

iscte

INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

A Intervenção de uma IPSS da Área Metropolitana de Lisboa para a Promoção da Qualidade de Vida em Adultos com Deficiência Intelectual

Ana Margarida Deus Martins

Mestrado em Serviço Social

Orientadora:

Doutora Maria João Pena, Professora Auxiliar

ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2023



SOCIOLOGIA
E POLÍTICAS PÚBLICAS

Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

**A Intervenção de uma IPSS da Área Metropolitana de Lisboa para a
Promoção da Qualidade de Vida em Adultos com Deficiência Intelectual**

Ana Margarida Deus Martins

Mestrado em Serviço Social

Orientadora:

Doutora Maria João Pena, Professora Auxiliar

ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2023

Agradecimentos

Chegando ao fim deste ciclo académico, não poderia deixar de agradecer a todas as pessoas me acompanharam e me apoiaram nesta fase tão importante.

À minha mãe e à minha irmã, o meu maior agradecimento por me terem apoiado incondicionalmente ao longo desta jornada. Por toda a dedicação, força e paciência que me transmitiram nas fazes boas e menos boas, ao longo destes dois anos de Mestrado.

A toda a minha família e amigos, um obrigado por todo o apoio e por terem estado do meu lado em todo este meu percurso, fazendo sempre questão de estarem presentes em todos os momentos importantes da minha vida.

À Professora Doutora Maria João Pena, um grande obrigado pela presença, apoio, orientação e conhecimentos transmitidos ao longo do desenvolvimento desta investigação.

Um grande agradecimento a todos os trabalhadores da Instituição Particular de Solidariedade Social na Área Metropolitana de Lisboa pela confiança e disponibilidade que tiveram para embarcar comigo nesta aventura e tornar possível o desenvolvimento da minha investigação.

O meu muito obrigada!

Resumo

A presente investigação pretende aprofundar a compreensão e conhecimento sobre a intervenção da Assistente Social e de outros profissionais de uma IPSS da Área Metropolitana da Lisboa junto de adultos com Deficiência Intelectual, em prol da promoção da qualidade de vida aos utentes, com base nos recursos e práticas da Instituição e nos apoios e respostas sociais existentes.

As pessoas com Deficiência Intelectual apresentam limitações cognitivas impulsionadoras de desafios aos níveis educacionais, laborais, sociais e práticos, devendo, por isso, auferir de recursos que visem a supressão das problemáticas existentes. Assim, propôs-se a seguinte questão de partida: *Qual a intervenção de uma IPSS da Área Metropolitana de Lisboa junto de Adultos com Deficiência Intelectual?* e definiu-se como objetivo geral: compreender o contributo da IPSS da Área Metropolitana de Lisboa para a promoção da qualidade de vida em Adultos com Deficiência Intelectual.

A metodologia da investigação é de natureza qualitativa, orientada pela lógica indutiva, utilizando como técnica de recolha de dados a entrevista semiestruturada. As entrevistas foram realizadas a sete profissionais da IPSS que intervêm com Adultos com DI nas respostas sociais de Lar Residencial e de Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão.

De acordo com os entrevistados, constatou-se que a IPSS tem os recursos e os apoios necessários para promover a qualidade de vida aos utentes com Deficiência Intelectual, e consideraram ainda que os utentes se encontram satisfeitos com a Instituição como promotora de qualidade de vida.

Palavras-chave: Assistente Social, Intervenção Social, Equipa Multidisciplinar, Adultos, Deficiência Intelectual, Qualidade de Vida

Abstract

This research aims to deepen understanding and knowledge about the intervention of the Social Worker and other professionals at an IPSS in the Lisbon Metropolitan Area with adults with Intellectual Disabilities, in order to promote quality of life for users, based on the institution's resources and practices and existing social support and responses.

People with Intellectual Disabilities have cognitive limitations that cause challenges at educational, work, social and practical levels, and should therefore be given resources to overcome existing problems. Thus, the following starting question was proposed: What is the intervention of an IPSS in the Lisbon Metropolitan Area with Adults with Intellectual Disabilities? and the general objective was defined as: to understand the contribution of IPSS in the Lisbon Metropolitan Area to promoting the quality of life of Adults with Intellectual Disabilities.

The research methodology is qualitative in nature, guided by inductive logic, using semi-structured interviews as the data collection technique. The interviews were conducted with seven IPSS professionals who work with adults with ID in the Residential Home and the Activities and Training Center for Inclusion.

