



UC/FPCE\_2013

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

### **Envelhecimento nas Dificuldades intelectuais**

Cátia Matilde de Carvalho Pereira (cmcpereira\_83@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia da Educação, Desenvolvimento e Aconselhamento sob a orientação da Professora Doutora Cristina Petrucci Albuquerque

### **Envelhecimento nas Dificuldades intelectuais**

#### **Resumo**

O presente estudo teve como principal objetivo a caracterização das pessoas idosas com dificuldades intelectuais, um grupo recente da população. Procurámos conhecer as suas principais competências ao nível do comportamento adaptativo e das funções e estruturas do corpo e as necessidades percebidas pelos profissionais que com elas trabalham. Aplicámos a Escala de Comportamento Adaptativo, alguns itens da Checklist da CIF e construímos uma Listagem de necessidades. Os resultados obtidos apresentam as diferenças encontradas em função do género, grupo etário e grau de dificuldades intelectuais.

Palavras-chave: Envelhecimento, Dificuldades Intelectuais, Necessidades, Comportamento adaptativo, Funções.

### **Ageing in Intellectual Disability**

#### **Abstract**

The present study has as main objective the characterization of older people with intellectual disability, a recent population group. We sought to know their adaptive behavior and body functions and structures main duties and the perceived needs of the professionals who work with them. We used the Adaptive Behavior Scale, some items on the ICF Checklist and build a List of needs. The results show the differences by gender, age group and intellectual disability degree.

Key Words: Aging Intellectual Disabilities, Needs, Adaptive behavior, Functions.

## **Agradecimentos**

Àqueles que me fizeram sempre continuar.

## **Índice**

Introdução.....	1
I – Enquadramento conceptual.....	2
II – Objetivos.....	20
III – Metodologia.....	21
IV – Resultados.....	29
V – Discussão.....	46
VI – Conclusões.....	50
Bibliografia.....	52
Anexos.....	57

## **Introdução**

A população mundial está a envelhecer, todos os grupos da população são afetados pelo envelhecimento. No entanto, o envelhecimento das pessoas com dificuldades intelectuais parece ocorrer de forma silenciosa, sendo os trabalhos acerca deste tema ainda bastante escassos.

Pessoas com dificuldades intelectuais em processo de envelhecimento são um novo grupo da população que desde o final do século XX tem ganho cada vez mais expressão (Díaz, Rodríguez, Gómez, Martínez & Alonso, 2003; Evenhuis, Henderson, Beange, Lennox & Chicoine, 2000).

A população idosa com dificuldades intelectuais é o grupo etário da população com dificuldades intelectuais menos estudado, facto que leva ao desconhecimento das suas características e necessidades e, conseqüentemente a uma falha na qualidade das respostas e na qualidade de vida dos sujeitos (Díaz & Rodríguez, 2006; Evenhuis et al., 2000).

Segundo Díaz et al. (2003) apesar da população idosa com dificuldades intelectuais ser um grupo em constante crescimento, as suas necessidades têm sido descuidadas e ignoradas. Com o nosso estudo pretendemos contribuir para um maior conhecimento das pessoas idosas com dificuldades intelectuais, procurando caracterizá-las e conhecer as suas principais necessidades.

O principal objetivo do nosso estudo é obter uma caracterização das pessoas idosas com dificuldades intelectuais.

Considerando os objetivos do nosso trabalho, procede-se primeiramente a uma revisão da literatura mais relevante acerca das dificuldades intelectuais, do envelhecimento e do envelhecimento nas dificuldades intelectuais.

Depois de expostos os objetivos da nossa investigação, prosseguimos com a delineação da metodologia, apresentando-se o procedimento de seleção da amostra e a caracterização da mesma. Posteriormente são apresentados os instrumentos e procedimentos de aplicação.

O capítulo que se segue diz respeito aos resultados, começando-se por uma análise descritiva e posteriormente uma análise comparativa em função do género, do grupo etário e do grau de dificuldades intelectuais dos nossos sujeitos.

Por fim apresenta-se a discussão dos resultados e principais conclusões.

## **I – Enquadramento conceptual**

### **1.1 - Delimitação do conceito de dificuldades intelectuais**

Imbecil, idiota, oligofrénico, anormal, débil mental, diminuído, inválido, atrasado mental, indivíduo com atraso no desenvolvimento, deficiente mental, criança com dificuldades de aprendizagem permanentes e pessoas com necessidades especiais são alguns termos que têm surgido ao

longo dos tempos referindo-se à pessoa com dificuldades intelectuais (Alonso & Bermejo, 2001). Esta variedade de termos reflete a procura constante ao longo dos anos por um conceito e uma definição para as dificuldades intelectuais. No entanto, e apesar dos progressos ao nível dos conhecimentos teóricos e nas práticas de reabilitação, a sua definição permanece algo controversa (Albuquerque, 2000). Esta constante renomeação do termo dificuldades intelectuais é reflexo dos progressos e do aumento da compreensão das dificuldades intelectuais, considerando-se um fator bastante positivo (Santos & Morato, 2012).

A dificuldade na delimitação do conceito reflete a impossibilidade de incluir num mesmo conceito toda a variabilidade interindividual (Albuquerque, 2000), pois as dificuldades intelectuais não são uma condição única, referem-se a um conjunto de pessoas que têm em comum um fraco desempenho nos testes de inteligência, nas aquisições académicas, nos cuidados pessoais e que revelam incapacidade para gerir os seus próprios assuntos de forma independente (Alonso & Bermejo, 2001). Mas, que se caracterizam pela heterogeneidade (Evenhuis et al., 2000; Henderson, Beange, Lennox & Chicoine, 2001) em termos de etiologias, características comportamentais, necessidades educativas, etc... Tais características tornam a delimitação do conceito uma tarefa difícil, sendo a conceptualização das dificuldades intelectuais a procura daquilo que há de comum entre pessoas muito diferentes (Albuquerque, 2000).

Em todas as sociedades, todas as épocas e todos os contextos sociais têm existido pessoas com dificuldades intelectuais, sendo a procura de uma definição para este grupo da população também uma constante. Segundo alguns autores o conceito de dificuldades intelectuais estava, de certo modo, incluído nos códigos legais de 2500 a.c. (Castilho, 2003).

O século XIX marca o início dos estudos científicos acerca das dificuldades intelectuais, sendo as referências anteriores inconsistentes relativamente à conceção e caracterização das dificuldades intelectuais.

No entanto, foi sobretudo no século XX, que surgiu um maior entendimento científico e uma maior atenção social e de profissionais pelas pessoas com dificuldades intelectuais (Alonso & Bermejo, 2001). Principalmente ao longo da segunda metade do século XX, assistiu-se a uma evolução progressiva na conceção global sobre esta população, transitando-se de conceções médico – orgânicas, para conceções psicológicas, de tipo psicométrico, transitando-se posteriormente para uma conceção multidimensional e ecológica que considera o funcionamento do indivíduo no contexto em que vive (Alonso & Bermejo, 2001).

As conceções médico-orgânicas explicam as dificuldades intelectuais como uma manifestação patológica do sistema nervoso central, procurando-se a cura para a doença através de terapias químicas e cirúrgicas.

As conceções psicológicas, de tipo psicométrico, estabeleceram um valor do quociente intelectual (QI) como limite abaixo do qual se considerava que a pessoa tinha dificuldades intelectuais. No entanto, a avaliação psicométrica da inteligência apresenta limitações e não se revela suficiente para se considerar como único procedimento de avaliação e

diagnóstico das dificuldades intelectuais (Albuquerque, 2000).

A Associação Americana de Deficiência Mental (AAMR) dedica-se desde 1876, ano em que foi fundada, ao estudo acerca das dificuldades intelectuais, definindo conceitos e propondo classificações, modelos teóricos e orientações para intervenções em diferentes áreas. Fruto de todo esse trabalho, edita em 1921 o seu primeiro manual e desde então tem sido objeto de várias revisões, sendo o manual mais recente de 2010.

Nos anos 90, pela AAMR, surge uma nova definição de dificuldades intelectuais, considerada o novo paradigma, que “constitui a perspectiva mais avançada e que servirá de referência para o começo do século XXI” (Alonso & Bermejo, 2001, p. 2). A definição de 1992 salienta que a limitação se refere a uma análise no momento presente; refere o valor do QI significativamente abaixo da média (70-75 ou inferior); a presença de limitações no comportamento adaptativo em pelo menos duas de dez áreas de competências: comunicação, cuidados pessoais, autonomia em casa, competências sociais, utilização dos recursos comunitários, iniciativa e responsabilidade, saúde e segurança, aprendizagens académicas, tempo livre e lazer e trabalho; e marca os 18 anos como a idade limite para o aparecimento das dificuldades intelectuais. A principal novidade nesta definição é a valorização dos aspetos ambientais, dos contextos em que o indivíduo está inserido. Não se considerando as dificuldades intelectuais um traço absoluto, mas o reflexo da interação do sujeito com limitações intelectuais e o contexto em que vive (casa, escola, trabalho, comunidade). Tal afastamento vem desde Heber, em 1959, considerando-se a avaliação do QI como critério insuficiente para conferir um grau de incapacidade. É uma definição mais ampla, que se caracteriza pela multidimensionalidade, considerando não só o indivíduo mas também as características ambientais em que está inserido. Além disso e em termos de classificação propõe a substituição dos graus de classificação segundo o QI, pela intensidade dos apoios que a pessoa com dificuldades intelectuais necessita (Alonso, 2003; Alonso & Bermejo, 2001; Luckasson et al., 2002).

Em 2002, a AAMR publica uma nova revisão do conceito de dificuldades intelectuais onde define que “deficiência mental é uma incapacidade caracterizada por limitações significativas no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo, expresso nas competências práticas, sociais e conceptuais. Esta incapacidade surge antes dos 18 anos de idade” (Luckasson et al, 2002, p.1).

À semelhança do conceito de 1992, o de 2002 caracteriza-se pela multidimensionalidade, considerando a funcionalidade individual como resultado da influência de cinco dimensões: funcionamento intelectual, comportamento adaptativo, participação, interação e papéis sociais, saúde e contexto. O sistema da AAMR de 1992 enfatizou a importância dos sistemas de apoio, em 2002 a intensidade dos apoios assume uma maior importância, considerando-os como mediadores entre o funcionamento do indivíduo e as cinco dimensões referidas.

A multiplicidade de sistemas de classificação, através dos quais é

possível identificar as necessidades da pessoa com dificuldades, da sua família e daqueles que com eles trabalham é realçada no manual de 2002 da AAMR. Estes sistemas de classificação referem-se à intensidade dos apoios, etiologia, níveis de QI ou de comportamento adaptativo (Luckasson et al, 2002). Assim, observa-se que a classificação dos indivíduos segundo o QI (ligeiro, moderado, grave e profundo) é admitida, sendo mesmo reconhecida como a melhor representação da capacidade intelectual dos indivíduos, no entanto é menos realçada que a classificação segundo a intensidade dos apoios (intermitente, limitado, extensivo e generalizado). Os apoios desempenham um papel fundamental na forma como a pessoa responde às condições ambientais, além de aumentarem o estímulo ao desenvolvimento e à aprendizagem da pessoa com dificuldades intelectuais durante a vida.

O modelo dos apoios nasce de uma abordagem ecológica, centrada na pessoa, em que uma equipa multidisciplinar determina as funções e intensidade dos apoios de que o indivíduo necessita nas dimensões: funcionamento intelectual, comportamento adaptativo, participação, interação e papéis sociais, saúde e contexto (Alonso, 2003; Luckasson et al, 2002).

Os apoios podem assumir diferentes funções, tais como ensinar, ajudar, planificação económica, ajuda no emprego, apoio comportamental, ajuda em casa, acesso e utilização dos recursos comunitários e cuidados de saúde.

Por fim, os apoios podem ainda ser classificados de acordo com a intensidade, de intermitente a generalizado. O apoio de carácter intermitente caracteriza-se por ser de natureza episódica, prestado apenas em momentos necessários, com base em condições específicas. Este tipo de apoio surge principalmente em momentos de crise ou de transição no ciclo de vida do indivíduo. O apoio de carácter limitado ocorre para responder a necessidades de curta duração em que o apoio é mantido até que o motivo despoletador dessa necessidade deixe de existir. Extensivo é um tipo de apoio que se distingue pela regularidade e periodicidade, podendo ocorrer diariamente ou mensalmente, sem limite de tempo. O apoio de tipo generalizado é constante, estável e de alta intensidade. Ocorre, geralmente, durante toda a vida (Alonso, 2003; Luckasson et al, 2002)..

A designação de incapacidade ou dificuldade intelectual (*intellectual disability*) surge recentemente, em 2007, e vem substituir a de deficiência mental proposta nas definições anteriores da AAMR, que acima referimos. A alteração da designação de deficiência mental para dificuldade intelectual obrigou também a uma alteração na designação da AAMR, passando a chamar-se *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AADDI) (Schalock et al., 2007).

Segundo Schalock et al. (2007), o termo dificuldade intelectual tem subjacente uma perspetiva ecológica que se foca na interação pessoa-ambiente e que reconhece que a aplicação sistemática de apoios individualizados pode aumentar a funcionalidade do indivíduo. O termo deficiência é mais estigmatizante, centra-se nos déficits do indivíduo e tem subjacente um carácter negativo e pejorativo, assim o termo dificuldades



intelectuais traz uma mudança centrando-se na qualidade da interação do indivíduo com o meio (Morato & Santos, 2012).

Esta perspectiva social e ecológica está presente não só nas publicações recentes da AAIDD, mas também na Classificação Internacional de Funcionalidade e Saúde (CIF) publicada em 2001 pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Segundo Schalock et al. (2007), esta perspectiva sócio-ecológica do termo dificuldade intelectual reflete a mudança no construto de incapacidade proposta pela AAIDD e pela OMS, representando uma tentativa internacional de organizar uma linguagem universal para redefinir a dificuldade intelectual (Santos & Morato, 2012). O termo dificuldade intelectual vai mais de encontro às práticas profissionais atuais que se centram no comportamento funcional e no contexto em que o sujeito está inserido, permite uma base lógica na programação e no apoio individualizados, tendo em conta a importância da estrutura sócio-ecológica. É uma expressão menos ofensiva para as pessoas com incapacidades e está de acordo com a terminologia internacional.

A definição de dificuldades intelectuais da AAIDD assenta em cinco pressupostos: as dificuldades ou limitações têm que observar-se no presente e comparativamente com o contexto, cultura e pares etários da pessoa com dificuldades; considera as diferenças ao nível sensorial, motor, comportamental e de comunicação reconhecendo a diversidade cultural e linguística dos indivíduos; admite que a par com as limitações os indivíduos têm sempre áreas fortes; reconhece a importância de um perfil de necessidades de apoio, bem como que com apoios personalizados e adequados às especificidades individuais durante o período de tempo adequado, a funcionalidade da pessoa com dificuldades intelectuais irá aumentar. A perspectiva multidimensional do funcionamento proposta pela AAMR em 1992, defendida também em 2002, mantém-se na definição apresentada pela AAIDD, dependendo das cinco dimensões, já acima referidas, e dos apoios (Schalock et al., 2010).

## **1.2 - Envelhecimento**

A longevidade é uma característica do mundo moderno (World Health Organization, 1996), e em quase todos os países industrializados o número de pessoas com idade superior a 60 anos está a crescer mais rapidamente que qualquer outro grupo. Prevê-se que em 2030 um em cada três europeus tenha mais de 60 anos, e grande parte dessas pessoas terão ainda muitos anos de vida pela frente (WHO, 2008). O envelhecimento da população não deixa de ser um triunfo da sociedade moderna (WHO, 2002), reflexo das evoluções ao nível socioeconómico, médico e social. No entanto, é uma evolução que, ainda que triunfante da sociedade, exige alterações na e da própria sociedade para que as pessoas idosas vivam com qualidade de vida, sem que signifiquem um peso para as suas famílias.

De acordo com os resultados dos censos 2011 a percentagem de idosos no nosso país cresceu substancialmente, verificando-se um agravamento do índice de envelhecimento, que passou de 102 em 2001 para 128 em 2011, ou seja, para cada 100 jovens há 128 idosos. Se no passado

este crescimento da população idosa se observava maioritariamente no interior, em 2011 observou-se uma generalização para todo o país (Instituto Nacional de Estatística, 2012).

No nosso país, e demais países do continente europeu, o envelhecimento é um tema que se tornou alvo de estudo dos cientistas sociais a partir dos anos 70 do século XX (Arroteia & Cardoso, 2006). O crescente interesse neste tema deverá dever-se ao aumento progressivo da esperança de vida, surgindo na sociedade um grupo de população que há séculos atrás não existia. Vejamos, em 1900 a esperança média de vida nos EUA era de 49 anos (Spar & La Rue, 2005), um século depois verifica-se uma quase duplicação da esperança média de vida à nascença, sendo superior a 80 anos para o sexo feminino e a 70 anos para o sexo masculino. Há mesmo investigadores que afirmam que caminhamos para uma nova duplicação ao longo deste século (Arroteia & Cardoso, 2006; Feio, 2006).

O envelhecimento não é um estado, mas antes um processo diferencial e progressivo (Cancela, 2007) que ocorre ao longo de toda a vida, marcado por ganhos e perdas (Prados, 2013). Muitas das modificações fisiológicas e anatómicas associadas ao envelhecimento têm início por volta dos trinta anos, continuando na década seguinte. As implicações deste processo na funcionalidade começam a fazer-se notar por volta dos quarenta anos, progredindo e tornando-se cada vez mais notórias (Lima, 2010). É impossível definir a data concreta de início do processo de envelhecimento, já que é algo único, individual dependente de diversos fatores e cuja velocidade e gravidade varia de indivíduo para indivíduo (Cancela, 2007).

A partir dos 65 anos classificamos as pessoas de idosas, marco que é atribuído a Otto von Bismarck, pois em 1889 foi o primeiro a definir um programa de segurança social para os idosos, procurando assim promover o bem-estar dos idosos e manter no máximo a economia alemã. No entanto, nesta data a idade estabelecida foi 70 anos e só mais de duas décadas depois se baixou para os 65 anos (Lima, 2010). Atualmente, a partir dos 65 anos as pessoas são consideradas idosas, altura em que passam a beneficiar dos apoios sociais para a terceira idade. No entanto, este é um marco apenas de carácter social, visto que nada nesta idade determina o envelhecimento e nem todas as pessoas com 65 anos poderão ser consideradas idosas, tal como haverá indivíduos com idade inferior que já apresentam sinais de envelhecimento. A idade não é um bom indicador, pois caracteriza da mesma forma todos os indivíduos, ignorando-se as características interindividuais (Paúl & Ribeiro, 2011). O envelhecimento é fenómeno bio-psico-social, que ocorre em toda a população desde o momento do nascimento, sendo simultaneamente um processo único, específico de cada órgão, de cada indivíduo (Lima, 2010), “há diferentes idades fisiológicas em indivíduos com a mesma idade cronológica” (Rabin, 2000 cit in Paul, 2006, pp. 43). Não poderá entender-se o processo de envelhecimento sem que consideremos a heterogeneidade que lhe é intrínseca. Duas pessoas diferentes não envelhecerão exatamente da mesma forma, nem o decréscimo na função do mesmo indivíduo ocorre uniformemente (Vaz Serra, 2006). Heterogeneidade e individualidade caracterizam portanto o

processo de envelhecimento: é um processo diferente de pessoa para pessoa e que ocorre de forma única em cada indivíduo.

O envelhecimento orgânico, traz consigo alterações anatómicas e funcionais que se refletem em quase todos os sistemas. Os sistemas cardiovascular, respiratório, gastrointestinal, genit urinário, endocrinológico, nervoso, imunológico e dos órgãos dos sentidos sofrem um impacto negativo com o envelhecimento, o que se reflete em termos funcionais, por exemplo, no aumento da tensão diastólica, na diminuição da capacidade ventilatória durante o exercício, obstipação, perda de força muscular e do vigor, aumento da suscetibilidade ao cancro e perda de acuidade visual e auditiva (Spar & La Rue, 2005). A partir dos 80 anos estima-se que cerca de 85% das pessoas sofram de uma doença crónica (Hill, 2011).

O declínio nos sistemas acima referidos implica limitações para além das de carácter orgânico e funcional. A perda de acuidade visual pode despoletar dificuldades ao nível social (Tatay & Pardo, 2013; Vaz Serra, 2006): o idoso com limitações significativas ao nível da visão terá maiores dificuldades em se deslocar, por exemplo até ao jardim, ou para fazer as compras no mercado sem necessitar do apoio de terceiros. Ao nível das aptidões visuais as principais dificuldades observam-se no reconhecimento e reprodução de estímulos complexos não familiares (Cancela, 2007).

Do mesmo modo que, existindo dificuldades auditivas, os contactos sociais poderão ficar reduzidos, aumentando o isolamento do idoso, que deixa de sair porque não consegue estabelecer diálogo com os pares ou outros interlocutores. Sabemos que os problemas sensoriais, de visão e audição, ocorrem com maior incidência na população idosa e, importa ainda referir, que as limitações visuais e a cegueira aumentam progressivamente com a idade (Vaz Serra, 2006).

