assistido a uma crescente abertura por parte do meio empresarial à entrada destas pessoas, associada a uma preocupação com a responsabilidade social das empresas que, como verificado no mesmo estudo, podem ser competitivas e simultaneamente ter um papel significativo na integração de pessoas com deficiência no mercado de trabalho. No entanto, os resultados do presente estudo demonstram que o preconceito do deficiente mental como "socialmente inútil" encontra-se ainda fortemente enraizado na cultura ocidental, como também documentou a análise histórica efetuada no enquadramento teórico da presente dissertação.

Os efeitos de proximidade na construção das representações sociais da deficiência mental resumiram-se ao fator relativo à imaturidade relacional – as pessoas pouco ou nada à vontade com a pessoa deficiente mental tendem a considerá-lo ligeiramente mais imaturo relacionalmente do que as pessoas que afirmam estar completamente à vontade com o mesmo. Provavelmente devido ao à vontade possuir uma dimensão claramente relacional, os sujeitos mais à vontade na presença de uma pessoa deficiente mental não desenvolvem tanto a ideia de estarem com alguém imaturo, enquanto que aqueles que se sentem menos à vontade criam essa imagem. Resta saber a direccionalidade do fenómeno: se a pessoa se sente menos à vontade porque vê o outro como imaturo ou se a imagem de imaturidade do outro tem origem numa falta de à vontade como predisposição – algo que poderá ser investigado em futuros estudos.

De facto, ao contrário das dimensões de conhecimento e de parentesco – que não produzem qualquer efeito nas representações sociais – apenas o grau de à vontade produziu diferenças, ainda que apenas no fator 'Imaturidade Relacional'. Desta forma, a proximidade de caráter relacional (e não ao nível do mero conhecimento e parentesco) parece ser aquela que realmente introduz variações no conteúdo das representações. A inexistência de diferenças nos restantes três fatores indicia que o conteúdo dos mesmos pode ser mais consensual, pelo que o grau de à vontade não produz diferenças. Assim, os resultados sugerem que, independentemente de alguém se sentir ou não à vontade com uma pessoa com deficiência mental, não parecem existir grandes dúvidas quanto aos problemas de adaptação funcional, em relação ao caráter afetuoso e à intempestividade (embora este último fator seja marginalmente significativo; $p = 0.064$) – fatores que correspondem, grosso modo, às características mais salientes da pessoa com deficiência mental (como patente no gráfico 1). Dada a escassez de estudos sobre esta questão específica, sugere-se que os investigadores se debrucem sobre a mesma no sentido de a clarificar e de alargar o leque de conclusões.

Outro resultado digno de realce é a diferença entre as respostas da pergunta "até que ponto se sente à vontade na presença de uma pessoa com deficiência mental?" e da pergunta seguinte, referente ao à vontade das outras pessoas. Como apresentado nos Resultados, os sujeitos tendem a considerar-se muito mais à vontade do que os outros na presença de uma pessoa com deficiência mental, resultados que estão na linha de estudos realizados pelo Eurobarómetro (2001), Lopes (2010) e Fernandes (2011) – em que questões semelhantes foram utilizadas. Simultaneamente, no estudo do Eurobarómetro (2001), as mesmas pessoas defendem que os Estados deveriam investir mais recursos na remoção de barreiras arquitetónicas e na integração socioprofissional das pessoas com deficiência dada a ausência de oportunidades para as mesmas que poderia conduzir a exclusão social. Na linha do que Lopes (2010) e Fernandes (2011) argumentaram, podemos considerar a existência aqui de uma dissociação da estereotipia, efeito social em que, conscientes da existência do preconceito, os sujeitos tendem a considerar que as outras pessoas é que são preconceituosas, provavelmente numa tentativa de manutenção de um autoconceito positivo.