According to the interviewees, the IPSS has the necessary resources and support to promote quality of life for users with intellectual disabilities, and they also believe that users are satisfied with the institution as a promoter of quality of life.

Keywords: Social Worker, Social Intervention, Multidisciplinary Team, Adults, Intellectual Disability, Quality of Life

Siglas

AAD – Auxiliar de Ação Direta

AS – Assistente Social

CACI – Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão

DG – Diretora Geral

DI – Deficiência Intelectual

DT – Diretora Técnica

ES – Educadora Social

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

LR – Lar Residencial

M – Monitor

OMS – Organização Mundial de Saúde

PSI – Prestação Social para a Inclusão

QI – Quociente de Inteligência

índice

Agradecimentos.....	i
Resumo.....	iii
Abstract	v
Siglas.....	vii
índice.....	ix
Índice de Tabelas.....	x
Introdução	1
CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1. Estado de Arte	3
2. Deficiência: perspectiva histórica, modelos e conceitos	6
2.1. Deficiência Intelectual – DI.....	7
2.2. Sintomas Clínicos da DI.....	9
2.3. Intervenção	10
2.4. Prevenção	10
3. Qualidade de Vida	12
3.1. Qualidade de Vida na Pessoa com DI.....	14
4. O Serviço Social e a Intervenção com Pessoas com Deficiência	15
4.1. Respostas Sociais para Pessoas com Deficiência	16
4.2. Apoios Sociais para Pessoas com Deficiência.....	17
CAPÍTULO 2 – METODOLOGIA.....	19
1. Estratégia Qualitativa, Lógica Indutiva, Método de Estudo de Caso	19
2. Campo Empírico, Universo e Amostra.....	19
3. Técnicas de Recolha e Tratamento de Dados	20
4. Dimensão Ética.....	21
CAPÍTULO 3 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	22
1. Caracterização da Amostra.....	22
2. Funções e Competências	22

3.	Definição e Caracterização	24
3.1.	A Deficiência Intelectual	24
3.2.	A Intervenção com Adultos com DI	24
3.3.	Características e Desafios.....	26
4.	Equipa Multidisciplinar	27
5.	Respostas e Apoios Sociais	29
6.	Qualidade de Vida	30
6.1.	Caracterização de Qualidade de Vida.....	30
6.2.	Qualidade de Vida em Adultos com DI.....	30
6.3.	A IPSS como Promotora de Qualidade de Vida	31
6.4.	Avaliação dos Recursos da IPSS para a Promoção da Qualidade de Vida	39
6.5.	Avaliação da Satisfação da Qualidade de Vida dos utentes com DI.....	40
	Conclusão.....	43
	Referências Bibliográficas	47
	Anexos	52
	Anexo 1 – Consentimento Informado	52
	Anexo 2 – Guião da Entrevista	53

Índice de Tabelas

Tabela 1: Caracterização da Amostra	22
---	----

Introdução

A presente dissertação de Mestrado em Serviço Social, intitulada de “A Intervenção de uma IPSS da Área Metropolitana de Lisboa para a Promoção da Qualidade de Vida em Adultos com Deficiência Intelectual”, pretende averiguar quais as práticas e recursos da Instituição para promover a qualidade de vida aos utentes com Deficiência Intelectual, tendo em conta a perspetiva da equipa multidisciplinar.

Atendendo ao Artigo 1º da Convenção dos Direitos para Pessoas com Deficiência (2007, pp. 2-3), “O objecto da presente Convenção é promover, proteger e garantir o pleno e igual gozo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente. As pessoas com deficiência incluem aqueles que têm incapacidades duradouras físicas, mentais, intelectuais ou sensoriais, que em interacção com várias barreiras podem impedir a sua plena e efectiva participação na sociedade em condições de igualdade com os outros”. Considerou-se assim um tema crucial a ser investigado, dado que na sociedade portuguesa ainda existem baixas perspetivas face às pessoas com Deficiência Intelectual, levando a que consequentemente, por vezes, não exista um acompanhamento profissional e comunitário que vise a integração, bem-estar e qualidade de vida desta população (Santos, 2014, *apud*, Simões, 2019).

Face ao exposto, propõe-se a seguinte questão de partida:

Qual a intervenção de uma IPSS da Área Metropolitana de Lisboa junto de Adultos com Deficiência Intelectual?