As aptidões cognitivas atingem o seu pico por volta dos 30 anos, mantendo-se estáveis até aos 50-60 anos, altura em que começam a diminuir, e a partir dos 70 anos acelera-se o declínio (Cancela, 2007; Vaz Serra, 2006). Simões (2006) e Vaz Serra (2006) referem que nas funções intelectuais os sinais de envelhecimento se evidenciam primeiro nas aptidões fluídas do que nas aptidões cristalizadas. A rapidez perceptiva e a aptidão numérica serão as primeiras a evidenciar sinais de envelhecimento.

Quanto à atenção mantém-se estável no que diz respeito a dirigir e manter a atenção para um determinado campo. No entanto, a capacidade para focar, dividir e deslocar a atenção diminui nos adultos idosos (Cancela, 2007; Simões, 2006; Vaz Serra, 2006).

A memória é uma queixa frequente nos idosos (Vaz Serra, 2006) associando-se tradicionalmente a perda de memória aos idosos (Tatay & Pardo, 2013). Na memória a curto prazo (memória primária) e memória de trabalho, verifica-se durante a velhice uma diminuição ligeira da capacidade. Dificuldade que surge a par com o aumento do tempo de reacção e uma maior dificuldade na inibição de estímulos (ibidem). A memória recente é a mais afetada, aumentando nos idosos a dificuldade na retenção e manipulação activa de informação nova. A memória remota ou terciária, relacionada com os acontecimentos passados, rotinas armazenadas há

bastante tempo, é aquela que, habitualmente, se mantém intacta ao longo dos anos (Spar & La Rue, 2005; Tatay & Pardo, 2013).

Nas tarefas de raciocínio ocorre também um decréscimo com o aumento da idade, sobretudo aquelas que implicam uma análise lógica e organizada de um conteúdo abstracto e não familiar. O planeamento/monitorização de sequências complexas torna-se também menos eficiente e mais lento na velhice (Cancela, 2007).

As competências perceptivomotoras poderão começar a diminuir por volta dos 50-60 anos, tornando-se mais difícil a execução de tarefas novas e rápidas.

A velocidade perceptiva é apontada como a mudança mais constante no processo de envelhecimento (Spar & La Rue, 2005), iniciando-se por volta dos 50 anos, altura em que surge também um decréscimo no raciocínio indutivo, orientação espacial e memória verbal. Por volta dos 60 anos, as aptidões numéricas e verbais são as mais afetadas. Sendo a partir dos 80 anos que se verifica o pior desempenho, mais acentuadamente nas tarefas que implicam rapidez perceptiva (Cancela, 2007; Vaz Serra, 2006).

Ao nível da comunicação através da linguagem verifica-se, de um modo geral, uma estabilidade ao longo da vida adulta, observando-se na idade maior alguma dificuldade na compreensão de mensagens longas e complexas, na recuperação ou repetição rápida de nomes ou termos específicos e um discurso mais repetitivo (Cancela, 2007; Vaz Serra, 2006).

Na saúde mental observa-se também um aumento dos problemas na população idosa (Banerjee, 1998), estimando-se que entre 25 e 30% da população com mais de 65 anos sofram de alguma doença do foro psiquiátrico (Brodsky & Pardo, 2013; Spar & La Rue, 2005), facto que terá contribuído para a emergência de uma nova especialidade na psiquiatria, a psiquiatria geriátrica, o que exigiu uma evolução não só na psiquiatria mas na medicina (WHO, 1996) e também na própria sociedade, para que se conheçam as características e necessidades dos idosos.

A demência é também mais prevalente na população idosa, verificando-se, a partir dos 65 anos, em cada 5 anos uma duplicação da sua prevalência, afetando mais de 40% da população a partir dos 80 anos (Feio, 2006).

Ainda que persista o estereótipo de que a terceira idade é um período de perdas nos diferentes domínios (familiares, económicos, físicos e sociais), de deterioração do funcionamento e de declínio biológico e físico (Lima, 2004), cada vez mais as investigações têm relatado a idade maior como um período de ganhos, de desenvolvimento e de maturidade psicológica. Envelhecimento bem sucedido é um conceito cada vez mais comum e que segundo Rowe e Kahn, 1998 (cit in Minkler & Fadem, 2002) assenta em três pressupostos: baixa probabilidade de doença e limitação associada à doença, funcionamento físico e cognitivo elevado e atitude ativa com a vida. Sendo que é a interrelação entre todos estes pressupostos que permitem um envelhecimento bem sucedido em pleno! Este envelhecimento bem sucedido é também um processo de construção, resultado de atitudes, ações e

responsabilidades de cada um. Em 2002 a OMS avançou com o conceito de envelhecimento ativo, que nos remete para uma participação e envolvimento dos idosos nas questões sociais, culturais, económicas, civis e espirituais (Paúl & Ribeiro, 2011).

Uma intervenção apropriada e multidisciplinar poderá permitir a promoção da qualidade de vida dos idosos, figurando-se este tipo de intervenção como mais uma necessidade deste grupo da população. Assim, é necessário preparar profissionais de forma que conheçam as especificidades do envelhecimento e suas necessidades.

### **1.3 - Envelhecimento nas Dificuldades intelectuais**

Alguns mitos e ideias preconcebidas erradas acerca da pessoa com dificuldades intelectuais continuam a existir, dificultando a sua aceitação na sociedade. Esses conceitos errados dizem-nos por exemplo, que as pessoas com dificuldades intelectuais não viverão até à velhice, que podem apresentar doença mental, que quando adultos apenas poderão viver em instituições e que eles não são competentes para desenvolver competências de vida diária, de ser ensinados ou de trabalhar (WHO, 2000). De facto, até há alguns anos atrás, não se previa que uma pessoa com dificuldades intelectuais vivesse até à velhice. Segundo Walker e Walker (1998), nos Estados Unidos, a velhice não era sequer vista como uma fase de desenvolvimento distinta na vida das pessoas com dificuldades intelectuais, sendo os conceitos de dificuldades intelectuais e dificuldades de aprendizagem aplicados apenas para a infância. Cremos que idêntica observação é extensível a muitos países, incluindo Portugal.

As evoluções na medicina, as alterações sociais, na educação e no estilo de vida proporcionaram uma melhoria da qualidade de vida e um aumento da esperança média de vida na população, melhorias das quais a população com dificuldades intelectuais também beneficia, assistindo-se a um incremento da sua esperança média de vida (Deb, 2003; Evenhuis et al., 2000; Evenhuis, Hermans, Hilgenkamp, Bastiaanse, & Echteeld, 2012; Fesko, Hall, Quinlan, & Jockell, 2012; Hand, 1999; Haveman et al., 2011; Wark, Hussain, & Edwards, 2012). Enquanto em 1930 a esperança média de vida deste grupo da população rondava os 20 anos, em 1990 previa-se que uma pessoa com dificuldades intelectuais pudesse viver até aos 70/74 anos (Foundation for People With Intellectual Disabilities, 2002, cit. por Chance, 2005). Ainda assim, a sua esperança média de vida é inferior ao resto da população, estimando-se que mais de 50% da população com dificuldades intelectuais venha a falecer antes dos 65 anos, ao passo que no resto da população se prevê que tal ocorra numa percentagem inferior a 20% (Chance, 2005).

Atualmente existem mais pessoas com dificuldades intelectuais com idade superior a 40 anos do que crianças (Chance, 2005). Este é um grupo que ganhou maior expressão no final do século XX. Nos anos 80, devido à crescente abertura das instituições ao exterior, promovendo a integração das pessoas com dificuldades intelectuais na sociedade, à sua desinstitucionalização e ao aumento da esperança média de vida verifica-se o

surgimento dos estudos acerca do envelhecimento deste grupo da população (Boyd & Tedrick, 1992).

A população idosa com dificuldades intelectuais é um novo grupo da população, um fenómeno social recente (Díaz, Rodríguez, Gómez, Martínez & Alonso, 2001) e é o grupo etário da população idosa com dificuldades intelectuais menos estudado, o que leva ao não conhecimento das suas características e necessidades e, conseqüentemente, a uma falha na qualidade das respostas e na qualidade de vida dos sujeitos (Díaz & Rodriguez, 2006; Evenhuis et al., 2000).

Quando pensamos em envelhecimento normal, 65 anos é a idade a partir da qual consideramos um indivíduo idoso. À exceção dos sujeitos integrados no mercado normal de trabalho que usufruem dos mesmos direitos que a restante população, a população com dificuldades intelectuais não tem benefícios sociais especiais para a velhice, pelo que não está definida a “idade legal” para iniciar a velhice. Admite-se que a pessoa com dificuldades intelectuais inicia o processo de envelhecimento mais cedo que o resto da população, ao que Richardson-Heron (2007) dá o nome de “aging gap”. Segundo os estudos descritos por Chance (2005), tem havido algum consenso em considerar os 50 anos como o início da velhice na pessoa com dificuldades intelectuais. Porém, frequentemente os sinais de envelhecimento surgem antes dos 50 anos, 20 anos mais cedo relativamente ao resto da população (Richardson-Heron, 2007), pelo que se tem adotado os 45 anos como a idade a partir da qual falamos em envelhecimento nas dificuldades intelectuais.

Muitos são os fatores que influenciam o envelhecimento na população com dificuldades intelectuais, não podendo referirmo-nos a este grupo sem o adjetivarmos de heterogéneo (Díaz et al., 2001; Díaz et al., 2003; Díaz, Rodríguez, Martínez & Ruiz, 2006; Evenhuis et al., 2000).

As causas das dificuldades intelectuais, a natureza e grau das limitações, a origem social e familiar, o género, as características específicas de cada indivíduo idoso com dificuldades intelectuais, são variáveis que influenciam o seu processo de envelhecimento (Díaz et al., 2003).

O grau de dificuldade é o fator mais apontado pelos investigadores como um fator que pode reduzir a longevidade na pessoa com dificuldades intelectuais: quanto mais grave é o grau de dificuldade, menor será a esperança média de vida (Bittles et al., 2002; Chance, 2005; Patja, Iivanainen, Vesala, Oksanen & Ruoppila, 2000; Strydom, Hassiotis, King & Livingston, 2008). Segundo Bittles et al. (2002), na Austrália a esperança média de vida para a população com dificuldade intelectual ligeira é de 74 anos, próximo do esperado para a população normal. Prevê-se que as pessoas com dificuldade intelectual moderada vivam em média até aos 67,6 anos. Os indivíduos com graus mais severos de dificuldades têm uma esperança média de vida inferior, sendo 58,6 anos a idade apontada (Chance, 2005).

A possibilidade de uma pessoa com dificuldades intelectuais desenvolver um problema de saúde é superior à de uma pessoa sem

dificuldades intelectuais (Hogg, Lucchino, Wang, Janicki & Working Group, 2000). Nos idosos com dificuldades intelectuais verifica-se uma maior prevalência de problemas de saúde crônicos, nomeadamente problemas cardiovasculares e respiratórios (Evenhuis et al., 2000). Haveman et al. (2011) verificaram a presença de hipertensão em 30,4% dos idosos com dificuldades intelectuais, problema de saúde esse que, na faixa etária dos 19 aos 34 anos, se observava apenas em 5,8% dos sujeitos. O que se deve, sobretudo, às causas biomédicas da própria dificuldade intelectual. Este grupo da população vive as consequências de uma incapacidade a longo prazo, inerentes às dificuldades intelectuais e ao processo de envelhecimento (Evenhuis et al., 2000). Com efeito, em indivíduos com síndromes específicas a probabilidade de desenvolverem problemas de saúde ganha maior expressão, o que, consequentemente, irá afetar negativamente a sua longevidade.

A esperança média de vida para os indivíduos com Síndrome de Down é inferior quando comparada com a esperança média de vida do geral da população com dificuldades intelectuais (Patterson & Cabelof, 2012). Boyd e Tedrick (1992) referem que sujeitos com Síndrome de Down com idades entre os 30 e 40 anos podem já apresentar sinais de envelhecimento. A Síndrome de Down tem várias interferências ao nível da saúde ao longo da vida e com a idade avançada o número de problemas aumenta. Doenças de carácter endócrino (especialmente hipotiroidismo), infeccioso, dermatológico, cardíaco, de saúde oral e músculo-esqueléticos são mais frequentes nesta síndrome. Apresentam também maior predisposição para comprometimentos ao nível da visão e audição e de desenvolverem epilepsia e demência (Evenhuis et al., 2000; Patterson & Cabelof, 2012). Sobre a demência falaremos em particular mais adiante.

A Síndrome do X frágil também apresenta características específicas, sendo a probabilidade de desenvolverem prolapso da válvula mitral, epilepsia e doenças de tipo músculo-esquelético e visual superior à dos restantes indivíduos com dificuldades intelectuais. Nas mulheres com Síndrome do X frágil a menopausa ocorre mais cedo (Evenhuis et al., 2000; Patterson & Cabelof, 2012).

Doenças cardiovasculares e diabetes resultantes de obesidade mórbida são os problemas de saúde que as pessoas com Síndrome de Prader-Willi têm maior probabilidade de desenvolver (Evenhuis et al., 2000; Patterson & Cabelof, 2012).

Strydom et al. (2008) referem também a epilepsia como uma patologia que contribui para a redução da esperança de vida quando associada às dificuldades intelectuais. Indivíduos com dificuldades intelectuais com epilepsia apresentam um risco mais elevado de morte súbita e de desenvolverem mais limitações cognitivas. Por vezes, verifica-se em pessoas com dificuldades intelectuais com idades avançadas uma regressão da epilepsia, verificando-se menor ocorrência de crises, sendo, ainda assim, necessária uma revisão regular da medicação anti-convulsiva (Evenhuis et al., 2000).

O estilo de vida, o ambiente em que estão inseridos e práticas de

promoção de saúde são outros dos fatores que influenciam a longevidade nos sujeitos com dificuldades intelectuais. Os indivíduos que vivem em instituições têm um risco acrescido de serem afetados por doenças infecciosas, como por exemplo a hepatite B (Evenhuis et al., 2000). Ainda que, como referimos anteriormente, pessoas com dificuldades intelectuais de grau ligeiro tenham maior esperança média de vida do que os restantes grau de dificuldades intelectuais, importa salientar que esse grupo, por ter mais competências e, habitualmente, estar mais integrado na comunidade está exposto a mais fatores e comportamentos de risco. Por exemplo, abuso de substâncias, comportamento violento, envolvimento sexual de risco e consumo de tabaco. Poderíamos assim concluir que os indivíduos com dificuldades intelectuais com maiores limitações não estão expostos a fatores de risco provocados pelo ambiente ou estilo de vida, mas tal não seria verdadeiro. Pois não podemos olvidar-nos que, frequentemente, sujeitos com dificuldades intelectuais com maiores limitações apresentam estilos de vida sedentários, o que é também prejudicial e potencia os problemas de saúde (Evenhuis et al., 2000).

Para além dos fatores referidos, não podemos deixar de referir que este grupo da população vive ainda os mesmos fatores de risco que os indivíduos idosos normais. O processo de envelhecimento é semelhante, no entanto, há fatores no envelhecimento normal que representam um risco superior para as pessoas com dificuldades intelectuais, nomeadamente ao nível cardiovascular e cardiorespiratório, com o aumento da tensão diastólica e a diminuição da capacidade ventilatória durante o exercício. Assim como o aumento da suscetibilidade ao cancro e perda de acuidade visual e auditiva (Evenhuis et al., 2000; Spar & La Rue, 2005).

O Comportamento Adaptativo tem vindo a ser reconhecido nos últimos anos como um fator essencial na avaliação de indivíduos, para despiste e identificação das dificuldades intelectuais, (Santos, 2007) “procurando estabelecer as relações existentes entre o legado genético e a influência do envolvimento” (Santos, 2007; pp.81). Assim, assume extrema importância para a sinalização dos sinais de envelhecimento e/ou de demência nas pessoas idosas com dificuldades intelectuais. Prasher (1999) refere as escalas de comportamento adaptativo como importantes instrumentos de auxílio na sinalização de perdas nas atividades de vida diária.

O mesmo autor refere diversos estudos da população com síndrome de Down onde se observa, com a evolução da idade, uma diminuição do nível de autonomia em diversos dos domínios avaliados por estas escalas de comportamento adaptativo. No estudo de Janicki e Jacobson (1986) citado por Prasher (1999) os investigadores verificaram maiores dificuldades ao nível da motricidade grossa, da autonomia e independência em sujeitos com síndrome de Down, com dificuldade intelectual ligeira a moderada a partir dos 54 anos, enquanto domínios como utilização da casa de banho, vestir/despir, alimentação, linguagem e leitura/escrita refletem perdas devido ao envelhecimento a partir dos 74 anos.



Prasher (1999) refere também o estudo de Zigman, Schupf, Lubin e Silverman (1987) onde se observaram piores resultados nos sujeitos com síndrome de Down a partir dos 50 anos do que nos pares mais jovens. O mesmo autor faz ainda referência ao estudo de Prasher e Chung (1996), com sujeitos com síndrome de down, onde, a partir dos 50 anos, à exceção do domínio Atividade Pré-profissional, se observou um aumento significativo das limitações em todos os domínios da Escala de Comportamento Adaptativo. A partir dos 50 anos cerca de 25% dos sujeitos com síndrome de down apresentam uma diminuição das suas competências adaptativas, percentagem que aumenta para 65% 10 anos mais tarde. A linguagem receptiva é o domínio onde se verificam as primeiras perdas.

A idade, presença de demência e o grau de dificuldade intelectual influenciam diretamente o declínio nos resultados, enquanto a ausência de doença se revela um fator preditor de um elevado nível de comportamento adaptativo. O estudo de Cosgrave, Tyrrell, McCarron, Gill e Lawlor (1999) conclui também que o nível de comportamento adaptativo é menor em sujeitos com menor capacidade cognitiva e com demência. Na síndrome de down considera-se que a perda de competências pode, por vezes, estar associada à doença de alzheimer, hipotireoidismo, depressão ou limitações sensoriais (Colacott & Cooper, 1997).

Tal como no geral da população, as capacidades motoras e sensoriais são aquelas que mais declinam com o envelhecimento. A perda de capacidades ao nível da audição e da visão provoca uma diminuição da qualidade de vida nesta população, dificultando a sua integração social. As limitações auditivas aumentam a dificuldade em receber informações por essa via, em estabelecer comunicação, comprometendo a interação social, o trabalho e as atividades diárias. A diminuição da visão torna as deslocações, a utilização dos recursos comunitários e as rotinas diárias uma tarefa mais difícil (Haveman et al, 2011; Janicki & Dalton, 1998). Através de ajudas técnicas é possível diminuir as limitações sensoriais provocadas pelo envelhecimento, no entanto esse tipo de apoios, frequentemente, não é bem aceite pela população com dificuldades intelectuais (Janicki & Dalton, 1998).

A doença mental e os problemas de comportamento ocorrem com maior frequência na pessoa com dificuldades intelectuais idosa. Chance (2005) indica uma maior prevalência de perturbações psiquiátricas na população idosa com dificuldades intelectuais que no mesmo grupo quando jovem. O estigma em relação a um grupo da população já estigmatizado devido à sua condição de dificuldades intelectuais e de idoso, aumenta, sendo o indivíduo com dificuldades intelectuais idoso estigmatizado também devido à perturbação psiquiátrica que, por vezes, surge nesta fase da vida.

Assim como na população idosa normal existe o risco de demência, o mesmo acontece nas dificuldades intelectuais, sendo o risco maior neste grupo da população (Deb, 2003; Strydom et al., 2008; Thorpe et al., 2000;

Wherrett, 1999). Para os indivíduos com Síndrome de Down, a probabilidade de virem a desenvolver demência, por vezes em idades inferiores a 40 anos, é superior à prevista para a restante população (Dalton & Janicki, 1999; Deb, 2003; Thorpe et al, 2000). As diferenças na prevalência de demência entre os diferentes graus de dificuldades intelectuais não são significativas (Strydom et al., 2008), concluindo-se que a probabilidade de ter demência é semelhante num indivíduo com dificuldade intelectual ligeira e num indivíduo com dificuldade intelectual moderada.

O diagnóstico de demência nas pessoas idosas com dificuldades intelectuais é problemático (Prasher, Farooq & Holder, 2004) e exige uma abordagem diferente da utilizada na restante população, uma vez que as suas especificidades e as limitações funcionais que já possuem, por vezes, escondem os sinais de demência (Chance, 2005; Thorpe et al, 2000). Nesta população é importante, para além das limitações sensoriais e funcionais, explorar as alterações ao nível do comportamento e da personalidade (Chance, 2005).