É possível identificar algumas limitações do presente estudo. Em primeiro lugar, o efeito de desejabilidade social nas respostas dos sujeitos é um dos problemas que tem vindo a ser discutido, particularmente em trabalhos sobre representações sociais da deficiência (Veiga & Salgado, 2013). Como argumentado por estes autores, informar sobre o que se pensa da deficiência mental pode ser contaminado por um desejo de se expressar de forma socialmente aceite, mascarando as imagens e representações reais. No entanto, o método utilizado (questionário anónimo autoadministrado) é tido como uma boa estratégia para redução deste fenómeno – em comparação com, por exemplo, a entrevista -, dada a garantia de anonimidade e confidencialidade dos dados e o facto de não ser necessário que o sujeito se expresse verbalmente para o investigador (Robson, 2002). Uma segunda limitação prende-se com a amostra utilizada, que não corresponde à população que, realmente, tem influência direta na contratação de pessoas, como são os responsáveis de recursos humanos das organizações e as organizações no geral, daí que o que os estudantes universitários consideram como o perfil de uma pessoa com êxito ou de uma pessoa com deficiência mental pode não o ser para as organizações. Não negando tal facto, é importante notar que a integração socioprofissional da pessoa com deficiência mental é uma temática que vai muito para além de uma mera decisão de recrutamento e seleção, contendo em si um caráter também societal. Desta forma, engloba desde políticas estatais (de incentivo à contratação, por exemplo), institucionais, educacionais e de formação profissional – fatores diagnosticados por Pegado, Gonçalves, Bernardo e Santos (1996) como escassos (em quantidade e qualidade) em Portugal na década de 90. E neste sentido, os resultados deste estudo afiguram-se deveras pertinentes nessa ótica: a de identificar representações sociais e imagens da deficiência mental numa camada populacional que, num futuro a médio prazo, terá responsabilidades associadas às dimensões societais de integração referidas acima.

Perante este quadro de resultados, fica patente a necessidade de intervenção pública e privada na esfera da integração socioprofissional da pessoa com deficiência mental. Sendo certo que, no domínio público, já existem apoios (como prémios de mérito para empregadores que se destaquem neste âmbito, apoios financeiros para adaptação física dos espaços, apoio em programas de formação, apoio técnico e de acompanhamento aos empregadores, entre outros) nesse sentido, a problemática da discriminação e o preconceito podem ser minimizados desde cedo com políticas educativas de inclusão, ações de sensibilização para a diferença e uma adaptação arquitetónica dos espaços públicos.

Na iniciativa privada, os benefícios comprovados (GRACE, 2005) – para a organização, para a pessoa e para a sociedade – são prova de que uma estratégia aberta à integração e à diferença é mais do que uma simples questão de imagem perante o meio externo. As organizações têm uma grande capacidade de influenciar a transformação da sociedade - mesmo as mudanças de caráter interno têm repercussões diretas na vida dos colaboradores, nas suas famílias e nas comunidades com as quais a

organização interage (GRACE, 2005). Assim, uma política empresarial inclusiva não só contribuirá para a integração das pessoas com deficiência mental, como também produzirá efeitos nas representações sociais acerca das mesmas, contribuindo para uma transformação social a longo prazo.

De facto, como afirma Abric (2001), essa mudança nas representações sociais ocorre quando existe uma maior proximidade ao objeto de representação (neste caso, a pessoa com deficiência mental), através do contacto pessoal. Como demonstrado por Abric e Tafani (1995, cit. por Abric, 2001) num estudo sobre representações sociais das empresas, o grupo de pessoas que nunca tiveram contacto com empresas tende a ativar elementos normativos nas representações, enquanto que o grupo de pessoas que já teve contacto direto com empresas ativa elementos funcionais. As representações dos primeiros são fortemente avaliativas, enquanto que as dos segundos, dada o contacto direto com o objeto, assumem um caráter mais descritivo e pragmático – ou seja, a um quadro "ideológico" opõe-se um quadro descritivo (Abric, 2001). Esta proximidade ao objeto é, segundo o mesmo autor, composta por três dimensões: o conhecimento do objeto, envolvimento e nível de prática. Daqui depreende-se que, se a proximidade (e suas dimensões) à pessoa com deficiência mental for promovida – de forma mais direta através da integração profissional, mas também através de práticas educativas inclusivas, ações de sensibilização nas organizações e nas escolas, fomento de culturas organizacionais abertas à diferença, entre outros –, as representações sociais da deficiência mental (com os seus mitos e preconceitos associados) conhecerão uma mudança que possibilitará uma real inclusão e participação ativa deste grupo social na sociedade. Esta mudança aconteceria não só nas organizações e seus colaboradores, mas também, a nível educacional, nas camadas mais jovens da população (como a amostra deste estudo) que teriam contacto com pessoas portadoras desta condição cada vez mais cedo, promovendo-se assim a naturalidade do contacto e a humanização da pessoa com deficiência mental. Desta forma, produzir-se-ia um ciclo de desenvolvimento e transformação social em que a inserção socioprofissional reduz e elimina barreiras psicossociais associadas ao processo, o que por sua vez contribui para uma maior e melhor inserção socioprofissional.