Para responder à pergunta de partida definiu-se como objetivo geral: Compreender o contributo de uma IPSS da Área Metropolitana de Lisboa para a promoção da qualidade de vida em Adultos com Deficiência Intelectual.

Para a presente investigação, definiram-se os seguintes objetivos específicos: 1) Perceber quais as respostas/apoios sociais que promovem a qualidade de vida das pessoas com DI; 2) Entender o contributo do Assistente Social junto de Adultos com DI; 3) Averiguar os benefícios da intervenção de uma equipa multidisciplinar junto de Adultos com DI; 4) Compreender a eficiência das práticas e recursos da Instituição para a promoção da qualidade de vida aos utentes com DI.

O presente estudo encontra-se dividido em três capítulos. No primeiro capítulo apresenta-se o Enquadramento Teórico, composto pelo Estado de Arte e pela Revisão de Literatura relativamente aos conceitos pertinentes para a investigação em curso, anunciado como tópicos principais: Deficiência: perspetiva histórica, modelos e conceitos; Qualidade de Vida; O Serviço Social e a Intervenção com Pessoas com Deficiência.

No segundo capítulo enuncia-se a Metodologia utilizada na investigação, estruturada pela recolha, análise e tratamento dos dados recolhidos, estando dividida pelos seguintes tópicos: Estratégia Qualitativa, Lógica Indutiva, Método de Estudo de Caso; Campo Empírico, Universo e Amostra; Técnica de Recolha e Tratamento de Dados; Dimensão Ética.

No terceiro capítulo procede-se à análise dos dados com base nas dimensões: Caracterização da Amostra; Funções e Competências; Definição e Caracterização; Equipa Multidisciplinar; Respostas e Apoios Sociais; Qualidade de Vida.

Por fim, na conclusão, realiza-se a discussão dos resultados com base no enquadramento teórico e no objetivo geral e objetivos específicos previamente delineados, terminando com as perspetivas de investigação futuras.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Estado de Arte

A deficiência desencadeia fatores de discriminação, preconceito social e barreiras à participação, sendo que muitas vezes, esta se deve a dificuldades que decorrem da inabilidade das sociedades em fornecer apoios e respostas sociais que satisfaçam as necessidades às pessoas com deficiência (Forreta, 2018). Do ponto de vista do modelo social, a deficiência é causadora de barreiras ao nível relacional, comportamental e ambiental que limitam a participação plena na sociedade (Barnes e Mercer, 2003, *apud*, Forreta, 2018).

No que toca à Deficiência Intelectual (DI) ou Perturbação do Desenvolvimento Intelectual (PDI), esta afeta milhões de pessoas no mundo e apresenta uma prevalência de 1% a 3% nos países desenvolvidos. Esta caracteriza-se por uma anormalidade que gera limitações intelectuais, concetuais, práticas e sociais, que conseqüentemente levam ao desenvolvimento de problemáticas sociais, não só para o indivíduo com deficiência, mas também para a sua família e sociedade (Katz e Lazcano-Ponce, 2008).

A Deficiência Intelectual apresenta quatro graus de gravidade, nomeadamente, leve, moderado, grave e profundo, sendo que quanto maior o grau de incapacidade, menor a autonomia, capacitação e integração dos indivíduos na sociedade. Segundo um estudo de Saúde Pública do México concretizado no ano de 2008 por Katz e Lazcano-Ponce, é possível compreender-se a influência dos graus da Deficiência Intelectual com base nas diferentes faixas etária dos indivíduos. No que concerne ao grau leve da Deficiência Intelectual, dos 0 aos 5 anos, muitas vezes a mesma só é percecionada quando as crianças são integradas na escola, dado que apresentam capacidades para o desenvolvimento de competências linguísticas e sociais; na faixa etária dos 6 aos 20 anos, no que toca ao percurso escolar, geralmente estas pessoas só atingem o 5º ano de escolaridade, mas, apesar disso, apresentam competências para se integrarem na sociedade; a partir dos 21 anos, têm a capacidade de integração no mundo laboral. Relativamente ao grau moderado, na faixa etária dos 0 aos 5 anos, apresentam a capacidade de comunicação, mas poucas limitações motoras; dos 6 aos 20 anos possuem dificuldades na aprendizagem, o que leva a que só consigam atingir o 2º ano de escolaridade; a partir dos 21 anos e no que refere à adequação profissional, existe a possibilidade de integração no mercado de trabalho desde que este seja em regime de trabalho protegido. O grau de Deficiência Intelectual grave, na faixa etária dos 0 aos 5 anos, as crianças apresentam poucas competências linguísticas e motoras; dos 6 aos 20 anos e no que refere ao percurso escolar, apresentam a capacidade de aprender a comunicar e de desenvolver atividades de autocuidado; a partir dos 21 anos é possível a integração no mercado de trabalho em regime parcial e sob supervisão económica. Por fim, no que se refere ao grau profundo, na faixa etária dos 0 aos 5 anos, existe um grande atraso e falta de autonomia, sendo necessário apoio na