Frequentemente, com o desaparecimento dos pais ou outros cuidadores perde-se o conhecimento acerca do passado da pessoa com dificuldades intelectuais (Chance, 2005; Díaz, & Rodriguez, 2006), sendo difícil diagnosticar se houve ou não perda de competências. Díaz e Rodriguez (2006) sugerem o registo, pelos cuidadores, das aquisições e evoluções da pessoa com dificuldades ao longo da vida num percurso biográfico (*carrera biográfica*). Deste modo, nos casos em que o cuidador falecer ou por algum motivo se afastar, através da consulta do seu percurso biográfico é possível esclarecer se houve ou não perda de competências previamente adquiridas. Também Dalton e Janicki (1999) destacam a importância de uma descrição qualitativa do funcionamento da pessoa com dificuldades intelectuais que se torna um importante instrumento de auxílio na deteção de sinais de demência e consequente diagnóstico.

O acesso aos serviços de saúde é também difícil para pessoas com dificuldades intelectuais, sobretudo para aqueles que na velhice apresentam doença crónica ou demência. Pequenas unidades residenciais próximas das unidades de cuidados de saúde e serviços de apoio domiciliários são alternativas para atenuar essa dificuldade (Hogg et al, 2000). Por vezes, os serviços de saúde não estão preparados para responder às necessidades desta população, verificando-se um desajuste da resposta às necessidades dos indivíduos com dificuldades intelectuais idosos, tanto nos serviços de apoio para dificuldades intelectuais, como para os idosos (Walker & Walker, 1998). A investigação e o desenvolvimento de programas dirigidos especificamente para esta população são fundamentais para que, cada vez mais, os serviços respondam de forma eficaz às suas necessidades.

A desvantagem socioeconómica é uma condição frequente nas pessoas com dificuldades intelectuais, o que surge associado a uma maior ocorrência de problemas de saúde. A escassez de estudos acerca dos fatores sociais que podem representar um papel determinante na promoção da saúde

da pessoa com dificuldades intelectuais (Emerson & Hatton, 2007), é ainda uma realidade que limita a intervenção no domínio social com esta população.

O aumento da longevidade neste grupo da população levou a uma alteração ao nível da prestação de cuidados. Os pais, aqueles que habitualmente eram os cuidadores destes indivíduos, envelheceram e a sua condição de doença ou a morte obrigam a que se procure outra resposta para assegurar os cuidados da pessoa com dificuldades intelectuais. Porém, frequentemente, estes sujeitos são confrontados com a falta de alternativas no seio familiar, vizinhos ou rede social alargada e a institucionalização torna-se a única alternativa. No estudo apresentado por Hand (1999), é notória a falta de capacidade de resposta das famílias, uma vez que cerca de metade da população estudada residia em instituições. O panorama nacional poderá ser, ainda, mais desolador, dada a insuficiência das respostas institucionais disponíveis.

A integração em unidades residenciais é muitas vezes a única opção para os indivíduos com dificuldades intelectuais e para as suas famílias, uma mudança que por vezes provoca alterações na saúde das pessoas com dificuldades intelectuais idosas ocorrendo, designadamente, um aumento da mortalidade e dos estados de doença. As famílias das pessoas com dificuldades intelectuais e as equipas das unidades residenciais deverão estar preparadas e (in)formadas a fim de contribuírem para o sucesso desta mudança na sua vida. Sempre que possível, o indivíduo idoso com dificuldades intelectuais deverá ser envolvido na decisão de viver numa instituição, já que manter um papel ativo nas decisões da sua vida contribui para facilitar a aceitação e evolução não só deste processo de integração numa nova casa, mas também do envelhecimento (Hogg et al., 2000). A autodeterminação através da possibilidade de escolha, de serem envolvidos na decisão de onde e com quem viver, é um importante preditor de qualidade de vida para esta população.

A par com o envelhecimento das pessoas com dificuldades intelectuais ocorre o envelhecimento dos cuidadores, surgindo a necessidade de respostas de carácter residencial, que dêem resposta a esta população mas que mantenham a proximidade e a interação social (Shaw, Cartwright & Craig, 2011). Dalton e Janicki (1999) salientam mesmo a falta de apoio sentida pelos pais das pessoas com dificuldades intelectuais que nesta fase da vida não encontram resposta nos serviços de apoio a que recorrem.

Importa referir que, quando possível, viver com a família tem vantagens também ao nível social para os indivíduos com dificuldades intelectuais. A família promove mais a integração e o relacionamento social das pessoas com dificuldades intelectuais do que as instituições, pelo que frequentemente os indivíduos que vivem em instituições estão mais afastados da comunidade e têm menos relacionamentos sociais do que aqueles que vivem com as suas famílias. No entanto, as famílias precisam de apoio, pelo que os serviços comunitários deverão ser em maior número e apoiar mais as famílias, sobretudo aquelas que vivem em situações de risco. Só com uma maior proximidade e intervenção dos serviços de apoio (social

e de saúde) se poderão conhecer devidamente as necessidades dos indivíduos e da própria família (Hayden & Goldman, 1996).

O aparecimento e constante crescimento deste grupo, fez com que surgissem necessidades para as quais os serviços de saúde, sociais e até mesmo os cuidadores (família e/ou instituição) não estavam preparados. Para este novo grupo, que surge com novas necessidades, são necessárias alterações, tais como um aumento das ajudas técnicas, adaptações que facilitem as acessibilidades, mais pessoal especializado e um maior apoio às famílias cuidadoras (Díaz & Rodriguez, 2006).

Têm sido propostas algumas medidas para que se promova o envelhecimento da população com dificuldades intelectuais com qualidade de vida e para que se reduzam os fatores de risco inerentes ao desenvolvimento de problemas de saúde.

A interação e integração social podem promover a qualidade de vida desta população, sendo necessário considerar que as suas necessidades são diferentes do resto da população. A sua vida foi desenhada com traços diferentes (poucos casam, têm filhos ou trabalham) e os seus contactos sociais são reduzidos (cuidadores idosos, como sejam os pais ou os funcionários da instituição ou outras pessoas com dificuldades) (Boyd & Tedrick, 1992). Os resultados do projeto POMONA, um trabalho de investigação que decorreu em 14 países europeus, indicam uma diminuição dos contactos sociais com o aumento da idade (Haveman et al., 2011), pelo que programas que promovam a socialização e a integração na comunidade devem ser considerados uma prioridade por aqueles que trabalham com pessoas com dificuldades intelectuais idosos. Boyd e Tedrick (1992) concluíram que sujeitos que não eram incluídos em atividades de lazer mantinham o interesse em participar nas mesmas. No mesmo estudo, encontraram-se algumas barreiras, sobretudo externas, à participação das pessoas com dificuldades intelectuais idosas em atividades de lazer. As principais barreiras identificadas foram a falta de equipamento, falta de conhecimento das atividades, dificuldade na tomada de decisões e em reconhecer as vantagens de tais atividades. Sendo, as barreiras externas as mais assinaladas pelos participantes no estudo, poderiam ser superadas através da intervenção de equipas especializadas recorrendo a Programas de Educação para o Lazer. Os programas de lazer teriam como principal objetivo a manutenção da funcionalidade e promoção da qualidade de vida da população idosa com dificuldades intelectuais.

Hogg et al. (2000) recomendam que se desenvolvam programas de educação para a saúde e que se fomente a autodeterminação nas pessoas com dificuldades intelectuais. Evenhuis et al. (2000) propõem também a promoção de programas de educação para a saúde, para que os indivíduos com dificuldades intelectuais tenham hábitos de vida saudáveis que terão um efeito positivo na longevidade e na qualidade de vida. Evitar o consumo de tabaco e outras substâncias, uma boa higiene oral, hábitos de exercício físico (Hilgenkamp, van Wijck, & Evenhuis, 2013) e uma dieta alimentar equilibrada são alguns dos módulos que esses programas deverão abordar. A

este propósito o projeto POMONA revelou que as pessoas idosas com dificuldades intelectuais têm mais hábitos alimentares pouco saudáveis e praticam atividade física com menos regularidade, fatores que aumentam o risco de doenças cardiovasculares e obesidade (Haveman et al., 2011).

Considerando o risco mais elevado desta população para a obesidade e problemas de saúde daí decorrentes, o aumento da qualidade de vida e da longevidade que se observa em idosos com dificuldades intelectuais que mantêm a sua rotina diária de forma estruturada e a realização de atividades significativas (Fesko et al., 2012), podemos afirmar que a prática regular de exercício físico, a manutenção das rotinas de forma estruturada e a realização de atividades significativas são também uma das necessidades das pessoas idosas com dificuldades intelectuais.

As mudanças que ocorrem neste período de vida fazem emergir diversas necessidades na vida das pessoas com dificuldades intelectuais. Às mudanças decorrentes do processo de envelhecimento, já anteriormente descritas, associam-se mudanças como a perda da família, mudança de residência ou retirada dos serviços que até ali lhes prestavam apoio. Muitas vezes as mudanças são difíceis para as pessoas com dificuldades intelectuais, no entanto, muitas vezes, também fazem emergir novas oportunidades e respostas que melhoram a qualidade de vida deste grupo da população (Thompson, 2002).

Os serviços de apoio na comunidade ou nas instituições podem ter um importante papel na vida destes cidadãos, desenvolvendo atividades de lazer, promovendo e educando-os para hábitos saudáveis (como a dieta e exercício físico), envolvendo-os em atividades produtivas para que se mantenham ativos, desenvolvendo atividades na comunidade, às quais os sujeitos com dificuldades intelectuais e os seus pares se deslocam, o que irá promover a sua aproximação à rede social, à comunidade e a pares da sua preferência (Thorpe et al., 2000). É fundamental para a promoção da qualidade de vida da população idosa com dificuldades intelectuais, o apoio à família e a formação de equipas e serviços especializados, não só dentro das instituições, mas também integradas na própria comunidade.

Para que seja prestado um apoio de qualidade, que atenda devidamente às necessidades da pessoa idosa com dificuldades intelectuais, exige-se que se tenha em atenção a totalidade da pessoa, a sua família e o ambiente social em que está inserido (Hand, 1999).

O devido conhecimento da pessoa, associado à articulação, colaboração e flexibilidade entre os diferentes tipos de serviços prestados, permitirão uma evolução positiva no apoio à pessoa idosa com dificuldades intelectuais (Chance, 2005).

Temos ainda um longo caminho a percorrer neste domínio e muitas questões necessitam de continuar a ser identificadas, avaliadas e resolvidas. A interação complexa entre as esferas biológica, psicológica e social é um dos temas que mais importa discutir no início do novo milénio (Thorpe et al, 2000).

Programas e serviços individualizados, centrados na pessoa dirigidos

para idosos, que possam incluir também os idosos com dificuldades intelectuais e que incluam atividades através das quais se continuem a sentir pertença da sociedade são outras das necessidades observadas (Fesko et al., 2012).

A escassez de programas de prevenção dos efeitos do envelhecimento, o diagnóstico tardio de demência, a intervenção inadequada são algumas das dificuldades com que este grupo da população se confronta, as quais comprometem a sua qualidade de vida (Dalton & Janicki, 1999; Haveman et al., 2011) e alertam para a necessidade da especialização dos serviços e da investigação na área.

Nas zonas rurais australianas, Wark et al. (2013) verificaram também a necessidade de técnicos devidamente preparados e habilitados para a população idosa com dificuldades intelectuais e sinalizaram ainda a necessidade de condições de acesso ou proximidade dos serviços. Necessidades que, considerando as zonas rurais do nosso país, também deverão verificar-se nos idosos com dificuldades intelectuais nelas residentes.

No estudo de Díaz, Rodríguez e Gómez (2005), em Espanha, acerca das necessidades das pessoas com dificuldades intelectuais em processo de envelhecimento percebidas pelos técnicos que com elas trabalham, a falta de recursos sociais e de saúde, a existência de barreiras tanto arquitetónicas como sociais, a falta de recursos económicos e a saúde pessoal foram as principais necessidades assinaladas. Ao nível dos recursos sociais os profissionais revelaram preocupação com a qualidade da assistência social, necessidade de mais e melhores instalações sociais e de serviços de apoio para ocupação dos tempos livres. No domínio da saúde manifestaram preocupação principalmente com a qualidade da assistência. A existência de barreiras, outras das preocupações destes profissionais, refere-se à utilização dos transportes, às barreiras sociais e arquitetónicas e à aceitação da pessoa com dificuldades intelectuais idosa por parte da família. Relativamente aos recursos económicos as pensões, a integração laboral com uma retribuição adequada e a independência económica são as necessidades mais assinaladas por aqueles que trabalham com esta população. A saúde pessoal das pessoas com dificuldade intelectual que envelhecem foi outra das necessidades assinaladas no estudo de Díaz et al. (2005), sendo o estado de saúde geral, cuidados de saúde pessoal, dependência de outras pessoas para prestação dos cuidados de saúde e limitações ao nível da funcionalidade foram as principais necessidades/preocupações registadas.

Em Espanha observa-se a falta de respostas de alojamento para pessoas idosas com dificuldades intelectuais, pelo que a necessidade de alojamento foi mais uma das necessidades apontadas (Díaz et al., 2005). Da nossa prática profissional, acreditamos que esta será também uma necessidade no nosso país.

A necessidade de mais e melhores serviços, que primem pela qualidade, é assinalada tanto por famílias, instituições de apoio às pessoas com dificuldades intelectuais como pelos próprios sujeitos com dificuldades intelectuais (Díaz et al., 2001; 2005).

Nos estudos de Díaz et al. (2001) e Díaz e Rodríguez (2004) foram identificadas as necessidades sentidas pelos próprios sujeitos com dificuldades intelectuais em processo de envelhecimento. Tal como os técnicos, no estudo de Díaz et al. (2005), os indivíduos com dificuldades intelectuais, identificaram necessidades/preocupações ao nível da saúde, dos recursos económicos e de supressão de barreiras, principalmente arquitetónicas e nos transportes. E assinalaram ainda necessidades/preocupações de apoio de terceiros e ao domicílio para realização de atividades de vida diária, de qualidade os serviços e melhorias da assistência já existente.

Também as famílias das pessoas com dificuldades intelectuais com mais de 45 anos apontaram necessidades/preocupações na área da saúde, do apoio ao domicílio, dos recursos económicos, da assistência e quanto ao nível de dependência e limitações da pessoa com dificuldades intelectuais. Verificando-se alguma proximidade nas necessidades/preocupações assinaladas pelos indivíduos com dificuldades intelectuais e as assinaladas pelas suas famílias (Díaz et al., 2001). As principais necessidades/preocupações apontadas pelas pessoas idosas com dificuldades intelectuais, pelos profissionais que com elas trabalham e pelas suas famílias são relativas à saúde, recursos económicos, existência de barreiras sociais e arquitetónicas, apoio social para ocupação dos tempos livres e à qualidade dos serviços. Verificando-se que as necessidades variam de acordo com o tipo e grau das dificuldades dos indivíduos idosos com dificuldades intelectuais (Díaz et al., 2003).

Pessoas com dificuldades intelectuais severas ou profundas manifestam mais necessidades não atendidas do que pessoas com dificuldades intelectuais de grau ligeiro ou moderado (McCausland, Guerin, Tyrrell, Donohoe, O'Donoghue & Dodd, 2010). Strydom, Hassiotis & Livingston (2005) identificaram algumas necessidades não atendidas assinaladas por pessoas idosas com dificuldades intelectuais, destacando-se necessidades ao nível de respostas residenciais, atividades de ocupação diária, dificuldades sensoriais e informações acerca de tratamentos. No estudo de McCausland et al., 2010 com um grupo de sujeitos irlandeses idosos com dificuldades intelectuais, as necessidades não atendidas mais referenciadas foram a educação básica e a gestão independente das finanças. A necessidade de educação básica é, habitualmente, assinalada pelos jovens com dificuldades intelectuais, pelo que surgir como uma necessidade na fase de envelhecimento poderá ser reflexo de fragilidades nos programas de aprendizagem ao longo da vida para esta população.

Para as diversas necessidades identificadas pelas pessoas idosas com dificuldades intelectuais no estudo de Díaz et al. (2001), pelos profissionais que com eles trabalham em Díaz et al. (2005), são apontadas diversas soluções, propostas para dar resposta a essas necessidades. Os sujeitos com dificuldades intelectuais com mais de 45 anos referem o apoio ao domicílio, aumento dos apoios económicos, mais respostas ao nível dos cuidados de saúde, apoio nas instituições e mais resposta assistencial como as principais soluções para respostas à suas necessidades neste período da vida (Díaz et

al., 2001). As respostas apontadas pelos profissionais são principalmente nos domínios económico, social e dos cuidados de saúde. Apontando principalmente o aumento dos profissionais especializados e dos valores das pensões como soluções para as necessidades das pessoas idosas com dificuldades intelectuais. A existência de serviços de apoio para a ocupação de tempos livres e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde foram também apontadas como respostas para as necessidades da população idosa com dificuldades intelectuais pelos profissionais (Díaz et al., 2005). Díaz et al. (2003) encontraram acordo entre os três pilares básicos sobre os quais assentam as dificuldades intelectuais (a pessoa com dificuldades intelectuais, as suas famílias e os profissionais/instituições que lhes dão apoio) identificando a subida das pensões, mais serviços de apoio para ocupação dos tempos livres, o apoio nos cuidados pessoais, a supressão das barreiras arquitetónicas, mais e melhores unidades de saúde, o incremento da qualidade das respostas de saúde e o apoio de profissionais mais especializados como as principais soluções de resposta às necessidades das pessoas idosas com dificuldades intelectuais.

## II - Objetivos

Atualmente a tendência demográfica mundial é de envelhecimento, fruto das evoluções médica, política, social, na saúde, ... Evoluções de que as pessoas com dificuldades intelectuais também beneficiam (Deb, 2003; Díaz et al., 2003; Evenhuis et al., 2000; Fesko et al., 2012; Hand, 1999; Haveman et al., 2011), tal como também ocorre neste grupo, habitualmente estigmatizado da população, o fenómeno do envelhecimento.

Idosos com dificuldades intelectuais são um novo grupo da população, que começou a ganhar expressão no final do século XX e acerca do qual é necessária mais investigação (Díaz et al., 2003; Evenhuis et al., 2000), pois a escassez de estudos dificulta o trabalho dos profissionais na área das dificuldades intelectuais. Nomeadamente nos Centros de Atividades Ocupacionais (CAO), a resposta social dirigida a pessoas com dificuldades intelectuais a partir dos 16 anos, sem possibilidade de integração noutras medidas de carácter laboral<sup>1</sup>.

De acordo com Díaz et al. (2003) apesar de se observar um crescimento da população idosa com dificuldades intelectuais, as suas necessidades têm sido descuidadas e ignoradas. Com o nosso estudo pretendemos contribuir para o conhecimento das pessoas idosas com dificuldades intelectuais, identificando as suas características e necessidades, pois o conhecimento das necessidades das pessoas contribui para os ajudar a alcançar uma qualidade de vida aceitável (McClausland et al., 2010).

No âmbito do nosso estudo, constitui-se como principal objetivo obter uma caracterização das pessoas idosas com dificuldades intelectuais. Neste sentido pretendemos com este estudo contribuir para a identificação das

---

<sup>1</sup> - Consideram-se centros de atividades ocupacionais as estruturas destinadas a desenvolver atividades para jovens e adultos com deficiência grave e profunda de acordo com os objetivos definidos no n.º 1 do art. 6.º do Dec.-Lei 18/89, de 11-1.



principais necessidades sentidas por aqueles que trabalham com pessoas idosas com dificuldades intelectuais; e determinar quais as áreas do comportamento adaptativo e das funções e estruturas do corpo mais e menos afetadas nesta fase da vida da pessoa com dificuldades intelectuais. É nosso objetivo também comparar eventuais diferenças ao nível do comportamento adaptativo, das funções e estruturas do corpo e nas necessidades de acordo em função do grau de dificuldade intelectual, do género e do grupo etário das pessoas idosas com dificuldades intelectuais. O número de sujeitos com dificuldades intelectuais de grau ligeiro e profundo é bastante reduzido, 3 e 1 casos respectivamente, pelo que nas análises comparativas iremos comparar os resultados apenas dos sujeitos com dificuldades intelectuais de grau moderado e severo. Para as análises relativas à idade dividimos a nossa amostra em dois grupos, um com idade igual ou inferior a 50 anos e outro com idade superior a 50 anos.

### **III – Metodologia**

#### **1- Seleção da amostra**

A seleção da amostra teve lugar entre os meses de fevereiro e junho de 2009. Os CAO dos Centros associados da União dos Centros de Recuperação Infantil do Distrito de Santarém e Outros (UNICRISANO) foram os selecionados para recolha da amostra para o nosso estudo. A escolha deveu-se à proximidade e ao facto de já conhecermos a tendência de envelhecimento do CAO de um destes Centros.

Na página Web da UNICRISANO (<http://unicrisano.com.sapo.pt>) consultámos os Centros associados, dos quais seleccionámos 8, onde pela proximidade geográfica seria mais fácil deslocarmo-nos.

O primeiro contacto foi feito por e-mail, dirigido ao(à) Coordenador(a) Pedagógico(a) da instituição. No e-mail explicámos o objetivo do estudo – a caracterização da população idosa com dificuldades intelectuais – a forma como pretendíamos fazer a recolha dos dados (aplicação de instrumentos de avaliação e recolha de informações junto dos monitores) e garantimos confidencialidade da informação recolhida.