Reforça-se, assim, a pertinência prática da Teoria das Representações Sociais para a intervenção no âmbito da integração socioprofissional da pessoa com deficiência mental e na produção de uma sociedade mais igualitária e socialmente justa.

VI - Conclusões

O presente estudo contribuiu para um aprofundar de conhecimento sobre as representações sociais da deficiência mental e sobre a forma como estas diferem daquilo que é a imagem em relação a uma pessoa com sucesso profissional e pessoal e ao "protótipo" do que é uma pessoa. Paralelamente, estas diferenças permitem pôr a nu alguns dos estereótipos em relação a este grupo socialmente desfavorecido, o que leva a um melhor entendimento dos obstáculos que estas pessoas enfrentam no processo de integração socioprofissional.

Com efeito, constata-se que uma imagem de incapacidade, dependência, inadaptação ou imaturidade está associada de forma indelével à pessoa com deficiência mental, como aliás sempre esteve ao longo da história da humanidade. Apesar da investigação empírica afirmar a pessoa com deficiência mental como capaz profissionalmente (Devenney, 1997; Fernandes, 1997; Harlan & Robert, 1998; Veiga & Salgado, 2013), os mitos de outrora perduram e parecem estar disseminados na sociedade contemporânea, e no nosso país em específico. No que concerne à proximidade relacional, esta aparenta, no cômputo geral, ser uma variável importante na transformação das representações e na desconstrução dos mitos e preconceitos associados à pessoa com deficiência mental – algo que se poderá revelar decisivo para a integração socioprofissional das pessoas com deficiência mental.

Para a intervenção social nesta área, os contributos da presente dissertação são também bastante claros: a integração socioprofissional da pessoa com deficiência mental tem de passar também por uma atuação psicossocial e de desmistificação dos estereótipos cristalizados na nossa sociedade. Esta atuação poderá ter na proximidade à pessoa com deficiência mental um elemento fundamental, reforçando-se assim a importância da escola inclusiva e da própria inserção profissional e social deste grupo social. É neste sentido que se darão passos importantes e se derrubarão obstáculos determinantes a uma participação social plena das pessoas com deficiência mental

No plano científico, urge que se siga esta linha de estudos, no sentido de se clarificar as barreiras psicossociais à inclusão social deste grupo. Podemos considerar que a escassez de estudos nesta temática é inversamente proporcional à necessidade de os realizar, em especial no contexto social desfavorável que hoje vivemos. Levar a cabo estudos com uma amostra diferente (e. g., amostra composta por responsáveis de recursos humanos de organizações) poderá também revelar-se deveras profícuo e aclarar realidades mais específicas e que se relacionem de forma mais direta com a tomada de decisão no que concerne à integração socioprofissional das pessoas com deficiência mental.

Como consideração final, importa assinalar que, num quadro social marcado por discrepâncias profundas, é cada vez mais clara a importância estratégica de gerar uma realidade social sem discriminações, que responda à procura e às necessidades de todos os segmentos da sociedade. E a responsabilidade para tal é também de todos os segmentos da sociedade, desde o setor privado ao setor público, desde as organizações até às universidades.

Bibliografia

Abric, J.-C. (2001). L'approche structurale des représentations sociales: Développements récents. *Psychologie et Société, 4*(2), 81-104.

Albrecht, G. L. (1976). *The sociology of physical disability and rehabilitation*. Pittsburgh: The University of Pittsburgh Press.

Alferes, V. (1997). *Investigação científica em psicologia: Teoria e prática*. Coimbra: Livraria Almedina.

American Association of Intellectual and Developmental Disabilities. (2012). *Frequently Asked Questions on Intellectual Disability*. Retirado de http://aaidd.org/intellectual-disability/definition/faqs-on-intellectual-disability#.UuaDBhCp3IU

Aronowitz, R. A. (1998). *Making sense of illness: Science, society, and disease*. Cambridge: Cambridge University Press.

Assembleia da República. (2005). *Constituição da república portuguesa (VIII revisão constitucional)*. Lisboa: Diário da República.

Armstrong, M. (2009). *Armstrong's handbook of human resource management practice*. London: Kogan Page.

Barnes, C. (1991). *Disabled people in Britain and discrimination: A case for antidiscrimination legislation*. London: Hurst and Co.