concretização de todas as tarefas e cuidados básicos; dos 6 aos 20 anos e no que concerne ao percurso educacional, este não se concretiza devido às graves limitações dos indivíduos; a partir dos 21 anos, poderá ser possível algum desenvolvimento linguístico e aquisição de habilidades e de cuidados pessoais básicos (Katz e Lazcano-Ponce, 2008).

Com base numa investigação concretizada pela autora Forreta (2018) a um grupo de adultos com Deficiência Intelectual, foi possível ter a percepção das dificuldades e estigmatização que estas pessoas sofrem na sociedade, e, conseqüentemente, a importância de acompanhamento profissional individualizado ou em grupo para a estimulação e ganho de competências sociais, educacionais, profissionais, relacionais e práticas. Assim, com base no estudo da autora, foi possível perceber que os adultos com Deficiência Intelectual vivem majoritariamente com a sua família e possuem uma situação financeira desfavorável, fator esse que é desencadeado tanto pelas dificuldades e limitações destas pessoas, como pela exclusão que sofrem na sociedade.

No que se refere ao nível educacional das pessoas com Deficiência Intelectual, é a análise dos percursos escolares e educativos que permitem constatar que as dificuldades para atingir as aprendizagens esperadas para o seu nível etário têm recebido diversas respostas ao longo do tempo e são claramente influenciadas pela política educativa. A autora conclui ainda que as vivências dos participantes demonstram que na escola as diferenças não são percebidas até que a sua frequência seja relatada tanto pelos próprios quanto pelos seus familiares (Forreta, 2018).

No que toca à integração laboral de adultos com DI, e segundo uma entrevista concretizada por Forreta (2018) a um técnico de apoio à prática laboral e ao acompanhamento, averiguou-se que o processo decisivo de integração à vida laboral exige uma atuação conjunta entre a instituição de reabilitação profissional, a empresa, a pessoa com DI e a sua família, afirmando o mesmo que “Essa decisão é feita tendo em atenção que existe um técnico tutor, que o conhece, e conhece mais em profundidade essas competências do formando e o próprio formador da área, que nos dá informações muito válidas nesse sentido. É tomada uma decisão e a partir daí começamos a fazer a pesquisa, em termos do posto de trabalho e depois o Job-matching, que eu estava a falar, nomeadamente... e na procura das empresas temos também em atenção um fator da área geográfica [do formando], que é muito importante” (Técnico de apoio à colocação e acompanhamento pós-colocação, *apud*, Forreta, 2018, p.290).

Relativamente à rede de apoio e às interações sociais das pessoas com DI pode afirmar-se que é restrita, pois, segundo um estudo concretizado a 30 pessoas adultas com Deficiência Intelectual pelo Departamento de Desenvolvimento Social e Psicológico Aplicado no Reino Unido por Lippold e Burns (2009), a rede de apoio desta população corresponde majoritariamente à família (40,28%), seguida dos amigos igualmente com Deficiência Intelectual (28%) e a funcionários de respostas e instituições onde estejam integrados (21,14%). Constata-se, deste modo, que ser uma pessoa com deficiência terá como uma das conseqüências a afetação nas relações sociais, situação esta que no caso das pessoas com DI poderá ser desencadeada pelo estigma que esta população sofre na sociedade, levando a que estas

pessoas automaticamente se isolem, o que pode ser bastante prejudicial no seu bem-estar (McVilly et al. 2006, *apud*, Lippold e Burns, 2008).