Apenas obtivemos resposta positiva via e-mail de dois Centros, pelo que prosseguimos com um contacto telefónico. Das três Instituições contactadas por telefone obtivemos resposta positiva. Neste contacto começámos por procurar primeiro as Instituições geograficamente mais próximas, e ao obtermos um número satisfatório de sujeitos sinalizados optámos por não insistir nos restantes contactos.

O contacto com os Centros foi sempre feito com as Coordenadoras do CAO, ou em alguns casos com a psicóloga do CAO (depois de concedida a autorização do(a) Coordenador(a) Pedagógico(a).

De acordo com a legislação que regulamenta a atividade dos CAO, conforme acima referimos, estes destinam-se a jovens e adultos com dificuldades intelectuais que não têm possibilidade de ser integrados noutras respostas de tipo profissional. Ao incidirmos na população de CAO sabemos

que todos os sujeitos têm dificuldades intelectuais, uma vez que essa é uma das condições para que possa ser admitido naquela unidade.

Todos os sujeitos da nossa amostra têm dificuldades intelectuais e idade igual ou superior a 45 anos. Esta é a idade mínima, pois de acordo com o que acima expusemos, a população com dificuldades intelectuais apresenta sinais de envelhecimento cerca de 20 anos antes do resto da população, o que ocorrerá por volta dos 45 anos, pelo que se considera que os indivíduos com dificuldades intelectuais apresentam sinais de envelhecimento a partir dos 45 anos (Richardson-Heron, 2007).

## 2 - Caraterização da amostra

A nossa amostra é constituída por 38 sujeitos, conforme podemos observar na tabela 1, clientes dos seguintes Centros: Centro de Reabilitação e Integração de Fátima (CRIF), Centro de Integração e Reabilitação de Tomar (CIRE), Centro de Recuperação Infantil Ouriense (CRIO), Centro de Recuperação Infantil de Ferreira do Zêzere (CRIFZ) e Centro de Reabilitação e Integração Torrejano (CRIT), sendo o CRIT e o CRIFZ os centros com maior número de sujeitos participantes no nosso estudo. A amostra total era constituída por 40 sujeitos, no entanto dois dos sujeitos foram excluídos da nossa amostra pois não tinha dificuldades intelectuais, um tinha doença mental e outro diagnóstico de demência.

**Tabela 1. Número de sujeitos por Centro**

Centro	Frequência	Percentagem
CRIF	5	13,2
CIRE	2	5,3
CRIO	3	7,9
CRIFZ	12	31,6
CRIT	16	42,1
Total	38	100

As idades dos sujeitos (tabela 2), aquando da realização do estudo, estão compreendidas entre os 45 e os 62 anos. A média de idades dos sujeitos é de 50,50 anos, sendo o desvio-padrão 4,2. Cerca de metade da nossa amostra (50,10%) tem idade igual ou inferior a 50 anos, observando-se nesse grupo uma maior frequência de sujeitos com 45 anos. Nos sujeitos com idade superior a 50 anos, 51 e 53 anos são as idades cm maior frequência. Observa-se uma maior amplitude no grupo de sujeitos com idade superior a 50 anos – 11 -, enquanto o grupo até aos 50 anos é distribuição da idade é mais homogénea, com uma amplitude de 5.

Foram observados mais sujeitos do sexo masculino do que do sexo feminino, ainda que em percentagens bastante próximas (tabela 3).

Mantivemos o grau de dificuldade intelectual utilizado nas instituições. Mais de 85% dos sujeitos da nossa amostra têm dificuldades intelectuais de grau moderado ou severo, existindo apenas 4 sujeitos com grau de dificuldades intelectuais de grau ligeiro ou profundo (tabela 4).

**Tabela 2. Idades dos sujeitos**

Idade	Frequência	Porcentagem
45	6	15,8
46	3	7,9
47	2	5,3
48	2	5,3
49	4	10,5
50	2	5,3
51	5	13,2
52	1	2,6
53	5	13,2
54	1	2,6
55	2	5,3
56	2	5,3
57	1	2,6
58	1	2,6
62	1	2,6
Total	38	100

**Tabela 3. Sexo dos sujeitos**

Gênero	Frequência	Porcentagem
Masculino	20	52,6
Feminino	18	47,4
Total	38	100

**Tabela 4. Grau de dificuldade intelectual**

Grau dificuldade intelectual	Frequência	Porcentagem
Ligeiro	3	7,9
Moderado	16	42,1
Severo	18	47,4
Profundo	1	2,6
Total	38	100

Para obtenção dos dados contamos com a colaboração dos monitores. Alguns Centros não tinham monitores, sendo essas funções desempenhadas pelos Auxiliares de CAO, os quais incluímos de igual forma no grupo de monitores uma vez que as funções desempenhadas são semelhantes e eram aqueles que, tal como os monitores, revelavam ser a pessoa que melhor conhecia o sujeito avaliado. Este grupo, conforme exposto na tabela 5, é constituído maioritariamente (94,7%) por elementos do sexo feminino.

**Tabela 5. Sexo dos avaliadores**

Género	Frequência	Porcentagem
Masculino	2	5,3
Feminino	36	94,7
Total	38	100

A média de idades dos monitores é 41,45 anos e o desvio-padrão de 9,08, sendo 29 anos a idade do mais do jovem e 64 a daquele que tem mais idade.

Analisamos também a escolaridade dos avaliadores, na tabela 6, onde concluímos que grande parte dos monitores tem habilitações ao nível do 3º ciclo e do secundário, existindo apenas 10,5% com habilitações diferentes das referidas.

**Tabela 6. Escolaridade dos avaliadores**

Escolaridade	Frequência	Porcentagem
1º Ciclo	2	5,3
2º Ciclo	1	2,6
3º Ciclo	18	47,4
Secundário	16	42,1
Ensino Superior	1	2,6
Total	38	100

Observamos ainda, relativamente aos monitores, que mais de metade dos que colaboraram no nosso estudo exercem a função de monitor de CAO há 10 ou mais anos, sendo o número mínimo de anos registado de 1 ano e 31 anos o máximo. Em média o número de anos a exercer a atual profissão são 16,32 anos, sendo o desvio-padrão 9,10.

### 3 - Instrumentos e procedimentos de aplicação

Durante a nossa investigação, procurando alcançar os objetivos acima apresentados, recorreremos à Escala de Comportamento Adaptativo – Versão Portuguesa (ECAP), à Checklist da CIF e a uma Listagem de Necessidades (LN), constantes nos anexos 1, 2 e 3 respetivamente.

Na escolha dos instrumentos de avaliação, procurámos seleccionar aqueles que mais se adequavam aos objetivos traçados e às características dos sujeitos.

As áreas avaliadas foram o Comportamento Adaptativo, as Funções e Estruturas do Corpo e as Necessidades dos idosos com dificuldades intelectuais.

#### *Escala de Comportamento Adaptativo – Versão Portuguesa (ECAP)*

As Escalas de Comportamento Adaptativo surgem com o objetivo de fornecer informação relevante e atual acerca dos indivíduos, permitindo-nos um maior conhecimento de quais áreas a investir com vista à sua participação ativa na vida social. Salvia e Ysseldyke (1991 in Santos, 2007, pp. 63) salientam que na avaliação do comportamento adaptativo “interessamo-nos por aquilo que o indivíduo regularmente faz e não pelo que

é capaz de fazer”, sendo o grau de adaptação ao contexto ecológico primacial neste tipo de avaliação.

A escala a que recorreremos para recolha de informação no que concerne ao comportamento adaptativo foi a ECAP (anexo 1), a versão portuguesa da ECA-RC da AAMR de 1993 é uma revisão das Escalas de Comportamento Adaptativo de 1969 e 1974 da AAMR. Para identificar os comportamentos a incluir na Escala foi necessária uma vasta pesquisa acerca de expectativas sociais de pessoas com dificuldades intelectuais, nas escolas regulares e de ensino especial, em instituições residenciais privadas, sempre tendo em conta os serviços comunitários disponíveis (Nihira, Lambert & Leland, 1993; Santos, 2007). Esta escala é destinada à aplicação a sujeitos dos 18 aos 79 anos.

Ao seleccionar a escala para avaliação do comportamento adaptativo para realizar o nosso estudo optámos pela versão portuguesa da ECA-RC de Santos e Morato (2004) pois a ECA-RC, conforme Santos (2007) é considerada a escala para avaliação do comportamento adaptativo mais atualizada e mais completa, tem boa flexibilidade de utilização, os itens são pertinentes para avaliação do constructo a que se propõem e porque segundo a AAMR (2002) a ECA-RC é um dos instrumentos que apresenta propriedades psicométricas adequadas. As qualidades psicométricas da ECA-RC, versão norte americana, são bastantes boas, no que concerne à consistência e validade interna dos domínios e itens, teste reteste, acordo inter-avaliadores (Nihira et al., 1993). Também os resultados do estudo psicométrico da ECAP de Santos (2007) revelaram positivas qualidades psicométricas ao nível da consistência e validade interna dos domínios e itens, concluindo que a ECAP é um importante instrumento de avaliação e despiste do comportamento adaptativo dos sujeitos com e sem dificuldades intelectuais (Santos, 2007).

A ECAP mantém a estrutura da Escala original, dividindo-se em duas partes, a primeira dirigindo-se para a avaliação das competências de independência pessoal e habilidades consideradas importantes para a autonomia e responsabilidade no dia a dia, e a segunda para a avaliação dos comportamentos sociais relativos à manifestação de problemas de personalidade e comportamentais.

A primeira parte da ECAP está dividida em 10 domínios: Autonomia, Desenvolvimento Físico, Atividade Económica, Desenvolvimento da Linguagem, Números e Tempo, Atividade Doméstica, Atividade Pré-profissional, Personalidade, Responsabilidade e Socialização. Estes 10 domínios, por sua vez são compostos por 21 subdomínios. Do domínio Autonomia fazem parte os subdomínios Alimentação, Utilização da Casa de Banho, Higiene, Aparência, Cuidados com o Vestuário, Vestir/Despir, Deslocação e Outros itens de Autonomia; do domínio Desenvolvimento Físico: Desenvolvimento Sensorial e Desenvolvimento Motor; do domínio Atividade Económica: Manuseamento do Dinheiro e Planeamento da sua Utilização e Ir às Compras; do domínio Desenvolvimento da Linguagem: Expressão, Compreensão Verbal e Desenvolvimento da Linguagem Social; do domínio Atividade doméstica: Limpeza, Cozinha e Outros Deveres

Domésticos e por fim do domínio Personalidade: Iniciativa, Perseverança e Tempos Livres.

A segunda parte, relacionada com os comportamentos desviantes, divide-se em 8 domínios: Comportamento Social, Conformidade, Merecedor de Confiança, Comportamento Estereotipado e Hiperativo, Comportamento Sexual, Comportamento Auto abusivo, Ajustamentos Social e Comportamento Interpessoal com Perturbações.

A partir de domínios e/ou itens específicos obtêm-se ainda 5 fatores: Autossuficiência Pessoal, Autossuficiência na Comunidade, Responsabilidade Pessoal e Social, Ajustamento Social e Ajustamento Pessoal.

Na cotação da primeira parte da ECAP, dispomos de dois tipos de itens com cotação diferenciada. Uns de complexidade crescente, que estão organizados em termos de dificuldade, e nos quais se assinala o nível mais elevado que o sujeito consegue atingir, sendo que a cotação mais elevada corresponde à tarefa cujo grau de dificuldade é maior. Por exemplo o item 1 “Uso dos utensílios de mesa”, do domínio autonomia, subdomínio alimentação, o nível mais elevado: “usa a faca de mesa para cortar” é cotado com 7, sendo o nível mais baixo, cotado com 0: “não come sozinho, tem de ser alimentado”. Outros de tipo sim/não, assinalando-se uma ou outra resposta conforme o sujeito realiza ou não a tarefa descrita com sucesso. O item 3: “Maneiras à mesa” do mesmo domínio e subdomínio, apresenta 9 afirmações às quais o avaliador responde sim/não, por exemplo: “Atira a comida”; “Usa o guardanapo” e “Brinca com os dedos na comida”.

Os itens que compõem a segunda parte têm apenas um tipo de cotação, que pretende sinalizar a frequência com que o comportamento referido no item ocorreu. “Zero” é o valor optimal deste tipo de itens, indicando que o comportamento desajustado nunca ocorreu (0 = Nunca; 1 = Ocasionalmente; 2 = Frequentemente).

Depois de administrada a Escala, passamos à análise dos resultados. Os resultados obtidos podem ser analisados de diferentes formas: os valores obtidos nos domínios (cotação das respostas em cada domínio da primeira e segunda parte, através da soma da classificação atribuída a cada item) podem analisar-se estudando-se os valores de cada item – um tipo de análise mais usado em investigação e que devido à diversidade dos itens tem pouco valor clínico; os valores médios dos domínios – obtidos através da conversão dos resultados brutos obtidos em resultados padronizados, em que o valor médio é 10 e o desvio-padrão é 3, permitem-nos uma comparação entre os domínios e a classificação das competências atuais.

Os resultados dos fatores derivam da soma atribuída a cada um dos itens incluídos nos mesmos e podem interpretar-se convertendo os resultados obtidos e analisando-os tendo em conta que 100 é o valor da média e o desvio-padrão é 15 (Nihira, Leland & Lambert, 1993; Santos, 2007).

Não existem ainda dados normativos para a população portuguesa nem para a população da região onde recolhemos dados. Se recorressemos aos dados disponibilizados no manual de Nihira et al. (1993). No entanto ao converter os resultados obtidos na nossa amostra com a padronização norte-

americana, está-los-íamos a comparar com resultados que não estão em conformidade com os nossos padrões e regras sociais atuais (Santos, 2007).

A análise dos resultados, feita no ponto IV, considera apenas os resultados brutos obtidos nos diferentes domínios e fatores, os quais segundo Nihira et al. (1993) são geralmente utilizados para fins de investigação.

#### *Checklist Funções do Corpo CIF*

A CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade) faz parte das Classificações internacionais da Organização Mundial de Saúde (OMS), surgindo como uma classificação complementar à CID 10 que se foca na base etiológica da doença. A CIF, aceite como uma das Classificações Sociais das Nações Unidas, foi integrada nas Normas Padronizadas para a Igualdade de Oportunidades das Pessoas com Deficiência. Esta classificação define os componentes da saúde e componentes de bem-estar relacionados com a Saúde, como sejam educação e trabalho (Organização Mundial de Saúde, 2004).

A principal vantagem desta nova classificação é proporcionar uma linguagem unificada e padronizada, assim como uma estrutura de trabalho, para a descrição da saúde e dos estados relacionados com a saúde.

A CIF divide-se em duas partes, cada uma com dois componentes. A parte 1 – Funcionalidade e Incapacidade cujos componentes são Funções e Estruturas do Corpo e Atividades e Participação; a parte 2 – Fatores Contextuais, sendo Fatores Ambientais e Fatores Pessoais os componentes (OMS, 2004). Cada componente é composto por vários Capítulos e cada um deles contém categorias e subcategorias que são avaliadas tendo em conta a extensão ou magnitude de uma dificuldade.

A Checklist da CIF é um inventário genérico das condições mais importantes da avaliação da pessoa e que contribui para a descrição do seu perfil funcional. É composta por 152 categorias que representam os domínios mais relevantes da CIF e classifica 38 categorias das funções do corpo, 20 categorias da estrutura do corpo, 57 categorias das atividades e participação e 37 categorias dos fatores ambientais.

Para o nosso estudo, recorreremos apenas a alguns capítulos da parte 1 da Checklist da CIF, do componente Funções e Estruturas do Corpo (anexo 2).

Os capítulos em questão foram o Capítulo 1 – Funções Mentais e o Capítulo 7 – Funções Neuromusculoesqueléticas e Funções Relacionadas com o Movimento. De cada um destes capítulos, selecionámos apenas as categorias que considerámos pertinentes para alcançar os objetivos deste estudo, que não se sobrepujam ao avaliado com os restantes instrumentos e que considerámos serem possíveis de classificar através das condições de obtenção de informação que dispúnhamos. Assim, do capítulo 1 utilizamos 13 categorias, 5 das Funções Mentais Globais e as restantes das Funções Mentais Específicas; do capítulo 7 recorreremos a 6 das categorias.

Os qualificadores indicam a presença de uma dificuldade segundo uma escala de cinco pontos, o grau de dificuldade da função ou estrutura, sendo que ‘Zero’ significa que o sujeito não tem nenhuma deficiência; 1

deficiência ligeira; 2 deficiência moderada; 3 deficiência grave; 4 deficiência completa. Os qualificadores 8 e 9 são cotados, respetivamente, quando a informação de que dispomos não é suficiente para classificar a gravidade da dificuldade ou quando não é aplicável.

#### *Listagem de Necessidades (LN)*

A LN foi criada com o objetivo de identificarmos quais as principais necessidades sentidas por aqueles que trabalham mais diretamente com os clientes de CAO com idade igual ou superior a 45 anos.

Para elaborarmos a LN, começámos por fazer uma recolha junto dos colaboradores (técnicos de intervenção específica – fisioterapeuta, técnica de serviço social, psicóloga e terapeuta ocupacional - e monitores) do CRIF<sup>2</sup> que trabalham com os clientes de CAO.

Depois desta recolha elaborámos uma lista das principais necessidades apontadas. Seguidamente, para cada uma das necessidades apontadas procurámos criar um item. Para cada item criado procurámos que o seu conteúdo fosse específico, as frases claras, curtas, com palavras e sintaxe simples e que fosse diretamente ao encontro daquilo que pretendíamos saber (Hill & Hill, 2008).

As necessidades apontadas remetiam-nos para alojamento, ajuda financeira, atividades de vida diária, ocupação de tempos livres nos fins de semana e nas férias, atividades ocupacionais diárias adaptadas às características dos idosos com dificuldades intelectuais, cuidados de saúde mental e física, treino de autonomia pessoal, atividades de socialização adaptadas, apoio nos cuidados pessoais de outros familiares que não os pais, apoio domiciliário de pessoas para além da família, apoio técnico para reconhecimento e aceitação das limitações, atividades de estimulação cognitiva, aprender a lidar com a frustração e com as mudanças do quotidiano. Estas necessidades foram distribuídas em 16 itens (axexo 3).

O tipo de item selecionado foi o de escala numérica, pela simplicidade de construção e por nos permitir trabalhar quantitativamente os resultados obtidos. Cinco foi o número de níveis que adotámos para a LN, pois, para além de ser a quantidade de níveis habitualmente mais utilizada, demonstra poder discriminativo (Moreira, 2009). A definição dos níveis, através de expressões verbais, foi feita apenas nos extremos (- 2 Nada Importante; 2 Muito Importante).

Antes de concebermos a versão final da LN, realizámos um pequeno estudo piloto, dando a LN a preencher aos monitores do CAO do CRIF que não tinham nas suas salas clientes que faziam parte da nossa amostra. Cada monitor nessa condição respondeu a uma LN, perfazendo um total de 4. Uma vez que estes monitores não apresentaram quaisquer dificuldades ou dúvidas no preenchimento, mantivemos o conteúdo e a estrutura e, considerando que os indivíduos aderem mais facilmente ao preenchimento de instrumentos esteticamente atrativos (Hill & Hill, 2008), melhorámos um

---

<sup>2</sup> Este processo foi realizado com a equipa técnica do CRIF por ser a instituição onde somos também colaboradores, pelo que em termos geográficos e de tempo tornou-se-nos mais acessível.



pouco a estética do mesmo.

Na LN, para além de assinalarem o grau de importância que para os clientes idosos com dificuldades intelectuais tinham as necessidades apresentadas, eram solicitados alguns dados acerca do avaliador (o próprio monitor), tais como a idade, o género, a escolaridade e o número de anos de exercício da atual profissão, e o estabelecimento, nome e data de nascimento do sujeito a quem a LN se referia.

#### **4- Procedimento**

Antes de iniciar a observação e o preenchimento dos materiais foi sempre explicado aos sujeitos e aos respetivos monitores o objetivo do estudo e só depois dos mesmos concordarem colaborar connosco se dava início à avaliação.

Todos os instrumentos eram preenchidos por nós, recolhendo informação através de observação direta e de questões colocadas aos monitores e/ou ao próprio sujeito, exceto a Listagem de Necessidades, a qual foi preenchida pelos monitores dos respetivos sujeitos, pois as dificuldades dos sujeitos avaliados poderiam levar a limitações na sua resposta (Xenitidis et al., 2000).

Os instrumentos foram aplicados nas salas de atividades ocupacionais de forma a não interferir na dinâmica de funcionamento dos diversos centros que colaboraram no nosso estudo, o que por vezes se tornou para nós uma desvantagem pois os monitores eram repetidamente solicitados por outros clientes ou colegas. De um modo geral, os monitores e os sujeitos-alvo foram sempre colaboradores.