Barnes, C. (1992). *Disabling imagery and the media: An exploration of media representations of disabled People.* Belper: The British Council of Organisations of Disabled People.

Barnes, C., & Mercer, G. (2003). *Disability*. Cambridge: Polity.

Barnes, C., & Mercer, G. (2005). *The social model of disability and the majority world*. Leeds: The Disability Press.

Brewerton, P., & Millward, L. (2001). *Organizational research methods*. London: Sage Publications.

Brostrand, H. (2006). Tilting at windmills: Changing attitudes towards people with disabilities. *The Journal of Rehabilitation, 72*(1), 4-9.

Cabecinhas, R. (2004). Representações sociais, relações intergrupais e cognição social. *Paidéia, 14*(28), 125-137.

Cahn, M. (1990). *Classics of western philosophy*. Indianapolis: Cambridge.

Castilho, P. (2003). *Deficiência mental e a aceitação pelos pares: A importância das competências sociais*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.

Charlton, J. I. (1998). *Nothing about us without us: Disability oppression and empowerment.* Berkley, CA: University of California Press.

Chen, R. K., Brodwin, M. G., Cardoso, E., & Chan, F. (2002). Attitudes toward people with disabilities in the social context of dating and marriage: A comparison of american, taiwanese, and singaporean college students. *Journal of Rehabilitation, 68*(4), 5-11.

Dennis, R. M. (1995). Social darwinism, scientific racism and the methaphysics of race. *The Journal of Negro Education, 64*(3), 243-252.

Devenney, M. J. V. (1997). *The social representations of disability: Fears, fantasies and facts.* (Tese de Doutoramento não publicada). University of Cambridge, Cambridge.

Doise, W. (1992). L'ancrage dans les études sur les représentations sociales. *Bulletin de Psychologie, 45*(405), 189-195.

Doise, W. (2012). The homecoming of society in social psychology. In J. P. Valentim (Ed.), *Societal approaches in social psychology* (p. 9-34). Bern: Peter Lang.

Duveen, G. & Moscovici, S. (2000). *Social Representations: Explorations in Social Psychology*. London: Polity.

Fernandes, M. M. (1997). Sobre o emprego de pessoas com deficiência. *Revista Integrar, 13*, 5-13.

Fernandes, C. S. C. (2011). *Representações sociais de profissionais de saúde relativemente a pessoas deficientes mentais e sua integração socioprofissional*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.

Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage Publicatons.

Goffman, E. (1980). *Estigma – Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Zahar Editores.

GRACE (2005). *A Integração de pessoas com deficiência nas empresas: Como atuar*. Lisboa: GRACE.

Harlan, S. & Robert, P. (1998). The social construction of disability in organizations: Why employers resist reasonable accommodation. *Work and Occupations, 25*, 397-435.

Hebert, R. F. & Link, A. N. (2009). *A history of entrepreneurship*. London: Routledge.

Hill, M. M. & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.

Howarth, C. (2006). A social representation is not a quiet thing: The critical potential of social representations theory. *British Journal of Social Psychology, 45*(1), 65-86.

Jodelet, D. (1991). *Madness and social representations*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.

Jovchelovitch, S. (2002). Rethinking the diversity of knowledge: Cognitive polyphasia, belief and representation. *Psychologie et Societé, 5*(1), 121-138.

Jovchelovitch, S. (2008). The rehabilitation of common sense: Social representations, science and cognitive polyphasia. *Journal for the Theory of Social Behaviour, 38*(4), 431-448.

Kaiser, H. F. (1974). An index of fatorial simplicity. *Psychometrika*, *39*, 31-36.

Kirk, S. A. & Gallagher, J. J. (1996). *Educação da criança excecional*. São Paulo: Martins Fontes.

Kirsh, B., Stergiou-Kita, M., Gewurtz, R., Dawson, D., Krupa, T., Lysaght, R., & Shaw, L. (2009). From margins to mainstream: What do we know about work integration for persons with brain injury, mental illness and intellectual disability? *Work, 32*(4), 391-405.

Leandro, A., & Rebelo, T. (2011). A responsabilidade social das empresas: Incursão ao conceito e suas relações com a cultura organizacional. *Exedra, Número especial*, 11-39.

Lopes, M. A. F. M. (2010). *Representações sociais de estudantes universitários relativamente a pessoas deficientes e sua integração socioprofissional*. Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.