Importa ainda ressaltar que a família tem um papel bastante importante na vida das pessoas com Deficiência Intelectual, mas, por vezes, existem preocupações e dificuldades ao longo de todo o percurso. Tendo em conta um estudo realizado a adultos com Deficiência Intelectual, e com base em entrevistas concretizadas aos seus familiares, foi possível compreender que existem grandes desafios na dinâmica familiar e também uma grande preocupação aquando do falecimento da família da pessoa com DI (Hole, Stainton e Wilson, 2013). Estes fatores podem ser justificados através de entrevistas realizadas aos familiares, onde o Participante 2 afirma, “Estou realmente preocupado. Eu tenho 63 anos e ela 18. Então, há uma grande diferença e eu estarei ausente por muitos anos da vida dela. Eu sou o único que resta. Então, é uma verdadeira fonte de preocupação para mim, alguém cuidar dela quando eu partir” (Participante 2, *apud*, Hole, Stainton e Wilson, 2013, p.577).

Tendo em conta os fatores anteriormente mencionados é possível averiguar que a Deficiência Intelectual, independentemente do grau de gravidade, acarreta sempre limitações às pessoas e, por isso, é necessário que esta população seja integrada em respostas que permitam, quando possível, o desenvolvimento de competências, através de atividades e práticas de estimulação. Neste segmento e segundo o estudo da autora Forreta (2018), foi possível perceber que as pessoas com Deficiência Intelectual necessitam de diversos apoios e respostas que visem a sua integração na sociedade através de uma equipa multidisciplinar que proporcione o bem-estar e a satisfação das suas necessidades.

Assim sendo, importa mencionar a importância dos Assistentes Sociais, sendo estes profissionais que através da sua intervenção proporcionam a melhoria da qualidade de vida e satisfação das necessidades básicas a indivíduos, a grupos e à sociedade através de aconselhamento e orientações baseadas em recursos sociais e Direitos Humanos (Pereira, 2016). De acordo com Alves (2005, *apud*, Silva, 2012), a profissão de Serviço Social desenvolve uma prática de assistência social através da gestão e implementação de políticas sociais e de uma relação empática e de confiança para com o indivíduo, família e comunidade.

No que diz respeito à intervenção do Assistente Social com pessoas com Deficiência Intelectual, e segundo um estudo concretizado por Silva (2012, p.31), o objetivo do profissional é "Apoiar nos domínios educacional, social, ocupacional e residencial, a pessoa com deficiência, promovendo a sua autonomia e Qualidade de Vida, em parceria com a família e comunidade envolvente". Compreende-se, deste modo, que é relevante que o profissional de Serviço Social articule a sua intervenção com entidades locais e Instituições, que promovam a implementação de recursos, estratégias e respostas de apoio às dificuldades e necessidades da pessoa com deficiência. Estes argumentos justificam-se com base em entrevistas realizadas a Assistentes Sociais em que uma das profissionais, denominada de requerida AS2, (*apud*, Silva, 2012, p.85) refere “Entendo o Serviço Social como uma forma de mobilização de recursos, isto é, ajudar os clientes e famílias, por exemplo a ter acesso a uma cadeira de rodas, o mais rapidamente possível, aí até pedimos emprestada ou dada a outras entidades, que sabemos

que o podem fazer” e mencionou ainda a importância de “Mobilizar os recursos de uma forma justa, por exemplo (...) ajudar a família no preenchimento de um determinado requerimento para ter acesso a uma prestação social, ou ajuda técnica”.

Relativamente à intervenção do Assistente Social, segundo a autora Pereira (2016) e com base na recolha de dados em duas instituições, “A” e “B”, o profissional desenvolve a sua prática com foco na pessoa com deficiência, pois como se evidencia na Instituição A, a prevalência da intervenção com o cliente corresponde a 39%, com a família a 34%, com a equipa técnica a 14% e em conjunto com a comunidade a 13%. Em relação à prática na Instituição B, esta desenvolve-se maioritariamente com o cliente (46%), de seguida em conjunto com a equipa técnica (27%), seguindo-se o trabalho com a família (15%) e, por fim, com a comunidade (12%).

Constata-se assim que o Assistente Social é um profissional que pretende intervir na vida da pessoa com deficiência, a fim, de dar resposta às suas necessidades, dificuldades e limitações através dos recursos e respostas/apoios sociais que tem ao seu dispor. Para isso, é importante que o Assistente Social articule a sua prática junto de profissionais das mais diversas áreas, pois segundo a requerida AS1 “O Serviço Social, possui um papel fundamental, como também as equipas pluridisciplinares” (...) “eu acho que as equipas quanto mais pluridisciplinares forem, e quanto maior for a diversidade de profissionais a trabalhar, tendo em conta o objectivo, mais facilmente se consegue concretizar” (AS1, *apud* Silva, 2012, pp.71-72).