O primeiro instrumento a ser aplicado foi a ECAP, a qual, dada a sua extensão, é morosa, o que, por vezes, à partida, intimidava os monitores. Por vezes, quando tinham na sua sala mais de um cliente pertencente à nossa amostra acabavam por se mostrar menos colaboradores nas aplicações subsequentes e apresentar sinais de cansaço. Como se deprende do exposto a ECAP foi preenchida com a informação dos monitores, aqueles que melhor conheciam os sujeitos avaliados.

Seguidamente era aplicada a checklist da CIF. Para atribuímos os qualificadores a cada item recorremos à observação direta, à informação obtida junto do monitor e, nos casos em que foi disponibilizada, à informação da psicóloga do CAO da instituição.

Por fim, era entregue para preenchimento pelos monitores a LN, à qual os monitores respondiam sozinhos.

### **IV - Resultados**

#### **1. Análise Descritiva**

##### *Escala de Comportamento Adaptativo versão Portuguesa*

A avaliação com a ECAP permite-nos uma compreensão das dificuldades e competências dos sujeitos domínio a domínio (Santos, 2007).

A primeira parte da ECAP compreende 10 domínios, desde a

Autonomia à Socialização. O resultado obtido em cada domínio refere-se a diferentes competências, por exemplo no domínio do Desenvolvimento Físico revela as capacidades sensório-motoras do sujeito, tais como a visão e audição, tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção corporal, práxia fina e global; no domínio Números e Tempo refere-se às competências matemáticas básicas do indivíduo, principalmente as utilizadas no dia a dia (p.e. ver as horas e operações aritméticas básicas) e remete também para a capacidade de aprendizagem pois estes conhecimentos resultam de processos de ensino; na Atividade Pré-profissional são avaliadas habilidades como pontualidade, assiduidade e responsabilidade, fundamentais para o sucesso numa profissão e no domínio da Personalidade é avaliado se os sujeitos apresentam um estilo de vida ativo/passivo, iniciativa, perseverança e capacidade de organização dos seus tempos livres (Nihira et al., 1993; Santos, 2007).

**Tabela 7. Resultados por domínios na ECAP**

Domínio	Mín./Máx.	Máx.Possível	Amplitude	Média	D.Padrão
<b>Primeira parte</b>					
Autonomia	47-121	130	74	95,47	17,72
Desenvolvimento Físico	26-38	38	14	33,21	3,18
Atividade Económica	0-21	30	21	6,21	5,6
Desenvolvimento Linguagem	1-50	50	49	31,50	10,77
Números e Tempo	0-20	20	20	10,32	5,70
Atividade Doméstica	0-23	25	23	10,58	7,13
Atividade Pré-profissional	3-11	11	8	7,97	2,25
Personalidade	0-23	23	23	14,63	5,05
Responsabilidade	0-11	11	11	8,11	2,83
Socialização	10-26	27	16	21,50	3,20
<b>Segunda parte</b>					
Comportamento Social	0-19	92	19	4,74	5,56
Conformidade	0-17	66	17	2,18	3,88
Merecedor Confiança	0-8	60	8	1,24	1,84
Comp. Est. Hiperativo <sup>1</sup>	0-31	98	31	3,39	5,73
Comportamento Sexual	0-12	46	12	0,84	2,43
Comp. Autoabusivo <sup>2</sup>	0-11	52	11	0,97	2,10
Ajustamento Social	0-20	46	20	3,61	4,75
Comp. Interp. Perturbado <sup>3</sup>	0-23	72	23	4,00	4,79

<sup>1</sup> Comportamento Estereotipado e Hiperativo; <sup>2</sup> Comportamento Autoabusivo; <sup>3</sup> Comportamento Interpessoal Perturbado

Conforme podemos observar na tabela 7, verifica-se uma maior dispersão nos domínios Autonomia, Atividade Económica, Desenvolvimento da Linguagem, Números e Tempo, Atividade Doméstica e Personalidade. São os domínios em que os resultados mais se distribuem, existindo sujeitos com resultados muito baixos, revelando um baixo nível nesse domínio do comportamento adaptativo e, por outro lado, sujeitos com resultados elevados revelando bastante funcionalidade nesse domínio.

Comportamento Social, Comportamento Estereotipado e Hiperativo, Ajustamento Social e Comportamento Interpessoal Perturbado são os domínios da segunda parte em que se verifica maior dispersão.

Os domínios da primeira parte da escala em que a média mais se afasta do máximo possível são Autonomia, Atividade Económica, Desenvolvimento da Linguagem e Atividade Doméstica. Em três destes domínios, Autonomia, Atividade Económica e Atividade Doméstica, nenhum sujeito obteve a cotação máxima possível. Enquanto Atividade Pré-profissional e Responsabilidade são os domínios da primeira parte cujas médias mais se aproximam do resultado máximo possível.

Na segunda parte, quanto mais elevado é o resultado, mais problemas traduz. Aqui, o resultado dos domínios remete-nos para comportamentos sociais, por exemplo o domínio Conformidade avalia o cumprimento de regras, a atitude perante a autoridade e o comportamento em situações de grupo; o Comportamento Autoabusivo indica-nos se existem comportamentos do sujeito que causem danos em si próprio ou que sejam contra a norma; o Ajustamento Social avalia a intensidade da ocorrência de comportamentos de apatia, inatividade e timidez e o Comportamento Interpessoal Perturbado as atitudes que podem provocar incómodos em si próprio ou sobre terceiros, tais como sentimento de perseguição e reação negativa a críticas (Nihira et al., 1993; Santos, 2007).

Sendo o Comportamento Social o domínio da segunda parte da escala em que a média mais se aproxima do máximo possível, conclui-se que os comportamentos desviantes que os indivíduos a partir dos 45 anos com dificuldades intelectuais mais exibem são os de carácter socialmente agressivo, tais como ameaçar os outros, perder o autocontrolo ou perturbar os outros. Ainda assim, com uma baixa frequência, já que o resultado médio é de, apenas, 4,74.

Em todos os domínios da segunda parte da escala se observam resultados baixos e um desvio-padrão sempre superior à média, o que indica uma baixa frequência de comportamentos desadequados nos sujeitos com idade igual ou superior a 45 anos e dificuldades intelectuais, bem como uma grande dispersão dos resultados ao nível dos comportamentos desviantes.

A ECAP permite-nos na primeira parte da escala obter resultados relativos a subdomínios, que nos proporcionam uma visão mais detalhada de alguns domínios, principalmente os mais extensos, como por exemplo Autonomia, que se subdivide em Alimentação, Utilização da Casa de Banho, Higiene, Aparência, Cuidados com o Vestuário, Vestir/despir, Deslocação e Outros Itens de Autonomia. O subdomínio Outros Itens de Autonomia avalia competências como atender o telefone e segurança em casa.

Os subdomínios Expressão, Desenvolvimento Motor, Outros itens de

Autonomia e Higiene destacam-se pela dispersão dos resultados (tabela 8). Desenvolvimento Motor é o subdomínio onde se verifica uma média mais elevada. Enquanto Outros Deveres Domésticos e Tempos Livres são aqueles em que a média de resultados é mais baixa. O subdomínio Outros Deveres Domésticos refere-se, por exemplo, à habilidade para lavar os pratos, fazer a cama corretamente e utilizar pequenos eletrodomésticos de cozinha.

Os subdomínios em que a média mais se afasta do resultado máximo possível são Manuseamento do Dinheiro e sua Utilização, Deslocação, Outros itens de Autonomia, Expressão e Limpeza. Isto reflete que é nestes itens que os sujeitos apresentam menos competências adaptativas. O que, por sua vez, vai ao encontro do que se observou nos domínios aos quais estes subdomínios pertencem: Autonomia, Desenvolvimento da Linguagem, Atividade Doméstica e Atividade Económica.

**Tabela 8. Resultados por subdomínios na ECAP**

Subdomínio	Mín./Máx.	Máx.Possível	Amplitude	Média	D.Padrão
<b>Autonomia</b>					
Alimentação	12-22	22	10	18,53	2,61
Utilização Casa Banho	8-12	12	4	11,24	1,28
Higiene	11-23	23	12	19,95	3,56
Aparência	6-15	15	9	11,95	2,67
Cuidados Vestuário	0-8	8	8	3,92	2,39
Vestir/Despir	2-18	18	16	15,68	3,41
Deslocação	1-14	16	13	6,00	3,36
Outros Itens Autonomia	1-15	16	14	8,24	3,69
<b>Des. Físico</b>					
Desenvolvimento Sensorial	3-6	6	3	5,18	0,98
Desenvolvimento Motor	11-32	32	21	27,61	3,92
<b>Ativ. Económica</b>					
M. Dinheiro Pl. Utilização <sup>1</sup>	0-12	21	12	3	3,02
Ir às Compras	0-9	9	9	2,95	2,55
<b>Des. Linguagem</b>					
Expressão	0-11	11	11	4,66	4,01
Compreensão Verbal	0-8	8	8	4,18	2,09
Des.Linguagem Social <sup>2</sup>	0-13	13	13	8,26	3,36
<b>Ativ. Doméstica</b>					
Limpeza	0-10	10	10	3,58	3,06
Cozinha	0-9	9	9	4,55	2,67
Out. Deveres Domésticos <sup>3</sup>	0-6	6	6	2,42	1,93
<b>Personalidade</b>					
Iniciativa	0-11	11	11	6,89	2,91
Perseverança	0-8	8	8	5,68	2,07
Tempos livres	0-4	4	4	2,05	0,61

<sup>1</sup>Manuseamento do Dinheiro e Planeamento da sua Utilização; <sup>2</sup>Desenvolvimento da Linguagem Social; <sup>3</sup>Outros Deveres Domésticos

Utilização da Casa de Banho e Desenvolvimento Sensorial são os subdomínios em que os resultados médios mais se aproximam do resultado

máximo possível e aqueles que apresentam menor dispersão, refletindo que muitas das pessoas com dificuldades intelectuais da nossa amostra têm controlo dos esfíncteres, alguma autonomia na utilização da casa de banho e apresentam poucos problemas ao nível da visão e audição. Os resultados médios da Alimentação, Higiene, Vestir/Despir e Desenvolvimento Motor, também indicam que os sujeitos com dificuldades intelectuais, a partir dos 45 anos têm algumas competências no uso dos utensílios e maneiras à mesa, para encomenda ou escolha de refeições em locais públicos, nos cuidados com a higiene pessoal, para se vestirem/despirem e calçarem/descalçarem, na lateralidade e noção corporal, equilíbrio, marcha e corrida, praxia fina e coordenação óculo-manual/podal.

Os fatores decorrem da junção de determinados itens e domínios, que desde a primeira publicação da ECA, foram identificados de forma consistente. Os itens que constituem o fator Autossuficiência Pessoal pertencem aos domínios Autonomia e Desenvolvimento Físico e reportam-se à capacidade do indivíduo satisfazer as suas necessidades básicas e ser autossuficiente no dia a dia; Autossuficiência na Comunidade formado por itens dos domínios Autonomia, Atividade Económica, Desenvolvimento da Linguagem, Números e Tempo, Atividade Pré-profissional e Atividade Doméstica, remete para interação com os outros e utilização dos recursos comunitários; itens dos domínios Atividade Pré-profissional, Personalidade, Responsabilidade e Socialização constituem o fator Responsabilidade Pessoal e Social que avalia a participação responsável do sujeito na sociedade. Os domínios da segunda parte da ECAP dividem-se entre os fatores Ajustamento Social e Ajustamento Pessoal. Ajustamento Social analisa os comportamentos agressivos, antissociais e interpessoais desajustados, enquanto os comportamentos autísticos, estereotipados ou perturbados são examinados no fator do Ajustamento Pessoal (Nihira et al., 1993; Santos, 2007).

No entanto, importa salientar que os fatores nunca foram corroborados no nosso país o que levanta algumas reservas na análise dos respetivos resultados.

**Tabela 9. Resultados por fatores na ECAP**

Fator	Mín./Máx.	Máx.Possível	Amplitude	Média	D.Padrão
<b>Primeira parte</b>					
Autossuficiência Pessoal	73-111	112	38	99,84	9,56
Autossuficiência na Comunidade	6-147	171	141	88,53	35,39
Responsabilidade Pessoal e Social	14-66	70	52	49,92	13,25
<b>Segunda parte</b>					
Ajustamento Pessoal	0-54	196	54	5,21	9,50
Ajustamento Social	0-71	116	71	15,76	15,12

Conforme exposto na tabela 9, na primeira parte da escala o fator Autossuficiência Pessoal é aquele que apresenta a média mais elevada, que mais se aproxima do resultado máximo possível e em que os resultados dos sujeitos menos variam, o que indica que é o fator onde os sujeitos revelam

mais competências. Este fator é constituído exclusivamente por itens do domínio da Autonomia, do qual fazem parte, recorda-se, os subdomínios: Alimentação, Autonomia na Casa de banho, Aparência e Vestir/despir. O resultado no fator vai por isso, de encontro aos resultados observados nalguns subdomínios de Autonomia onde se verificaram bons resultados.

Nos fatores relativos à segunda parte da escala, Ajustamento Social é o que apresenta a média elevada, revelando que é o subdomínio em que os sujeitos exibem mais problemas de comportamento. No entanto, a média é um valor bastante baixo e muito afastado do resultado máximo possível, o que nos leva a considerar que os comportamentos desviantes assinalados ocorram com frequência reduzida.

Ajustamento Pessoal, com o desvio-padrão superior à média, destaca-se pela dispersão dos resultados e pelo baixo resultado médio.

### *Checklist CIF*

Na tabela 10 expomos os resultados obtidos nos itens da Checklist da CIF. Verifica-se no nosso estudo que é no capítulo das Funções Mentais Específicas que os sujeitos apresentam mais limitações. Funções Cognitivas de Nível Superior é o item em que se observam mais dificuldades, situando-se a média, arredondada, no qualificador 3 – deficiência grave. Os itens Funções Intelectuais e Funções do Cálculo enquadráveis, respetivamente, nas Funções Mentais Globais e Específicas, são os que se seguem com a média mais elevada, situando-se apenas algumas décimas abaixo do item Funções Cognitivas de Nível Superior.

**Tabela 10. Resultados Checklist – Funções e Estruturas do Corpo**

Item	Mínimo	Máx.Possível	Amplitude	Média	D. Padrão
<b>Funções Mentais Globais</b>					
Consciência	0	4	4	0,82	1,06
Orientação no Espaço e no Tempo	0	4	4	1,55	0,89
Intelectuais	1	4	2	2,32	0,81
Psicossociais Globais	0	4	4	1,45	0,95
Temperamento e da Personalidade	0	4	3	1,16	0,92
<b>Funções Mentais Específicas</b>					
Atenção	1	4	2	1,74	0,64
Memória	1	4	3	1,92	0,71
Psicomotoras	0	4	3	1,03	1,05
Emocionais	0	4	3	0,82	0,93
Perceção	0	4	3	1,13	0,84
Cognitivas de Nível Superior	1	4	3	2,61	0,68
Mentais da Linguagem	0	4	4	1,11	1,16
Cálculo	1	4	3	2,29	0,96
<b>Funções Neuromusculoesqueléticas</b>					
Mobilidade das Articulações	0	4	3	0,84	0,95
Força Muscular	0	4	3	0,74	0,92
Tónus Muscular	0	4	3	0,42	0,72
Controlo Movimento Voluntário	0	4	3	0,47	0,86

Controlo Movimento Involuntário	0	4	3	0,42	0,76
Padrão de Marcha	0	4	3	0,87	0,94

Os itens que em média foram classificados com qualificadores mais baixos, pertencem ao capítulo 7 – Funções Neuromusculares e Funções relacionadas com o Movimento, designadamente os itens Funções Relacionadas com o Tónus Muscular, Funções Relacionadas com o Controle do Movimento Voluntário e Funções Relacionadas com o Controle do Movimento Involuntário.

#### *Listagem de Necessidades (LN)*

Na análise das necessidades assinaladas pelos monitores dos sujeitos do nosso estudo, apresentadas na tabela 11, observamos que todos os itens foram cotados, pelo menos uma vez, com a classificação mínima – nada importante, e com a cotação máxima – muito importante. Exceto um, todos os itens apresentam uma pontuação média igual ou superior a 2,5, o que revela que avaliam necessidades efetivamente percebidas como importantes. As necessidades de Centro residencial, Atividades de ocupação aos fins de semana, Aprender a lidar com a frustração devido à perda de competências e Atividades ocupacionais diárias são as mais assinaladas, seguidas de Envolvimento em atividades lúdicas, Assistência ao nível da saúde física e Atividades de socialização adaptadas às suas características. Os itens Maior ajuda financeira por parte do estado e Apoio domiciliário extra familiar ao nível dos cuidados pessoais foram as necessidades menos assinaladas.

**Tabela 11. Resultados da Listagem de Necessidades**

Item	Mín./Máx.	Amplitude	Média	D. Padrão
Centro residencial	0-4	4	3,13	1,34
Ajuda financeira estado	0-4	4	2,45	1,33
Ocupação fim-de-semana	0-4	4	3,13	1,04
Aprender lidar com frustração	0-4	4	3,16	,97
Apoio c. pessoais de familiares além país <sup>1</sup>	0-4	4	2,58	1,45
Envolvimento atividades lúdicas	0-4	4	2,97	1,26
Atividades ocupacionais diárias adaptadas	0-4	4	3,14	0,86
A. técnico p. reconhec. e aceit. limitações <sup>2</sup>	0-4	4	2,66	1,12
Assistência saúde física	0-4	4	2,89	0,98
Mais apoio saúde mental	0-4	4	2,50	1,11
Atividades promoção cognitiva	0-4	4	2,58	1,13
Saber lidar com mudanças quotidiano	0-4	4	2,68	1,19
Apoio domiciliário extra familiar	0-4	4	2,29	1,25
Atividades ocupação férias	0-4	4	2,50	1,35
Treino autonomia pessoal	0-4	4	2,63	1,15
Atividades socialização adaptadas	0-4	4	2,92	1,26

<sup>1</sup> Apoio nos cuidados pessoais de outros familiares além dos pais; <sup>2</sup> Apoio técnico para reconhecimento e aceitação das suas limitações.

## 2. Análise Comparativa

Para comparação das médias das variáveis em função do género, idade e grau de dificuldade intelectual, procedeu-se a uma análise da normalidade das distribuições através do teste de Shapiro-Wilk, o mais indicado para amostras de dimensão reduzida.

### 2.1. Análise Comparativa em função do género

Através do teste do Qui-quadrado avaliámos a independência das variáveis género e grau de dificuldade intelectual. O resultado do teste do Qui-quadrado foi 4,67, com um nível de significância de 0,20, o que nos permite concluir que os dois géneros não diferem significativamente em termos do grau de dificuldades intelectuais.

Para determinar a igualdade da idade em cada um dos géneros realizámos o teste t de Student para amostras independentes, cujo resultado  $t(36)=0,53$ ;  $p=0,60$ , nos permite concluir não existem diferenças significativas entre os dois grupos.

#### *ECAP*

Na análise da normalidade da distribuição, no género masculino observou-se um nível de significância inferior a 0,05 nos domínios Atividade Económica e Atividade Doméstica da primeira parte, enquanto que para os domínios da segunda parte se registou em todos um nível de significância inferior a 0,05. Assim, concluimos que no género masculino, os domínios Atividade Económica, Atividade Doméstica e todos os domínios da segunda parte da ECAP não apresentam uma distribuição normal.

No género feminino, observou-se normalidade na maioria dos domínios da primeira parte da escala, com exceção dos domínios Autonomia, Atividade Pré-profissional e Responsabilidade. Já os domínios da segunda parte revelaram, sem exceção, uma distribuição não normal.

Considerando os resultados obtidos para comparação dos resultados recorremos ao teste não paramétrico U de Mann-Whitney, exceto para os domínios Desenvolvimento Físico, Desenvolvimento da Linguagem, Números e Tempo, Personalidade e Socialização para os quais usámos o teste paramétrico t de Student uma vez que apresentaram distribuições normais em ambos os géneros. Verificámos a homogeneidade das variâncias destes domínios, através do teste de Levene, no qual não obtivemos homogeneidade para os domínios Personalidade ( $p=0,02$ ) e Socialização ( $p=0,02$ ).

Observam-se melhores resultados em quase todos os domínios no sexo feminino (tabela 12), sendo que essas diferenças são estatisticamente significativas nos domínios Desenvolvimento da Linguagem, Números e Tempo, Atividade Doméstica, Atividade Pré-profissional, Personalidade e Responsabilidade dos domínios da primeira parte da escala. Conclui-se, por isso que os sujeitos do género feminino com dificuldades intelectuais têm mais competências de: comunicação expressiva, recetiva e social; competências matemáticas básicas; manutenção e limpeza de uma casa;



desempenhar uma atividade profissional; manter um estilo de vida saudável, cuidar dos seus pertences e dos outros.

Na segunda parte da escala observam-se diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) nos domínios Comportamento Autoabusivo e Ajustamento Social. Resultado que revela que pessoas com dificuldades intelectuais do género feminino exibem menos comportamentos bizarros, apáticos e inativos do que as do género masculino.