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., & Tassé, M. J. (2002). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports* (10th ed.). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Lupton, D. (2012). *Medicine as culture: Illness, disease and the body*. London: Sage Publications.

Marková, I. (2000). Amédéé or how to get rid of it: Social representations from a diaological perspetive. *Culture and Psychology, 6*(4), 419-460.

Martins, M. A. D. (2001). *Deficiência mental e desempenho profissional*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

Massie, B. (2004). *Delivering effective policies and structures on equalities and human rights*. Retirado de http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/DRC-speeches20042.pdf

Miguel, I. C. (2010). *A inteligência e o seu desenvolvimento: representações sociais, valores e estilos parentais*. (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.

Miguel, I. C., Valentim, J. P., Carugatri, F. (2012). Degree of proximity in the construction of social representations: The case of intelligence. *The Spanish Journal of Psychology, 15*(3), 1244-1258.

Molloy, D., Knight, T., & Woodfield, K. (2003). *Exploring the interactions between disability, ethnicity, age, gender and sexuality.* Retirado de http://www.ilga-europe.org/home/issues/multiple_discrimination/resources_on_multiple_discrimination/disability/diversity_in_disability_exploring_the_interactions_between_disability_ethnicity_age_gender_and_sexuality

Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: Presses Universitaires de France.

Moscovici, S. (1988). Notes towards a description of social representations. *European Journal of Social Psychology, 18*, 211-250.

Mouton, J. & Marais, H. C. (1996). *Basic concepts in the methodology of the social sciences*. Pretoria: Penrose Book Printers.

Mulvany, J. (2000). Disability, impairment or illness? The relevance of the social model of disability to the study of mental disorder. *Sociology of Health and Illness, 22*(5), 582-601.

Nowicki, E. A. (2006). A cross-sectional multivariate analysis of children's attitudes towards disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 50*, 335-348.

Osborne, J. W. & Costello, A. B. (2005). Best practices in exploratory fator analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation, 10*(7), 1-8.

Paicheler, H., Beaufils, B., & Ravaud, J.-F. (1987). Personnalisarion et stigmatisations sociales. In J.-L. Beauvois, R.-V. Joule, & J.-M. Monteil (Eds.), *Perspetives cognitives et conduits sociales* (vol. 1, pp. 45-61). Fribourg: DelVal.

Pegado, H., Gonçalves, H. S., Bernardo, J., & Santos, P. C. (1996). *Integração socioprofissional das populações com deficiência e desfavorecidas*. Retirado de http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR492596ac9c40e_1.pdf a 14/01/2014.

Poeschl, G. (2006). *Análise de dados na investigação em psicologia: Teoria e prática*. Coimbra: Edições Almedina.

Ribeiro, S. C. M. (2009). Inclusão social dos jovens com deficiência mental. (Tese de Mestrado não publicada). Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti, Porto.

Robson, C. (2002). *Real world research: A resource for social scientists and practitioner-researchers* (2nd ed.). Malden: Blackwell.

Rosenthal, D. A., Chan, F., & Livneh, H. (2006). Rehabilitation students' attitudes toward persons with disabilities in high- and low-stakes

social contexts: A conjoint analysis. *Disability and Rehabilitation, 28*(24), 1517-1527.

Schroeder, S. R., Gertz, G., & Velazquez, F. (2002). *Final project report: Usage of the term 'mental retardation': Language, image and public education.* Lawrence: University of Kansas, Center on Developmental Disabilities.

Shalock, R. L., Luckasson, R. A., Shogren K. A., Borthwick-Duffy, S., Bradley,V., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., Gomez, S. C., Reeve, Y. L. A., Snell, M. E., Spreat, S., Tassé, M. J., Thompson, J. R., Verdugo, M. A., Wehmeyer, M. L., & Yeager, M. H. (2007). The renaming of mental retardation: Understanding the change to the term intellectual disability. *Intellectual and developmental disabilities, 45*(2), 116-124.

Shapiro, A. H. (2000). *Everybody belongs*. London: Routledge.

Shearer, A. (1981). *Disability: Whose handicap?.* Oxford: Basil Blackwell.

Silva, A. C. (s/d). *Inserção Profissional de Pessoas com Deficiência Mental: perspetiva dos empregadores*. Retirado de http://www.oed.com.pt/contents/estudos/estudos2.pdf

Staerklé, C. (2012). Back to new roots: Societal psychology and social representations. In J. P. Valentim (Ed.), *Societal approaches in social psychology* (p. 81-106). Bern: Peter Lang.