Em suma, é possível afirmar-se que as pessoas com Deficiência Intelectual enfrentam diversos desafios causados pelas suas limitações e dificuldades aos níveis educacionais, laborais, sociais e práticos e, nesse sentido, é relevante que tenham uma boa rede de apoio e que estejam integradas em respostas capazes de suprir as suas necessidades, visando o desenvolvimento de competências. Neste sentido, e após a perceção da conceptualização da Deficiência Intelectual, das suas limitações e estraves, e ainda da importância da intervenção social junto de uma equipa multidisciplinar, apresentar-se-á de seguida as considerações teóricas e metodológicas relevantes para a investigação em curso.

2. Deficiência: perspetiva histórica, modelos e conceitos

Ao longo da história, têm existido modificações no conceito de deficiência e na forma como as pessoas com deficiência são encaradas na sociedade.

Na Idade Média, a deficiência era reputada pela ordem religiosa e por representações diabólicas, justificadas por um castigo divino onde se atribuía a condenação e, como consequência, a exclusão das pessoas com deficiência da sociedade. No final do século XIX começaram a existir as primeiras instituições para pessoas com deficiência que tinham o objetivo de as retirar da sociedade através da sua institucionalização, e, no século XX, com a mudança de mentalidades e consequentemente a evolução da sociedade, começou a dar-se importância à inclusão desta população na sociedade. Atualmente, o conceito de deficiência e a forma como as pessoas com deficiência são encaradas, continua a sofrer

alterações, contudo, nos dias de hoje existem diversos apoios e instituições capazes de promover a inclusão, a igualdade de oportunidades e o bem-estar a estas pessoas. Para além disso, é ainda importante ressaltar que presentemente as pessoas com deficiência são provedoras de direitos que possibilitam o acesso à cidadania, à promoção social e à política (Silveira 2017).

No que concerne ao conceito de deficiência, com base na Convenção das Nações Unidas (2008), esta resulta da relação entre indivíduos com dificuldades e limitações aos níveis comportamentais, sociais e práticos que causam entraves na igualdade e na participação ativa na sociedade. Segundo a autora Évora (2019), a deficiência pode desencadear anomalias ao nível físico, mental e orgânico, que são geradores de dificuldades e incapacidades na deslocação, na audição, na visão, na concretização de tarefas diárias, no raciocínio e na compreensão.

A deficiência pode ser definida com base em três modelos de referência, dos quais, o Modelo Médico, o Modelo Social e o Modelo Biopsicossocial, compostos por diferentes conceitualizações de deficiência, que se alteraram ao longo do tempo. O Modelo Médico consiste numa abordagem assistencialista através da representação das pessoas com deficiência como portadoras de “falha, perda ou disfunção do corpo” (Pinto, 2013, *apud* Braga, 2018, p.3), que deveriam ser curadas através de métodos medicinais, a fim de garantir a sua reabilitação. O Modelo Social assenta numa abordagem sociopolítica radical que consiste na perceção das limitações de pessoas com deficiência, desenvolvendo uma abordagem voltada para a eliminação de barreiras, através da promoção de direitos, de oportunidades e da igualdade, pois segundo Fontes (2016), não é a deficiência que gera um entrave na inclusão e participação na sociedade, mas sim a forma como a deficiência é encarada e ainda as limitações físicas, psicológicas, sociais e políticas impostas pela sociedade, que anulam e dificultam a vida das pessoas com deficiência. O Modelo Biopsicossocial é a junção do Modelo Médico e do Modelo Social, “como resultado da sua rejeição por parte das pessoas com deficiências e incapacidades, organizações e parceiros dentro e fora da comunidade científica” (CRPG e ISCTE, 2007). Assim sendo, surgiu uma nova terminologia de deficiência, de carácter individual assente em conceções políticas e territoriais, com base em três componentes, nomeadamente, barreiras à participação, limitações e incapacidade.

Após a exposição da perspetiva histórica, dos modelos de referência e dos diversos conceitos de deficiência, passará a analisar-se, posteriormente, a noção Deficiência Intelectual (DI).