**Tabela 12. Resultados por domínios ECAP em função do género**

Domínio	Masculino		Feminino		t/U
	Média	D.padrão	Média	D.padrão	
<b>Primeira parte</b>					
Autonomia	90,05	18,82	101,50	14,63	113,50
Desenvolvimento Físico	33,20	3,30	33,22	3,14	-0,21
Atividade Económica	5,15	5,95	7,39	5,09	127,50
Desenvolvimento Linguagem	27,35	10,58	36,11	9,19	-2,71*
Números e Tempo	8,50	6,09	12,33	4,58	-2,17*
Atividade Doméstica	6,20	5,23	15,44	5,70	42,50**
Atividade Pré-profissional	7,05	2,37	9,00	1,61	96*
Personalidade	12,70	5,67	16,78	3,21	-2,76*
Responsabilidade	6,85	3,25	9,50	1,30	88*
Socialização	20,55	3,87	22,55	1,82	-2,08
<b>Segunda parte</b>					
Comportamento Social	5,15	5,87	4,28	5,33	180
Conformidade	3,35	4,76	0,89	2,03	117
Merecedor Confiança	1,05	1,93	1,44	1,76	150
Comp. Estereotipado e Hiperativo	5,05	7,40	1,56	1,79	122,5
Comportamento Sexual	1,50	3,22	0,11	0,47	135
Comportamento Autoabusivo	1,70	2,64	0,17	0,71	100,5*
Ajustamento Social	5,50	5,65	1,50	2,12	92*
Comp Interpessoal Perturbado	4,15	5,25	3,83	4,36	179

\*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$

Analisámos as diferenças entre os géneros apenas para os subdomínios pertencentes aos domínios onde se verificaram diferenças significativas (tabela 13). Para o efeito, procedemos à análise da normalidade da distribuição da variável subdomínio em função do género, tendo-se rejeitado tal distribuição para todos os subdomínios exceto para o subdomínio Cozinha.

**Tabela 13. Resultados por subdomínios ECAP em função do género**

Subdomínio	Masculino		Feminino		t/U
	Média	D.padrão	Média	D.padrão	
<b>Desenvolvimento Linguagem</b>					
Expressão	2,95	3,86	6,56	3,33	86,50*
Compreensão Verbal	3,60	2,09	4,83	1,95	115,50
Desenvolvimento Linguag. Social	7,35	3,60	9,28	2,82	124,50
<b>Ativ. Doméstica</b>					

Limpeza	1,60	1,50	5,78	2,86	40**
Cozinha	3,15	2,25	6,11	2,22	-4,08**
Outros Deveres Domésticos	1,40	1,88	3,56	1,25	62,50**
<b>Personalidade</b>					
Iniciativa	5,85	3,08	8,06	2,26	104*
Perseverança	4,85	2,35	6,61	1,20	99,50*
Tempos Livres	2	0,73	2,11	0,47	163

\* p<0,05 \*\* p<0,01

Algumas das diferenças verificadas entre os subdomínios em função do género são significativas, indicando que o género feminino tem maiores competências nos subdomínios Expressão, Limpeza, Cozinha, Outros Deveres Domésticos, Iniciativa e Perseverança. Destacam-se principalmente as diferenças dos subdomínios da Atividade Doméstica em que o nível de significância obtido foi inferior a 0,01.

Para comparar os resultados dos fatores em função do género, verificámos a normalidade da distribuição através do teste Shapiro-Wilk, não se rejeitando a hipótese de uma distribuição normal somente para o fator Autossuficiência na Comunidade.

**Tabela 14. Resultados por fatores na ECAP em função do género**

Fator	Masculino		Feminino		t/U
	Média	D. padrão	Média	D. Padrão	
Autossuficiência Pessoal	97,75	10,47	102,17	8,08	134
Autossuficiência na Comunidade	74,35	35,96	104,28	27,96	-2,84*
Responsabilidade Pessoal e Social	46,60	14,05	53,61	11,57	128
Ajustamento Pessoal	8,25	12,32	1,83	2,04	106*
Ajustamento Social	19,20	18,21	11,94	9,86	135

\* p<0,05 \*\* p<0,01

Conforme exposto na tabela 14 verificamos, também aqui, melhores resultados para os sujeitos do género feminino, sendo que apenas nos fatores Autossuficiência na Comunidade e Ajustamento Pessoal essas diferenças são estatisticamente significativas. No que respeita à Autossuficiência na Comunidade revela a presença de maiores dificuldades para os indivíduos do género masculino utilizarem os recursos da comunidade, enquanto o Ajustamento Pessoal indica maior ocorrência de comportamentos autísticos, estereotipados ou perturbados.

### *Checklist*

Optámos por apresentar a análise comparativa dos resultados da Checklist em três grupos de Funções: Funções Mentais Globais, Funções Mentais Específicas e Funções Neuromusculoesqueléticas e Funções Relacionadas com o Movimento, pois a apresentação dos 19 itens tornar-se-ia demasiado extensa.

**Tabela 15. Resultados Checklist – Funções e Estruturas do Corpo em função do género**

Funções	Masculino		Feminino		t/U
	Média	D. padrão	Média	D. padrão	
Mentais Globais	8,20	4,05	6,28	3,08	36
Mentais Específicas	14,10	6,32	11	5,17	1,64
Neuromusculoesqueléticas	4,5	4,87	2,94	4,26	136,50

Através do teste de Shapiro-Wilk concluímos que os resultados da checklist nas Funções Mentais Globais e Específicas em função do género apresentam uma distribuição normal.

Nas funções avaliadas com a Checklist da CIF não se observaram diferenças significativas entre os géneros (tabela 15), revelando que nas Funções Mentais Globais, Funções Mentais Específicas e Funções Neuromusculoesqueléticas as limitações funcionais nas pessoas com dificuldades intelectuais a partir dos 45 anos são semelhantes entre géneros.

### *LN*

Na LN, considerámos que não era possível agrupar os itens uma vez que estes se reportam a necessidades muito diversificadas. Assim e de forma a evitar a análise individual dos 19 itens, optámos por não fazer a análise comparativa em função do género. Mais adiante apresentamos a análise em função do grupo etário e do grau de dificuldades intelectuais, dado estes se afigurarem mais relevantes face aos objetivos do nosso trabalho.

## **2.2. Análise Comparativa em função do grupo etário**

Na análise comparativa em função do grupo etário dividimos a amostra em dois grupos, um dos sujeitos com idade igual ou inferior a 50 anos ( $n=19$ ), outro dos sujeitos a partir dos 50 anos ( $n=19$ ).

Através do teste do Qui-quadrado avaliámos a independência das variáveis idade e grau de dificuldade intelectual. O resultado do teste do Qui-quadrado foi 1,91, com um nível de significância de 0,17, o que nos permite concluir que os dois grupos etários não diferem significativamente em termos do grau de dificuldades intelectuais.

Verificámos também a independência das variáveis idade e género, onde o resultado do teste do Qui-quadrado foi 0,00, com um nível de significância de 1, pelo que, se conclui que os dois grupos etários não diferem significativamente entre si relativamente ao género.

### *ECAP*

Através do teste Shapiro-Wilk procedemos à análise da normalidade da distribuição da variável domínio em função do grupo etário. Os domínios do Desenvolvimento Físico, Desenvolvimento da Linguagem, Números e Tempo, Atividade Doméstica e Personalidade apresentaram uma distribuição normal em ambos os grupos etários, pelo que para estes domínios recorremos ao teste paramétrico t de Student para comparação dos resultados médios entre os grupos. Para os restantes domínios usámos o teste não paramétrico U de Mann-Whitney.

Na tabela 16 observamos que apenas no domínios Atividade Pré-profissional ocorrem diferenças significativas entre os grupos. Conclui-se, por isso, que os sujeitos com dificuldades intelectuais com mais de 50 anos executam tarefas mais complexas, nas quais também evidenciam melhores desempenhos e hábitos de trabalho.

Uma vez que não se verificaram diferenças significativas em função do grupo etário em nenhum dos domínios que se divide em subdomínios, não fizemos a análise comparativa dos subdomínios em função do grupo etário.

**Tabela 16. Resultados por domínios ECAP em função do grupo etário**

Domínio	≤ 50 anos		> 50 anos		t/U
	Média	D.padrão	Média	D.padrão	
Autonomia	91,42	19,81	99,53	14,77	132,50
Desenvolvimento Físico	33,32	3,28	33,11	3,16	0,20
Atividade Económica	5,58	6,19	6,84	5,03	141
Desenvolvimento Linguagem	30	11,80	33	9,72	-0,86
Números e Tempo	9,26	6,31	11,37	4,96	-1,14
Atividade Doméstica	8,95	7,09	12,21	6,97	-1,43
Atividade Pré-profissional	6,95	2,12	9	1,92	78,50*
Personalidade	13,89	5,52	15,37	4,56	-0,90
Responsabilidade	7,89	3,20	8,32	2,47	180,50
Socialização	21,53	3,50	21,47	2,97	163
Comportamento Social	3,79	5,35	5,68	5,76	145
Conformidade	2,37	4,65	2	3,06	173,50
Merecedor Confiança	1,68	2,21	0,79	1,27	140,50
Comp. Estereotipado Hiperativo	4	7,42	2,79	3,41	165
Comportamento Sexual	0,95	2,78	0,74	2,10	171
Comportamento Auto Abusivo	1,42	2,69	0,53	1,17	149
Ajustamento Social	4,47	5,49	2,74	3,82	137,50
Comp Interpessoal Perturbado	4,53	6,12	3,47	3,01	175

\* p<0,05

Depois de determinarmos a normalidade da distribuição para os fatores em função do grupo etário concluímos que apenas o fator Autossuficiência na Comunidade apresenta uma distribuição normal nos dois grupos etários.

**Tabela 17. Resultados por fatores na ECAP em função do grupo etário**

Fator	≤ 50 anos		> 50 anos		t/U
	Média	D. padrão	Média	D. Padrão	
Autossuficiência Pessoal	98,05	10,27	101,63	8,69	144
Autossuficiência na Comunidade	81,05	38,36	96	31,39	-1,32
Responsabilidade Pessoal e Social	49,16	12,95	50,68	13,85	165,50
Ajustamento Pessoal	6,37	12,34	4,05	5,52	153
Ajustamento Social	16,84	17,58	14,68	12,58	179

Não se observam diferenças significativas nas comparações dos

fatores em função do grupo etário (tabela 17). À semelhança do que se tinha verificado ao nível dos domínios do comportamento adaptativo, nota-se uma grande proximidade dos resultados ou, inclusivamente, um melhor funcionamento no grupo etário superior aos 50 anos.

### Checklist

Em nenhuma das distribuições em função do grupo etário se encontrou uma distribuição normal nos dois grupos, pelo que realizámos a comparação dos resultados através do teste U de Mann-Whitney.

Conforme apresentamos na tabela 18 encontrámos diferenças significativas ao nível das Funções Mentais Específicas, concluindo-se que os indivíduos com dificuldades intelectuais e mais de 50 anos apresentam significativamente menos dificuldades em funções como a atenção, memória, a perceção e o cálculo.

**Tabela 18. Resultados Checklist – Funções e Estruturas do Corpo em função do grupo etário**

Funções	≤ 50 anos		> 50 anos		U
	Média	D. padrão	Média	D. padrão	
Mentais Globais	8,26	3,94	6,32	3,27	123
Mentais Específicas	14,95	6,03	10,32	4,98	93*
Neuromusculoesqueléticas	5,26	5,52	2,26	2,88	117,50

\* p<0,05

### LN

Para a análise dos resultados da LN em função do grupo etário analisámos a normalidade da distribuição para todos os itens em função do grupo etário através do teste de Shapiro-Wilk. A hipótese de normalidade da distribuição não foi rejeitada somente para o item relativo à necessidade de apoio domiciliário extra familiar.

**Tabela 19. Resultados da Listagem de Necessidades em função do grupo etário**

Item	≤ 50 anos		> 50 anos		t/U
	Média	D. Padrão	Média	D. Padrão	
Centro residencial	3	1,53	3,26	1,15	173,50
Ajuda financeira estado	2,37	1,38	2,53	1,31	168,50
Ocupação fim-de-semana	2,79	1,23	3,47	0,70	120
Aprender lidar com frustração	2,84	1,07	3,47	0,77	117
Apoio c. pessoais de familiares além pais	2,68	1,42	2,47	1,50	171
Envolvimento atividades lúdicas	2,84	1,39	3,11	1,15	165
Atividades ocupacionais diárias adaptadas	3	1,09	3,26	0,56	156
A. técnico p. reconhec. e aceit. limitações	2,47	1,26	2,84	0,96	153
Assistência saúde física	3,11	1,10	2,68	0,82	120
Mais apoio saúde mental	2,42	1,26	2,58	0,96	172,50
Atividades promoção cognitiva	2,68	1,29	2,47	0,96	150,50
Saber lidar com mudanças quotidiano	2,74	1,24	2,63	1,17	169,50
Apoio domiciliário extra familiar	2,26	1,28	2,32	1,25	-0,13

Atividades ocupação férias	2,68	1,42	2,32	1,29	148,50
Treino autonomia pessoal	2,74	1,37	2,53	0,91	151
Atividades socialização adaptadas	3	1,33	2,84	1,21	160

Conforme podemos verificar na tabela 19 em nenhum dos itens as diferenças observadas entre os dois grupos estários são estatisticamente significativas, o que nos leva a afirmar que o tipo de necessidades se mantem relativamente estável com a idade. Ainda assim, verifica-se que em 9 dos 16 itens, as médias são mais elevadas no grupo com idade superior a 50 anos, bem como os desvios-padrão são mais reduzidos, isto é, as necessidades são percebidas como mais importantes nos sujeitos mais velhos. As necessidades onde se observam maiores diferenças entre as médias, por conseguinte aquelas que são percebidas como mais importantes para os sujeitos de mais idade são: Ocupação para os fins de semana, Aprender a lidar com a frustração, Apoio técnico para reconhecimento e aceitação das limitações, Envolvimento em atividades lúdicas, Atividades ocupacionais adaptadas e Centro residencial.

### 2.3. Análise Comparativa em função do grau de dificuldades intelectuais

Para a análise comparativa em função do grau de dificuldades intelectuais considerámos apenas os graus moderado ( $n=16$ ) e severo ( $n=18$ ), uma vez que o número de sujeitos com dificuldades intelectuais de grau ligeiro e profundo eram muito reduzidos, com um  $n$  de 3 e 1 respetivamente.

Avaliámos a independência das variáveis grau de dificuldades intelectuais e género através do teste do Qui-quadrado. O resultado do teste do Qui-quadrado foi 2,93, com um nível de significância de 0,09, o que nos permite concluir que os dois grupos não diferem significativamente no que diz respeito ao género.

Para determinar a igualdade da idade em cada um dos graus realizámos o teste T de Student para amostras independentes, cujo resultado  $t(32)=1,37$ ;  $p=0,18$ , nos permite concluir não existem diferenças significativas entre os dois grupos.

#### *ECAP*

Para comparar os resultados em função do grau de dificuldades intelectuais começámos por verificar, através do teste de Shapiro-Wilk, a normalidade da distribuição, tendo-se recorrido, consoante os resultados obtidos, ao teste paramétrico t de Student ou ao teste não paramétrico U de Mann-Whitney.

Nos resultados por domínios em função do grau de dificuldades intelectuais expostos na tabela 20 observamos diferenças estatisticamente significativas em quase todos domínios da primeira parte da ECAP, exceto no domínio do Desenvolvimento Físico. Conclui-se, por isso, que nas condutas adaptativas avaliadas pela primeira parte da ECAP, só não existem diferenças significativas entre os graus de dificuldades intelectuais moderado e severo nas capacidades de carácter sensório-motor. Em todas as outras competências adaptativas avaliadas na primeira parte da ECAP os sujeitos

com dificuldades intelectuais de grau moderado apresentam significativamente melhores resultados.

Ao contrário do que observamos na primeira parte da escala, em que o grupo com dificuldades intelectuais de grau severo denota sistematicamente menores competências, na segunda parte tanto se observam mais comportamentos problemáticos no grau moderado, quanto no grau severo. Aqui, as diferenças em função do grau de dificuldades intelectuais são significativas somente para os domínios Comportamento Estereotipado e Hiperativo e Comportamento Autoabusivo. Pelo que podemos afirmar que pessoas, da nossa amostra, a partir dos 45 anos com dificuldades intelectuais de grau moderado exibem mais estereotípias motoras e comportamentos hiperativos, bem como comportamentos que causam danos em si próprias do que as pessoas com dificuldades intelectuais de grau severo.

**Tabela 20. Resultados por domínios ECAP em função do grau de dificuldades intelectuais**

Domínio	Moderado		Severo		t/U
	Média	D.padrão	Média	D.padrão	
Autonomia	106,88	7,57	86,78	16,39	50**
Desenvolvimento Físico	33,94	2,67	33	3,61	127,50
Atividade Económica	9,69	5,58	3,28	4,16	45,50**
Desenvolvimento Linguagem	39,94	5,72	24,94	7,26	4**
Números e Tempo <sup>a</sup>	14,69	4,05	6,67	3,96	5,84**
Atividade Doméstica	15,56	5,94	6,11	4,63	29**
Atividade Pré-profissional	9,50	0,97	6,78	2,24	45,50**
Personalidade <sup>a</sup>	17,81	2,59	12,28	4,44	4,36**
Responsabilidade	9,69	1,08	7,06	2,98	65,50*
Socialização <sup>a</sup>	22,94	1,77	20,83	2,96	2,48*
Comportamento Social	4,67	4,04	3	2,99	118,50
Conformidade	0,33	0,58	0,75	1,24	96
Merecedor Confiança	2,33	2,52	0,88	1,20	132,50
Comp. Estereotipado Hiperativo	2,33	2,08	1,31	1,82	76,50*
Comportamento Sexual	0	0	0,63	2,03	123
Comportamento Auto Abusivo	0,67	1,16	0,06	0,25	77*
Ajustamento Social	3,33	4,93	1,50	2,03	87,50
Comp Interpessoal Perturbado	1,67	1,53	4,19	4,64	142

<sup>a</sup> t de Student \* p<0,05 \*\* p<0,01

Considerando apenas os domínios em que se verificaram diferenças significativas procedemos à comparação dos resultados dos respetivos subdomínios em função do grau de dificuldades intelectuais (tabela 21).

Dos subdomínios comparados apenas em quatro, nomeadamente Utilização da Casa de Banho, Vestir/Despir, Deslocação e Tempos Livres não se verificaram diferenças significativas entre os graus moderado e severo de dificuldades intelectuais. Nos restantes subdomínios comparados verificaram-se melhores resultados no grupo de sujeitos com dificuldades intelectuais de grau moderado.

Comparámos também os resultados dos fatores em função do grau de dificuldade intelectual.

Em todos os fatores da primeira parte e no fator do Ajustamento Pessoal da segunda parte as diferenças nos resultados médios em função do grau de dificuldades intelectuais são estatisticamente significativas (tabela 22). Verifica-se, assim, que os indivíduos com dificuldades intelectuais de grau moderado têm mais competências de autossuficiência, para se relacionar, utilizar os recursos da comunidade e apresentam uma participação social mais responsável. Uma vez que o resultado médio obtido pelos sujeitos com dificuldades intelectuais de grau severo no fator Ajustamento Pessoal é significativamente superior, conclui-se que estes sujeitos exibem mais comportamentos autísticos, estereotipados ou perturbados comparativamente àqueles que têm dificuldades intelectuais de grau moderado.