Thomas, D. (1982). *The experience of handicap.* London: Methuen.

United Nations. (1948). *Universal Declaration of Human Rights*. Retirado de http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/eng.pdf

Veiga, C. V., & Salgado, J. A. (2013). Mexican and portuguese young students facing disability. A comparative study using social representations. *Convergencia – Revista de Ciencias Sociales, 20*(63), 99-124.

World Health Organization. (2002). *International Classification of Functioning, Disability and Health.* Geneva: World Health Organization.

Anexos

Anexo I: Questionário (Valentim, 2012)

· U C ·

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Este questionário destina-se exclusivamente a fins de investigação e insere-se num estudo sobre representações sociais das pessoas deficientes mentais. Todas as respostas que lhe solicitamos são rigorosamente anónimas e nenhuma informação disponibilizada será tratada individualmente.

Leia com atenção as instruções que lhe são dadas, certificando-se de que compreendeu corretamente o modo como deverá responder. Note que as instruções no topo de cada página não são sempre iguais.

Responda sempre de acordo com aquilo que faz, sente ou pensa, pois não existem respostas corretas ou incorretas, nem boas ou más respostas.

Por favor, certifique-se de que tudo é preenchido.

Na sua opinião, até que ponto cada uma das seguintes características se aplica a uma pessoa com deficiência mental? Assinale as suas respostas na escala de 1 a 7 em que 1 significa "nunca se aplica" e 7 significa "aplica-se muito frequentemente".

Aberto	1	2	3	4	5	6	7
Inteligente	1	2	3	4	5	6	7
Emocionalmente estável	1	2	3	4	5	6	7
Dependente	1	2	3	4	5	6	7
Expansivo	1	2	3	4	5	6	7
Responsável	1	2	3	4	5	6	7
Tímido	1	2	3	4	5	6	7
Terna	1	2	3	4	5	6	7
Desconfiada	1	2	3	4	5	6	7
Prático	1	2	3	4	5	6	7
Ingénuo	1	2	3	4	5	6	7
Sereno	1	2	3	4	5	6	7
Conservador	1	2	3	4	5	6	7
Caráter controlado	1	2	3	4	5	6	7
Independente do grupo	1	2	3	4	5	6	7
Tenso	1	2	3	4	5	6	7
Perseverante	1	2	3	4	5	6	7
Espontâneo	1	2	3	4	5	6	7
Sensível	1	2	3	4	5	6	7
Ciumento	1	2	3	4	5	6	7
Autoritário	1	2	3	4	5	6	7
Caloroso	1	2	3	4	5	6	7
Espírito de iniciativa	1	2	3	4	5	6	7
Sonhador	1	2	3	4	5	6	7
Espírito concreto	1	2	3	4	5	6	7
Não tem em conta as opiniões dos outros	1	2	3	4	5	6	7
Calmo	1	2	3	4	5	6	7
Prudente	1	2	3	4	5	6	7
Frustrado	1	2	3	4	5	6	7
Impulsivo	1	2	3	4	5	6	7
Espírito crítico	1	2	3	4	5	6	7
Inseguro	1	2	3	4	5	6	7

Na sua opinião, até que ponto cada uma das seguintes características se aplica a a uma pessoa com sucesso profissional e pessoal? Assinale as suas respostas na escala de 1 a 7 em que 1 significa "nunca se aplica" e 7 significa "aplica-se muito frequentemente".

Aberto	1	2	3	4	5	6	7
Inteligente	1	2	3	4	5	6	7
Emocionalmente estável	1	2	3	4	5	6	7
Dependente	1	2	3	4	5	6	7
Expansivo	1	2	3	4	5	6	7
Responsável	1	2	3	4	5	6	7
Tímido	1	2	3	4	5	6	7
Terna	1	2	3	4	5	6	7
Desconfiada	1	2	3	4	5	6	7
Prático	1	2	3	4	5	6	7
Ingénuo	1	2	3	4	5	6	7
Sereno	1	2	3	4	5	6	7
Conservador	1	2	3	4	5	6	7
Caráter controlado	1	2	3	4	5	6	7
Independente do grupo	1	2	3	4	5	6	7
Tenso	1	2	3	4	5	6	7
Perseverante	1	2	3	4	5	6	7
Espontâneo	1	2	3	4	5	6	7
Sensível	1	2	3	4	5	6	7
Ciumento	1	2	3	4	5	6	7
Autoritário	1	2	3	4	5	6	7
Caloroso	1	2	3	4	5	6	7
Espírito de iniciativa	1	2	3	4	5	6	7
Sonhador	1	2	3	4	5	6	7
Espírito concreto	1	2	3	4	5	6	7
Não tem em conta as opiniões dos outros	1	2	3	4	5	6	7
Calmo	1	2	3	4	5	6	7
Prudente	1	2	3	4	5	6	7
Frustrado	1	2	3	4	5	6	7
Impulsivo	1	2	3	4	5	6	7
Espírito crítico	1	2	3	4	5	6	7
Inseguro	1	2	3	4	5	6	7