**Tabela 21. Resultados por subdomínios ECAP em função do grau de dificuldades intelectuais**

Subdomínio	Moderado		Severo		t/U
	Média	D.padrão	Média	D.padrão	
<b>Autonomia</b>					
Alimentação	19,56	2,31	17,61	2,68	31,50*
Utilização Casa Banho	11,75	0,78	10,89	1,49	103
Higiene	22	1,63	18,28	3,71	48**
Aparência	13,69	1,62	10,89	2,32	50**
Cuidados Vestuário <sup>a</sup>	5,62	1,75	2,44	1,79	5,23**
Vestir/Despir	16,75	1,07	15,11	3,31	109,50
Deslocação	7,13	3,34	5,17	3,31	112,50
Out. Itens Autonomia <sup>a</sup>	10,44	2,61	6,39	3,22	4**
<b>Atividade Económica</b>					
Manus. Dinheiro Pl. Utiliz.	4,88	3,03	1,33	2,20	51**
Ir às Compras	4,19	2,56	1,94	2,18	67,50*
<b>Des. Linguagem</b>					
Expressão	7,25	3,33	2,28	3,29	44,50**
Compreensão Verbal	5,63	1,75	3,06	1,51	35,50**
Des. Linguagem Social <sup>a</sup>	10,19	1,97	6,89	3,32	3,56**
<b>Ativ. Doméstica</b>					
Limpeza	5,69	2,89	1,72	1,53	34**
Cozinha	6,06	2,30	3,06	2,01	42,50**
Out. Deveres Domésticos	3,81	1,47	1,28	1,53	34**
<b>Personalidade</b>					
Iniciativa	8,81	1,60	5,39	2,62	39,50**
Perseverança <sup>a</sup>	6,75	1	4,94	2,18	3,16**
Tempos Livres	2,25	0,58	1,94	0,42	111,50

<sup>a</sup>t de Student \* p<0,05 \*\* p<0,01



**Tabela 22. Resultados por fatores na ECAP em função do grau de dificuldades intelectuais**

Fator	Moderado		Severo		t/U
	Média	D. padrão	Média	D. Padrão	
Autossuficiência Pessoal	104,81	4,54	96,50	9,81	67,50*
Autossuficiência na Comunidade	116,81	20,70	65,50	24,03	6,63**
Responsabilidade Pessoal e Social	55,94	12,14	45,94	10,89	59**
Ajustamento Pessoal	2	3,62	8,56	12,70	67,50**
Ajustamento Social	10,31	7,77	20,94	19,59	95,50

\* p&lt;0,05 \*\* p&lt;0,01

*Checklist*

Nos resultados da Checklist observam-se diferenças significativas em função do grau de dificuldades intelectuais em todas as Funções avaliadas (tabela 22), isto é, os sujeitos com dificuldades intelectuais de grau severo têm maiores limitações, por exemplo, nas funções da consciência, da orientação no espaço e tempo, do temperamento e da personalidade, da atenção, da memória, da percepção, relacionadas com a mobilidade das articulações, com a força, o tónus muscular e o padrão de marcha.

**Tabela 23. Resultados Checklist – Funções e Estruturas do Corpo em função do grau de dificuldades intelectuais**

Funções	Moderado		Severo		t/U
	Média	D. padrão	Média	D. padrão	
Mentais Globais	5,75	2,18	8,78	3,54	67*
Mentais Específicas <sup>a</sup>	10,50	3,58	14,83	5,97	-2,53*
Neuromusculoesqueléticas	1,75	2,89	4,56	4,45	76*

<sup>a</sup>t de Student \* p<0,05*LN*

Todas as distribuições dos itens da LN em função do grau de dificuldade intelectual revelaram não ser normais, pelo que realizámos a comparação dos resultados recorrendo ao teste U de Mann-Whitney.

**Tabela 24. Resultados da Listagem de Necessidades em função do grau**

Item	Moderado		Severo		U
	Média	D. Padrão	Média	D. Padrão	
Centro residencial	2,88	1,41	3,61	0,98	92,50
Ajuda financeira estado	2,50	1,21	2,50	1,38	139
Ocupação fim-de-semana	3,25	0,76	3,28	1,07	130
Aprender lidar com frustração	3	0,89	3,56	0,71	94
Apoio c. pessoais de familiares além país	2,63	1,46	2,61	1,38	143
Envolvimento atividades lúdicas	2,75	1,24	3,39	1,04	95
Atividades ocupacionais diárias adaptadas	3,27	0,70	3,28	0,67	134,5
A. técnico p. reconhec. e aceit. limitações	2,94	0,85	2,56	1,20	122
Assistência saúde física	3,06	0,77	3	0,97	142
Mais apoio saúde mental	2,63	1,20	2,61	0,92	136

Atividades promoção cognitiva	2,50	1,16	2,83	0,92	127
Saber lidar com mudanças quotidiano	2,69	1,20	2,89	1,08	130,50
Apoio domiciliário extra familiar	2,44	1,32	2,50	1,10	142,50
Atividades ocupação férias	2,69	1,25	2,72	1,32	135,50
Treino autonomia pessoal	2,63	1,03	2,89	1,18	123
Atividades socialização adaptadas	2,81	1,17	3,22	1,22	106,50

Conforme verificamos na tabela 24 em nenhum dos itens da LN se verificam diferenças significativas em função do grau de dificuldade intelectuais, o que revela que as necessidades serão semelhantes para sujeitos com dificuldades intelectuais moderadas e severas. Não obstante, em 11 dos 16 itens da lista, registam-se médias mais elevadas no grupo severo do que moderado. Apesar de não serem significativas existem diferenças marcadas entre os resultados médios em função do grau de dificuldades intelectuais, destacando-se nos indivíduos com dificuldades intelectuais de grau severo as necessidades de Centro Residencial, Envolvimento em atividades lúdicas, Aprender a lidar com a frustração, Atividades de socialização adaptadas, Atividades de promoção cognitiva e Treino de autonomia pessoal.

## V - Discussão

Se até há alguns anos atrás não se previa que as pessoas com dificuldades intelectuais vivessem até à velhice, atualmente deparamo-nos com um crescente aumento deste grupo da população. No entanto, é um grupo que tem vindo a crescer de forma silenciosa, ocorrendo o que Díaz et al. (2001) designam de “emergência silenciosa”, ou seja, é um grupo que tem crescido mas que precisa de muitas vozes para fazer-se notar, para que sejam atendidas as suas necessidades. Necessidades que são diferentes dos restantes indivíduos com dificuldades intelectuais e dos indivíduos idosos normais (Strydom et al., 2005).

Obter uma caracterização das pessoas com dificuldades intelectuais em processo de envelhecimento é o principal objetivo do nosso estudo. Para tal, procurámos identificar quais as áreas do comportamento adaptativo e das funções e estruturas do corpo mais e menos afetadas e identificar as principais necessidades sentidas por profissionais que trabalham com pessoas com dificuldades intelectuais nesta fase da vida. Procedemos a análises comparativas em função do género, grupo estário e grau de dificuldade intelectual, procurando assim detetar a existência de diferenças entre os sujeitos ao nível do comportamento adaptativo, das funções e estruturas do corpo e das necessidades. Para análise dos resultados obtidos deparamo-nos com algumas limitações do nosso estudo, designadamente o reduzido número de sujeitos da amostra (n=38) e a média de idades. Com uma amostra cuja média de idades é de 52,2 anos não podemos considerar os nossos sujeitos efetivamente idosos.

No comportamento adaptativo observamos que os sujeitos da nossa amostra têm alguma capacidade para satisfazer as suas necessidades pessoais

e, de um modo geral, comportamentos autísticos e estereotipados não são um problema, uma vez que, conforme exposto anteriormente, os fatores Autossuficiência Pessoal e Ajustamento Pessoal foram aqueles em que se observaram melhores resultados. Pelos resultados obtidos nos domínios constatamos que os sujeitos da nossa amostra apresentam alguma capacidade para execução de tarefas complexas, competências e hábitos de trabalho e responsabilidade. As idas à casa de banho, o uso dos utensílios e as maneiras à mesa, higiene pessoal, o vestir/depir e as competências sensório-motoras foram as competências onde revelaram maior grau de adaptação social.

Por outro lado, a utilização do dinheiro, o sentido de orientação, as deslocações na rua e/ou de transportes, a capacidade de expressão escrita e os cuidados de limpeza são competências em que os sujeitos revelaram maiores limitações. Com o envelhecimento as aptidões numérica e verbal são afetadas negativamente (Cancela, 2007), as quais são exigidas para utilização do dinheiro e expressão escrita, duas daquelas em que a nossa amostra revelou maiores limitações.

As Funções Mentais Específicas foram aquelas em que os sujeitos revelaram mais comprometimentos, destacando-se as Funções Cognitivas de Nível Superior e Funções do Cálculo. Das Funções Mentais Globais destacaram-se as Funções Intelectuais. Assim, constatamos que os sujeitos da nossa amostra têm dificuldades na tomada de decisões, pensamento abstrato, planeamento/execução de planos, flexibilidade mental, realização de processos matemáticos e na compreensão e integração de conhecimentos e experiências de vida. Segundo Cancela (2007) tarefas de raciocínio de carácter abstrato, que impliquem uma análise lógica e organizada e o planeamento/monitorização de sequências complexas torna-se menos eficiente e mais lento na velhice, observando-se na nossa amostra, conforme os resultados expostos anteriormente, alguns sinais de envelhecimento.

Considerando que necessidade é um problema que pode melhorar através de uma intervenção (Xeniditis et al., 2000), concluímos que o aumento das unidades residenciais para pessoas com dificuldades intelectuais, mais atividades de ocupação de tempos livres, principalmente aos fins de semana, programas e intervenções que promovam nas pessoas com dificuldades intelectuais estratégias para lidar com a frustração perante o fracasso e atividades ocupacionais diárias devidamente adaptadas às especificidades desta população poderiam aumentar a qualidade de vida das pessoas com dificuldades intelectuais a partir dos 45 anos.

A perda dos pais, os principais de cuidadores dos sujeitos com dificuldades intelectuais pode ser um dos fatores que explica a necessidade de uma resposta de alojamento, a qual surge no topo da lista das necessidades mais assinaladas pelos monitores entrevistados. Díaz et al. (2005) e McCausland et al. (2010) salientaram a falta de respostas de tipo residencial para as pessoas idosas com dificuldades intelectuais, necessidade também verificada no nosso estudo.

A necessidade de atividades de ocupação aos fins de semana foi a segunda mais assinalada, remetendo-nos para as necessidades ao nível dos

recursos sociais identificada pelos profissionais que colaboraram no estudo de Díaz et al. (2005), onde a necessidade de atividades de ocupação de tempos livres foi salientada. As pessoas mais velhas com dificuldades intelectuais também manifestam o desejo de ver atendida a necessidade de ocupação dos períodos de ócio (Díaz et al., 2003). Estas atividades têm um importante papel na vida das pessoas com dificuldades intelectuais de idade avançada pois promovem a interação e integração social, o que tem um reflexo positivo na sua qualidade de vida (Boyd & Tedrick, 1992).

A necessidade de aprender a lidar com a frustração pode remeter-nos para a perda de capacidades que se observa no envelhecimento. Com a perda de acuidade visual e auditiva, a diminuição da velocidade de execução das tarefas (Spar & La Rue, 2005), o aumento da dificuldade nas atividades de raciocínio lógico, abstrato e no planeamento/monitorização de sequências complexas (Cancela, 2007) os sujeitos são confrontados com o fracasso, com a perda de capacidades o que poderá levar à frustração.

Atividades ocupacionais diárias foi outra das necessidades mais cotadas na LN, as quais têm que ser adaptadas aos interesses, capacidades e dificuldades dos sujeitos. Recordamos que os monitores que responderam à LN são as pessoas que desenvolvem as atividades de carácter ocupacional para os sujeitos. Por conseguinte, o facto desta necessidade surgir no topo da lista remete-nos para a importância da especialização dos serviços (Haveman et al., 2011), de uma adequação das atividades que já são desenvolvidas nos CAO, mas que podem necessitar de ajustes para que sejam devidamente adequadas às características das pessoas mais velhas com dificuldades intelectuais.

As necessidades de recursos económicos por parte do estado (p.e. pensão social) e apoio domiciliário extra familiar foram as menos cotadas, o que vai contra o exposto nos trabalhos de Díaz et al. (2001; 2005). Pensamos que tal resultado se poderá dever ao facto de os monitores não terem um contacto direto com as famílias, já que nos CAO esse contacto é habitualmente feito por técnicos de intervenção específica, nomeadamente a técnica de serviço social, o que poderá levar a que os profissionais entrevistados não conheçam estas necessidades dos sujeitos.

Na análise comparativa em função do género, nos resultados obtidos relativos ao Comportamento Adaptativo, observaram-se melhores resultados no género feminino. Essas diferenças revelaram-se significativas nas habilidades relacionadas com a expressão escrita e falada, operações matemáticas simples, noção do tempo, atividades de limpeza, preparação de refeições, tratamento do vestuário, complexidade e hábitos de trabalho, persistência, atenção, capacidade de iniciativa, perseverança e responsabilidade pessoal e social. No género feminino detetaram-se ainda maiores competências na interação com o meio, utilização dos recursos da comunidade e uma menor manifestação de comportamentos de carácter autístico e estereotipados. Estas diferenças remetem-nos para os estereótipos sociais, em que as mulheres são vistas como melhor comportadas, com maiores competências e conhecimentos para o desempenho das atividades

domésticas. Segundo Silva, Barros, Halper e Silva (1999) o género feminino apresenta mais competências nos primeiros anos escolares, o que nos remete para os resultados obtidos nos domínios Desenvolvimento da Linguagem e Números e Tempo, domínios cujos itens mencionam atividades sujeitas a aprendizagem escolar, tais como operações aritméticas simples, leitura e escrita. Os mesmos autores assinalam ainda a ocorrência de mais problemas de indisciplina no sexo masculino e Saud e Tonelotto (2005) falam de uma maior incidência de comportamentos hiperativos e antissociais no sexo masculino, o que vai também ao encontro dos nossos resultados na ECAP em função do género.

Na análise dos resultados da ECAP em função do grupo etário, verificámos tanto nos domínios como nos fatores uma grande proximidade dos resultados ou mesmo uma maior adaptação social no grupo etário a partir dos 50 anos. Estes resultados afastam-se dos verificados por Prasher (1999) que observou que os sujeitos com síndrome de Down a partir dos 50 anos apresentavam um decrescimento ao nível do comportamento adaptativo. O mesmo autor, fazendo referência ao estudo de Janicki e Jacobson (1986) assinalou que em indivíduos com síndrome de Down, de grau ligeiro e moderado, se observaram dificuldades na motricidade grossa, autonomia e independência a partir dos 54 anos, enquanto na utilização da casa de banho, vestir/despir, alimentação, linguagem e leitura/escrita só 20 anos mais tarde se observariam perdas. Considerando que a média de idades da nossa amostra é inferior a 54 anos, a perda de competências adaptativas ainda não deverá ocorrer.

A tendência para os sujeitos a partir dos 50 anos apresentarem melhores resultados manteve-se nos resultados obtidos com a Checklist, verificando-se diferenças significativas nas Funções Mentais Específicas. Resultados que poderão dever-se ao reduzido tamanho da nossa amostra, com apenas 19 sujeitos para cada grupo etário e que não nos permite conclusões.

Na LN nas encontramos diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários, no entanto em 56,25% dos itens listados observámos que as necessidades foram percebidas como mais importantes para os sujeitos mais velhos. Destacando-se as necessidades de ocupação nas férias, e aprender a lidar com a frustração perante o insucesso, seguidas da necessidade de apoio técnico para reconhecimento e aceitação das limitações. Necessidades que revelam a ausência de respostas adequadas às características deste novo grupo da população, remetendo para a necessidade de equipas especializadas, competentes e conhecedoras na adequação das respostas à população com dificuldades intelectuais que está a envelhecer (Díaz et al., 2003).

Nos resultados da ECAP em função do grau de dificuldades intelectuais, observámos nos sujeitos com dificuldades intelectuais moderadas mais competências do que nos sujeitos com dificuldades intelectuais severas. Resultados que corroboram os do estudo de Cosgrave et

al. (1999) com pessoas com síndrome de Down, onde concluíram que o nível de comportamento adaptativo é menor em sujeitos com menor capacidade cognitiva. No nosso estudo, esta superioridade verificou-se nas competências de alimentação, aparência, cuidados com o vestuário, atender o telefone, utilizar serviços públicos, fazer compras, leitura/escrita, compreensão verbal, operações matemáticas básicas, interação com os outros, mais responsabilidade, iniciativa e perseverança.

Na Checklist os sujeitos com dificuldades intelectuais de grau severo apresentaram piores resultados em todas as funções avaliadas. Resultado que seria de esperar, uma vez que este é o instrumento que mais nos remete para a capacidade intelectual, nomeadamente nas Funções Mentais Globais e nas Funções Mentais Específicas, e que a capacidade intelectual dos indivíduos com dificuldades intelectuais de grau severo afasta-se mais da norma do que nos sujeitos com dificuldades intelectuais de grau moderado. Também nas Funções Neuromusculoesqueléticas os sujeitos com dificuldades intelectuais moderadas revelaram maiores capacidades. Resultados que vão também ao encontro do estudo supra referido de Cosgrave et al. (1999) onde refere que quanto maior o grau de dificuldades intelectuais maiores as limitações do sujeito.

Nas necessidades percebidas em função do grau de dificuldades intelectuais não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os graus, mas importa salientar que dos 16 itens da lista 11 apresentam uma média superior nos sujeitos com dificuldades intelectuais severas. Essas diferenças vão ao encontro dos resultados de McCausland et al. (2010) e Díaz et al. (2003) onde concluíram que as necessidades das pessoas com dificuldades intelectuais em processo de envelhecimento variam com o grau de dificuldades intelectuais. Sendo que, quanto maior o grau de dificuldades intelectuais, mais necessidades as pessoas manifestam (McCausland et al., 2010). As necessidades onde se observaram maiores diferenças nos resultados médios foram as necessidades de alojamento, envolvimento em atividades lúdicas, aprender a lidar com a frustração perante o insucesso e atividades de socialização adaptadas às suas características.

## **VI - Conclusões**

Os sujeitos auscultados no presente estudo revelaram diferenças significativas nos resultados do comportamento adaptativo em função do género. Sendo que, o género feminino se destacou pelo maior nível de competências adaptativas comparativamente ao género masculino.

Os sujeitos com idade superior a 50 anos revelaram maiores habilidades no comportamento adaptativo e nas Funções Mentais Específicas.

Já nas necessidades não se observaram diferenças significativas entre os sujeitos com idade inferior e superior a 50 anos. No entanto, verificaram-se diferenças entre as médias, que revelam que os sujeitos com mais de 50 anos têm maior necessidade de Ocupação para os fins de semana, Aprender a lidar com a frustração, Apoio técnico para reconhecimento e aceitação das

limitações, Envolvimento em atividades lúdicas, Atividades ocupacionais adaptadas e Centro residencial.

Os sujeitos com dificuldades intelectuais de grau moderado apresentaram significativamente melhores no que diz respeito ao comportamento adaptativo e às Funções e Estruturas do Corpo. As diferenças nas necessidades percebidas em função do grau de dificuldades intelectuais não foram estatisticamente significativas, no entanto importa salientar que nos indivíduos com dificuldades intelectuais de grau severo se destacaram as médias superiores nas necessidades de Centro Residencial, Envolvimento em atividades lúdicas, Aprender a lidar com a frustração, Atividades de socialização adaptadas, Atividades de promoção cognitiva e Treino de autonomia pessoal.

Porém, há que enunciar reservas relativamente aos resultados obtidos, quer pelo restrito número de sujeitos que compõem a nossa amostra ( $n=38$ ), pela média de idades dos sujeitos, como pelo facto de os dados terem sido recolhidos já há cerca de 5 anos.

O reduzido  $n$  não nos permite ir mais longe nas comparações entre os géneros, os grupos etários e os graus de dificuldades intelectuais nem nas conclusões daí provenientes.

A média de idades é bastante reduzida, não podendo considerar-se que a nossa amostra está efetivamente na fase de velhice e não permitindo conclusões robustas àcerca das características do envelhecimento nas dificuldades intelectuais.

O facto de termos iniciado este estudo há 5 anos atrás levou a que definissemos um procedimento e instrumentos de avaliação que atualmente poderiam não ser a nossa opção, existindo outros instrumentos que responderiam de forma mais eficaz aos objetivos do nosso estudo.

A reduzida investigação nacional e internacional sobre este tema, associada ao crescente envelhecimento da população com dificuldades intelectuais reforça a necessidade de outros estudos àcerca desta fase da vida nas pessoas com dificuldades intelectuais, para que possamos adequar os serviços e respostas da comunidade de forma a contribuir para a sua qualidade de vida.

Devido às limitações já assinaladas, não foi possível uma verdadeira compreensão das diferenças entre os grupos etários, sentindo-se a necessidade de estudos no nosso país que esclareçam essas diferenças. O mesmo ocorre relativamente aos graus de dificuldades intelectuais, são necessários estudos que caracterizem as especificidades do processo de envelhecimento para os quatro graus de dificuldades intelectuais.

Por fim, relativamente ao nosso trabalho, consideramos que um estudo longitudinal, para analisar as variações na nossa amostra ao longo destes 5 anos poderia contribuir para uma maior compreensão do processo de envelhecimento nestes sujeitos.