Na sua opinião, até que ponto cada uma das seguintes características se aplica a uma pessoa que conhece bem (a nível relacional/pessoal ou profissional)? Assinale as suas respostas na escala de 1 a 7 em que 1 significa "nunca se aplica" e 7 significa "aplica-se muito frequentemente".

Aberto	1	2	3	4	5	6	7
Inteligente	1	2	3	4	5	6	7
Emocionalmente estável	1	2	3	4	5	6	7
Dependente	1	2	3	4	5	6	7
Expansivo	1	2	3	4	5	6	7
Responsável	1	2	3	4	5	6	7
Tímido	1	2	3	4	5	6	7
Terna	1	2	3	4	5	6	7
Desconfiada	1	2	3	4	5	6	7
Prático	1	2	3	4	5	6	7
Ingénuo	1	2	3	4	5	6	7
Sereno	1	2	3	4	5	6	7
Conservador	1	2	3	4	5	6	7
Caráter controlado	1	2	3	4	5	6	7
Independente do grupo	1	2	3	4	5	6	7
Tenso	1	2	3	4	5	6	7
Perseverante	1	2	3	4	5	6	7
Espontâneo	1	2	3	4	5	6	7
Sensível	1	2	3	4	5	6	7
Ciumento	1	2	3	4	5	6	7
Autoritário	1	2	3	4	5	6	7
Caloroso	1	2	3	4	5	6	7
Espírito de iniciativa	1	2	3	4	5	6	7
Sonhador	1	2	3	4	5	6	7
Espírito concreto	1	2	3	4	5	6	7
Não tem em conta as opiniões dos outros	1	2	3	4	5	6	7
Calmo	1	2	3	4	5	6	7
Prudente	1	2	3	4	5	6	7
Frustrado	1	2	3	4	5	6	7
Impulsivo	1	2	3	4	5	6	7
Espírito crítico	1	2	3	4	5	6	7
Inseguro	1	2	3	4	5	6	7

Conhece alguém deficiente mental? Não___; Sim___
Se respondeu "sim", indique a alternativa que se aplica e assinale a frequência com que contacta com essa pessoa.

	Todos os dias	Várias vezes por semana	Várias vezes por mês	Uma vez por mês ou menos
Um membro da sua família Especifique: _____				
Um(a) amigo(a)				
Um(a) conhecido(a)				
Um(a) vizinho				

Geralmente, até que ponto se sente à vontade na presença de uma pessoa com deficiência mental?

Nada à vontade	Pouco à vontade	Muito à vontade	Completamente à vontade

Até que ponto é que acha que, no geral, as outras pessoas se sentem à vontade na presença de uma pessoa com deficiência mental?

Nada à vontade	Pouco à vontade	Muito à vontade	Completamente à vontade

Por último, gostaríamos de saber algumas coisas sobre si para efeitos estatísticos:

Homem ___ Mulher ____ Idade:_____
Nacionalidade_____
Curso _____ Ano ___

Qual é a sua situação atual em termos de trabalho?

Só estudante: ____ Estudante que trabalha menos de 18 horas por semana: ____

Trabalhador-estudante (exerce uma profissão ou ocupação remunerada): ____

Se é trabalhador-estudante, indique por favor a sua profissão: _____

Qual é ou foi a profissão dos seus pais?

Pai: _____
Mãe:_____

Qual a escolaridade dos seus pais? (assinale a resposta com uma cruz no campo respetivo: mãe e pai)

	4º ano ou equivalente	9º ano ou equivalente	12º ano ou equivalente	Ensino Superior
Mãe				
Pai				

<u>Muito obrigado</u> pela sua participação!