## Bibliografia

- Albuquerque, M. C. (2000). *A criança com deficiência mental ligeira*. Lisboa. Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Alonso, M. A. (2003). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la asociación americana sobre retraso mental de 2002. *Siglo Cero*, 34, (1), 5-19.
- Alonso, M. A., & Bermejo, B. G. (2001). *Atraso Mental*. In T. Gonscalves (Tr.). Amadora: McGraw-Hill.
- Arroteia, J. C., & Cardoso, A. P. O. (2006). O envelhecimento da população portuguesa: responsabilidade social e cidadania. *Psychologica*, 42, 9-24.
- Bittles, A. H., Petterson, B. A., Sullivan, S. G., Hussain, R., Glasson, E. J., & Montgomery, P. D. (2002). The influence of Intellectual Disability on Life Expectancy. *The Journal of Gerontology*, 57A, (7), M470-M472.
- Boyd, R., & Tedrick, T. (1992). Aging Adults with Mental Retardation and leisure. *Parks & Recreation*, 27, (10), 20-27.
- Cancela, D. M., (2007). O processo de envelhecimento. *O portal dos Psicólogos*. 1-15.
- Castilho, P. (2003). *A deficiência mental ligeira e a aceitação pelos pares: A importância das competências sociais*. Coimbra: Dissertação de Mestrado apresentada à F. P. C. E.
- Chance, P. S. (2005). The mental health needs of older people with learning disability. *Reviews in Clinical Gerontology*, 15, 245-253.
- Collacott, R. A., & Cooper, S. A. (1997). A five-year follow up study of adaptive behavior in adults with Down syndrome. *Journals of Intellectual & Developmental Disability*, 22, (3), 187-197.
- Cosgrave, M. P., Tyrrell, J., McCarron, M., Gill, M., & Lawlor, B. A. (1999). Determinants of aggression, and adaptive and maladaptive behaviour in older people with Down's syndrome with and without dementia. *Journal of Intellectual Disability Research*, 43, (5), 393-399.
- Dalton, A., & Janicki, M. (1999). Aging and dementia. In M. P. Janicki, & A. J. Dalton (Ed.). *Dementia, aging, and intellectual disabilities: a handbook*. New York: Routledge.
- Deb, S. (2003). Dementia in people with an intellectual disability. *Reviews in Clinical Gerontology*, 13, 137-144.
- Díaz, A. L., & Rodríguez, M. A. (2004). Necesidades percibidas en el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad. *Psichotema*, 16, (2), 261-269.
- Díaz, A. L., & Rodriguez, M. A. (2006). La calidad de vida de las personas con discapacidad que envejecen. In M. A. Alonso (dir.). *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad Instrumentos y estrategia de evaluación* (pp. 341-362). Salamanca: Amarú Ediciones.
- Díaz, A. L., Rodríguez, M. A., & Gómez, Y. F. (2005). Las necesidades de las personas con discapacidad que envejecen percibidas por



los profesionales que les atienden. *Psichotema*. 17, (4), 657-662.

Díaz, A. L., Rodríguez, M. A., Gómez, Y. F., Martínez, B. A., & Alonso, M. A. (2001). Discapacidad y envejecimiento: necesidades percibidas por las personas discapacitadas mayores de 45 años y propuesta de líneas de actuación. Universidad de Oviedo.

Díaz, A. L., Rodríguez, M. A., Gómez, Y. F., Martínez, B. A., & Alonso, M. A. (2003). Calidad de vida y necesidades percibidas en el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad-2003. Universidad de Oviedo.

Díaz, A. L., Rodríguez, M. A., Martínez, B. A., & Ruiz, M. B. (2006). Necesidades de las personas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento en Bizkaia. Oviedo: Sapre.

Emerson, E., & Hatton, C. (2007). Health inequalities, socioeconomic disadvantage, social participation and networks and the self-rated health of English men and women with mild and moderate intellectual disabilities: cross sectional survey. *European Journal of Public Health*, 18, (1), 31-37.

Emerson, E., & Hatton, C. (2007). Socioeconomic disadvantage, social participation and networks and the self-rated health of English men and women with moderate intellectual disabilities: cross sectional survey. *European Journal of Public Health*, 18, (1). 31-37

Evenhuis, H., Henderson, C.M., Beange, H., Lennox, N., & Chicoine, B. (2000). *Healthy ageing – Adults with Intellectual Disabilities: Physical health issues*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Evenhuis, H., Hermans, H., Hilgenkamp, T. I., Bastiaanse, L., & Echteld, M. A. (2012). Frailty and disability in older adults with intellectual disabilities: Results from the healthy ageing and intellectual disability study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 60. (5). 934-938.

Feio, M. (2006). Teorias do envelhecimento. In H. Firmino (Ed.), *Psicogeriatría* (pp.35-41). Coimbra: Psiquiatria Clínica.

Fesko, S. L., Hall, A. C., Quinlan, J., & Jockell, C. Active ageing for individuals with intellectual disability: Meaningful community participation through employment, retirement, service and volunteerism. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*. 117. (6). 497-508.

Hand, J. (1999). The care of individuals with mental retardation: Lessons from the New Zealand experience. *International Review of Psychiatry*, 11, (1), 68-75.

Haveman et al., (2011). Ageing and health status in adults with intellectual disabilities: Results of the European POMONA II study. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*. 36. (1). 49-60.

Haveman, M., Heller, T., Lee, L., Maaskant, M., Shooshtari, S., & Strydom, A. (2010). Major health risks in aging persons with intellectual disabilities: An overview of recent studies. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. 7. (I). 59-69.

Hayden, M. F., & Goldman, J. (1996). Families of adults with mental retardation: Stress levels and need for services. *Social Work*, 41, (6), 657-667.

Hilgenkamp, T. I., van Wijck, R., & Evenhuis, H., (2013). Feasibility

of eight physical fitness tests in 1,050 older adults with intellectual disability: Results of the healthy ageing with intellectual disabilities study. *Intellectual and Developmental Disabilities Study*. 51. (1). 33-47.

Hill, M. M., & Hill, A. (2008). *Investigação por Questionário*. (2ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Hill, R. D. (2011). A positive aging framework for guiding Geropsychology interventions. *Behavior Therapy*. 42. 66-77.

Hogg, J., Lucchino, R., Wang, K., Janicki, M. P., & Working Group (2000). *Healthy ageing – Adults with Intellectual Disabilities: Ageing & social policy*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Janicki, M. P., & Dalton, A. J. (1998). Sensory impairments among older adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 23, (1), 3-11.

Lima, M. P. (2004). *Posso participar?*. Porto: Ambar.

Lima, M. P. (2010). *Envelhecimento(s)*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Luckasson, R. et al., (2002). *Definition, Classification, and Systems of Supports*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

McCausland, D., Guerin, S., Tyrrell, J., Donohoe, C., O'Donoghue, I., & Dodd, P. (2010). Self-reported needs among older persons with intellectual disabilities in an Irish community-based service. *Research in Developmental Disabilities*, 31, 381-387.

Minkler, M., & Fadem, P. (2002). Successful aging. *Journal of disability policy studies*. 12. (4). 229-235.

Moreira, J. M. (2009). *Questionários: Teoria e Prática*. (2ª ed.). Coimbra: Almedina.

Nihira, K., Leland, H., & Lambert, N. (1993). *Adaptative Behavior Scale – Residencial and Community* (2nd ed). Texas: Pro.ed.

Organização Mundial de Saúde (2004). *CIF Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Patja, K., Iivanainen, M., Vesala, H., Oksanen, H., & Ruoppila, I. (2000). Life expectancy of people with intellectual disability: a 35-year follow-up study. *Journal of Intellectual Disability Research*. 44. (5). 591-599.

Patterson, D., & Cabelof, D. C. (2012). Down syndrome as a model of DNA polymerase beta haploinsufficiency and accelerated aging. *Mechanisms of Ageing and Development*. 133. 133-137.

Paúl, C. (2006). Psicologia do envelhecimento. In H. Firmino (Ed.), *Psicogeriatría*. Coimbra: Psiquiatria Clínica.

Prados, A. B. (2013). Resiliencia psicológica en la vejez. In R. Pocinho, E. Santos, A. Pais, E. N. Pardo, & cols (Ed.), *Envelhecer hoje Conceitos e práticas*. Curitiba: Appris.

Prasher, V., Farooq, A., & Holder, R. (2004). The Adaptive Behaviour Dementia Questionnaire (ABDQ): screening questionnaire for dementia in Alzheimer's disease in adults with Down syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 25, 385-397.

- Prasher, V.P. (1999). Adaptive Behavior. In M. P. Janicki, & A. J. Dalton (Ed.). *Dementia, aging, and intellectual disabilities: a handbook*. New York: Routledge.
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). Envelhecimento activo. In O. Ribeiro (coord.), *Manual de envelhecimento activo*. Lisboa: Lidel
- Richardson-Heron, D. P. (2007). Preventive health screening recommendations for individuals aging with disabilities. *The Exceptional Parents*, 37, (8), 29-30.
- Santos, S. (2007). *Estudo psicométrico da escala de comportamento adaptativo versão portuguesa (ECAP)*. Lisboa: Tese de Doutoramento em Motricidade Humana (Educação Especial e Reabilitação) apresentada à Universidade Técnica de Lisboa.
- Santos, S., & Morato, P. (2002). *Comportamento Adaptativo*. Porto: Porto Editora.
- Santos, S., & Morato, P. (2012). Acertando o passo. Falar de deficiência mental é um erro: deve falar-se de dificuldade intelectual e desenvolvimental. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 18, (1), 3-16.
- Saud, L. F., & Tonelotto, J. M. (2005). Comportamento social na escola: diferenças entre gêneros e séries. *Psicologia Escolar e Educacional*. 9. (1). 47-57.
- Schalock, R. L., et al. (2007). The Renaming of *Mental Retardation*: Understanding the Change to the Term *Intellectual Disability*, *Intellectual and Developmental Disabilities*, 45, (2), 116-124.
- Shaw, K., Cartwright, C., & Craig, J. (2011). The housing and support needs of people with an intellectual disability into older people. *Journal of Intellectual Disability Research*. 55. (9). 895-903.
- Silva, C. A., Barros, F., Halpern, S., & Silva, L. A. (1999). Meninas bem-comportadas, boas alunas; Meninos inteligentes, indisciplinados. *Cadernos de Pesquisa*. 107. 207-225.
- Simões, A. (2006). Factos e factores do desenvolvimento intelectual do adulto. *Psychologica*, 42, 25-43.
- Spar, J. E., & La Rue, A. (2005). *Guia prático de Psiquiatria Geriátrica*. In J. N. Almeida (Tr.) Lisboa: Climepsi Editores.
- Strydom, A., Hassiotis, A., & Livingston, G. (2005). Mental health and social care needs of older people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18, 229-235.
- Strydom, A., Hassiotis, A., King, M., & Livingston, G. (2008). The relationship of dementia prevalence in older adults with intellectual disability (ID) to age and severity of ID. *Psychological Medicine*, 39, 13-21.
- Tatay, C. M., & Pardo, E. N. (2013). Processos cognitivos básicos durante el envejecimiento normal. In R. Pocinho, E. Santos, A. Pais, E. N. Pardo, & cols (Ed.), *Envelhecer hoje Conceitos e práticas*. Curitiba: Appris.
- Thompson, D. (2002). "Well, we've all got to get old haven't we"? Reflections of older people with intellectual disabilities on aging and change. *Journal of Gerontological Social Work*, 37(3/4), 7- 23.
- Thorpe, L., Davidson, P., & Janicki, M.P. (2000). *Healthy ageing – Adults with Intellectual Disabilities: Biobehavioral issues*. Geneva,

Switzerland: World Health Organization.

Vaz Serra, A. (2006). Que significa envelhecer?. In H. Firmino (Ed.), *Psicogeriatría*. (pp.21-33). Coimbra: Psiquiatria Clínica.

Walker, A., & Walker, C. (1998). Age or disability? Age-based disparities in service provision for older people with intellectual disabilities in Great Britain. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 23,(1), 25-39.

Wark, S., Hussain, R., & Edwards, H. (2013). Rural and remote area service provision for people aging with intellectual disability. *Journal of Police and Practice in Intellectual Disability*. 10. (1). 62-70.

World Health Organization (1996). *Psychiatry of the elderly: A consensus statement*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

World Health Organization (2000). *Ageing and Intellectual Disabilities – Improving longevity and promoting healthy ageing: Summative Report*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2002). *Active ageing A positive framework..* Madrid: World Health Organization.

World Health Organization (2008). *Demystifying the myths of ageing*. Copenhagen: World Health Organization.

Xenitidis, K., Thornicroft, G., Leese, M., Slade, M., Fotiadou, M., Philp, H., Sayer, J., Harris, E., McGee, D., & Murphy, D. G. M. (2000). Reliability and validity of the CANDID -a needs assessment instrument for adults with learning disabilities and mental health problems. *British Journal of Psychiatry*, 176, 473-478.

**Anexos**

**Anexo 1 – Escala de Comportamento Adaptativo – Versão Portuguesa**



ECAP de		ESCALA DE COMPORTAMENTO ADAPTATIVO	
Sofia Santos e Pedro Morato, 2004		CA	
		versão portuguesa	
Nome:	_____	Género:	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Diagnóstico:	_____		
Data de Nascimento:	__/__/__	Data de Observação:	__/__/__
Idade:	__anos e __meses	Estabelecimento:	_____
Responsável pela Observação:	_____		
Início da Intervenção:	_____		
Profissão do observador:	_____		
Relação com o observado:	_____		
Motivo da Observação:	_____		
Proveniência da Informação:	_____		
	• Observação directa	<input type="checkbox"/>	
	• Professor	<input type="checkbox"/>	
	• Pais	<input type="checkbox"/>	
	• Outros:	_____	
Residência (Localidade):	_____		
	• Meio:	Urbano <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Piscatório <input type="checkbox"/>	
Local de Nascimento:	_____		
Agregado Familiar (fátia):	_____		
Forma de Destinação para a Escola:	_____		

Primeira Parte

**1** Domínio Autonomia

**A: Alimentação**

Item 1	USO DOS UTENSÍLIOS DE MESA (Assinale o nível mais elevado)		
	Usa a faca de mesa para cortar.	7	
	Come adequadamente com faca e garfo.	6	
	Come adequadamente com colher e garfo.	5	
	Come sozinho com garfo, mas entorna parte da comida.	4	
	Come sozinho com uma colher - com asselo.	3	
	Come sozinho com uma colher, entornando parte da comida.	2	
	Come com os dedos.	1	
	Não come sozinho, tem de ser alimentado.	0	
Item 2	BEBER (Assinale o nível mais elevado)		
	Bebe sem entornar, segurando o copo com uma mão.	3	
	Bebe por um copo sem ajuda, com asselo (uma ou duas mãos)	2	
	Bebe por um copo sem ajuda, entornando parte da bebida.	1	
	Não bebe por um copo sem ajuda.	0	
Item 3	MANEIRAS À MESA (Assinale todas as respostas)	Sim	Não
	Atira a comida.	0	1
	Engole os alimentos sem os mastigar.	0	1
	Mastiga os alimentos com a boca aberta.	0	1
	Deixa cair a comida na mesa ou no chão.	0	1
	Usa o guardanapo.	1	0
	Fala com a boca cheia.	0	1
	Tira comida do prato dos outros.	0	1
	Come demasiado rápido ou demasiado devagar.	0	1
	Brinca com os dedos na comida.	0	1
Item 4	COMER EM LOCAIS PÚBLICOS (Assinale o nível mais elevado)		
	Encomenda/Escolhe refeições completas num restaurante.	3	
	Encomenda/Escolhe refeições simples.	2	
	Encomenda/Escolhe itens simples (bebidas, gelados, bolos, etc.), numa cantina ou num bar.	1	
	Não encomenda/escolhe comida em locais públicos próprios	0	
B: Utilização da Casa-de-Banho			
Item 5	CONTROLO DOS ESFÍNCTERES (Assinale o nível mais elevado)		
	Nunca tem acidentes.	5	
	Apenas tem acidentes à noite.	4	
	Tem acidentes durante o dia, ocasionalmente.	3	
	Tem acidentes durante o dia, frequentemente.	2	
	Sem treino do uso da casa de banho.	1	
	Não sabe utilizar a casa de banho	0	

ECAP 5

Segunda Parte

**11** Domínio Comportamento Social

Item 1	AMEAÇAS OU VIOLÊNCIA FÍSICA	N	O	F
	Utiliza gestos ameaçadores.	0	1	2
	Indirectamente magoa os outros.	0	1	2
	Insulta as pessoas.	0	1	2
	Cospe nos outros.	0	1	2
	Empurra, arranha ou belisca os outros.	0	1	2
	Puxa o cabelo, as orelhas, etc., dos outros.	0	1	2
	Morde os outros.	0	1	2
	Pontapeia, bate ou esbofetela os outros.	0	1	2
	Atira objectos aos outros.	0	1	2
	Asfixia os outros.	0	1	2
	Utiliza objectos como armas contra os outros.	0	1	2
	Maltrata os animais.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2
Item 2	COMPORTAMENTOS VIOLENTOS/BIRRAS TEMPERAMENTAIS	N	O	F
	Chora e grita.	0	1	2
	Bate o pé batendo com objectos ou com as portas, etc..	0	1	2
	Bate o pé, gritando e berrando.	0	1	2
	Atira-se para o chão, gritando e berrando.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2
Item 3	ARRELIA OU DIZ MAL DOS OUTROS	N	O	F
	Diz mal dos outros.	0	1	2
	Conta histórias exageradas ou falsas sobre os outros.	0	1	2
	Arrelia os outros.	0	1	2
	Implica/provoca os outros.	0	1	2
	Goza com os outros.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2
Item 4	MANDA E MANIPULA OS OUTROS	N	O	F
	Tenta dizer aos outros o que fazer.	0	1	2
	Exige serviços dos outros.	0	1	2
	Empurra as pessoas de um lado para o outro.	0	1	2
	É o causador de lutas entre os outros.	0	1	2
	Manipula os outros de forma a colocá-los em sarilhos.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2

24 ECAP



## Anexo 2 – Checklist Funções do Corpo CIF

### CHECKLIST

#### Funções do Corpo

**Nota:** Assinale com uma cruz (X), à frente de cada categoria, o valor que considera mais adequado à situação de acordo com os seguintes qualificadores:

**0-** Nenhuma deficiência; **1-** Deficiência ligeira; **2-** Deficiência moderada **3 –** Deficiência grave; **4-** Deficiência completa; **8-** Não especificada<sup>1</sup>; **9-** Não aplicável<sup>2</sup>

Qualificadores	0	1	2	3	4	8	9
<b>Capítulo 1 – Funções Mentais</b>							
<i>(Funções Mentais Globais)</i>							
<b>b110</b> Funções da consciência							
<b>b114</b> Funções da orientação no espaço e no tempo							
<b>b117</b> Funções intelectuais							
<b>b122</b> Funções psicossociais globais							
<b>b126</b> Funções do temperamento e da personalidade							
<i>(Funções Mentais Específicas)</i>							
<b>b140</b> Funções da atenção							
<b>b144</b> Funções da memória							
<b>b147</b> Funções psicomotoras							
<b>b152</b> Funções emocionais							
<b>b156</b> Funções da percepção							
<b>b164</b> Funções cognitivas de nível superior							
<b>b167</b> Funções mentais da linguagem							
<b>b172</b> Funções do cálculo							
<b>Capítulo 7 – Funções neuromusculoesqueléticas e funções relacionadas com o movimento</b>							
<b>b710</b> Funções relacionadas com a mobilidade das articulações							
<b>b730</b> Funções relacionadas com a força muscular							
<b>b735</b> Funções relacionadas com o tônus muscular							
<b>b760</b> Funções relacionadas com o controle do mov. voluntário							
<b>b765</b> Funções relacionadas com o controle do mov. Involuntário							
<b>b770</b> Funções relacionadas com o padrão de marcha							

<sup>1</sup> Este qualificador deve ser utilizado sempre que não houver informação suficiente para especificar a gravidade da deficiência.

<sup>2</sup> Este qualificador deve ser utilizado nas situações em que seja inadequado aplicar um código específico.

### Anexo 3 – Listagem de Necessidades

#### Listagem de necessidades<sup>1</sup>

Avaliado \_\_\_\_\_ Data nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Estabelecimento \_\_\_\_\_

.....

#### Dados do avaliador

Nome \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_  
 Escolaridade \_\_\_\_\_ Número de anos de exercício da actual profissão \_\_\_\_\_

Em baixo encontra-se uma listagem de necessidades que um adulto com deficiência mental pode apresentar. Tendo em conta o sujeito acima nomeado indique qual a importância que para ele têm as referidas necessidades.

Tem necessidade...	Nada importante -2	-1	0	1	Muito importante 2
1. Centro Residencial.					
2. Maior ajuda financeira por parte do estado.					
3. Actividades de ocupação aos fins-de-semana.					
4. Aprender a saber lidar com a frustração (p. ex. não saber fazer ou deixar de conseguir fazer uma actividade).					
5. Apoio nos cuidados pessoais de outros familiares para além dos pais.					

<sup>1</sup> Realizada por Cátia de Carvalho Pereira  
 Ano lectivo 2008/2009

6. Envolvimento em actividades lúdicas.					
7. Actividades ocupacionais diárias adaptadas às suas características.					
8. Apoio técnico especializado para reconhecimento e aceitação das suas limitações.					
9. Assistência ao nível da saúde física (p. ex. fisioterapia).					
10. Maior necessidade de apoio de técnicos de saúde mental (p. ex. psiquiatra).					
11. Actividades de promoção do desenvolvimento cognitivo.					
12. Aprender a saber lidar com as mudanças no quotidiano (p. ex. mudanças de actividades).					
13. Apoio domiciliário extrafamiliar ao nível dos cuidados pessoais.					
14. Actividades de Ocupação nas férias					
15. Treino de autonomia pessoal.					
16. Actividades de socialização adaptadas às suas características.					

Obrigada pela colaboração!

2/2