2.1. Deficiência Intelectual – DI

Tão antiga quanto a humanidade, a Deficiência Intelectual (DI), também conhecida como Perturbação do Desenvolvimento Intelectual (PDI), afeta 1% da população mundial, sendo mais frequente no sexo masculino e mais predominante em zonas rurais, países pobres e em famílias com baixos rendimentos (Palha, *et. al*, 2016).

A Deficiência Intelectual surge na fase de desenvolvimento, mais concretamente desde o nascimento até aos 18 anos, e é a perturbação do neuro desenvolvimento mais grave e a mais complexa

de ser diagnosticada, pois é uma patologia que afeta o Sistema Nervoso Central que gera limitações e incapacidades e, por isso, o seu diagnóstico deve ser realizado por um médico especializado na área do neuro desenvolvimento (Évora, 2019).

Atualmente, pode afirmar-se que existem diversos fatores para a Deficiência Intelectual, podendo ser enumeradas mais de mil causas, mas as mais prevalentes são causas psicossociais que ocorrem devido ao pouco desenvolvimento linguístico e social; e as causas orgânicas que ocorrem no período pré-natal ou no período pós-natal e podem ter origem na genética: “(anomalias de um único gene, aberrações cromossômicas, como a trissomia 21, ...), problemas surgidos durante a gravidez (como os induzidos por determinados medicamentos, pelo álcool, por tóxicos, por vírus, por uma má nutrição do feto, ...), problemas verificados durante o parto e nos primeiros dias de vida (como as infecções, as hemorragias intra-ventriculares, ...) e doenças contraídas nos primeiros anos de vida (como a meningite bacteriana, a ingestão continuada de produtos com chumbo, a encefalite, a anemia por falta de ferro, ...)”, (Palha, *et. al*, 2016, p.5).

Os indivíduos com DI, apresentam uma esperança média de vida inferior à da restante população, com uma idade média de 66,1 anos, e estão mais expostos ao desenvolvimento de problemas cardíacos, obesidade, problemas psiquiátricos, demência precoce, problemas de tiroide e deficiência sensorial (Coppus, apud, Coelho, 2019).

A realização do diagnóstico da Deficiência Intelectual é concretizado com base em três critérios, dos quais, défices das funções intelectuais, défices no funcionamento adaptativo e início no período de desenvolvimento.

O primeiro critério, défices das funções intelectuais, consiste na avaliação do Quociente de Inteligência (QI), através de testes padronizados, individuais e adaptados com validade psicométrica. A Deficiência Intelectual acarreta cerca de dois ou mais desvios-padrão do Quociente de Inteligência, o que corresponde a um QI igual ou inferior a 70, em relação à média entre pessoas da mesma faixa etária.

O segundo critério, défices no funcionamento adaptativo, é medido através de testes padronizados, individuais e adaptados com validade psicométrica e é compreendido através das limitações que os indivíduos apresentam na participação social, na verbalização, na capacidade de aprendizagem em contexto escolar e laboral e na falta de autonomia na concretização de atividades diárias. Estas limitações são comparadas entre pessoas da mesma faixa e, as mesmas, geram barreiras que só poderão ser atenuadas através de apoio na vida quotidiana, escolar e laboral.

O terceiro critério, início no período de desenvolvimento, consiste na avaliação do grau de gravidade do indivíduo com Deficiência Intelectual, podendo ser classificado em quatro graus diferentes: leve, moderado, grave ou profundo. Após a avaliação e, conseqüentemente perceção do grau de incapacidade, prevê-se a procura e implementação de estratégias e apoios mais adequados a cada pessoa (Palha, *et. al*, 2016).

Assim, e tendo em conta os graus de gravidade da Deficiência Intelectual, importa ressaltar que, 85% das pessoas apresentam um grau leve, que possibilita a integração em sociedade e a capacidade de

aprendizagem. Com um grau de gravidade moderado, existem 10% de pessoas, sendo que estas apresentam uma menor autonomia, mas ainda assim, possuem competências para a aprendizagem de atividades simples. Por fim, relativamente à DI no grau grave ou profundo, esta acarreta 5% das pessoas, tendo como consequência a institucionalização permanente (Black e Andreasen 2014, *apud* Coelho, 2019).

Em suma e face ao exposto, tal como enunciado anteriormente e, apesar da Deficiência Intelectual ser tão antiga quanto a própria humanidade, nos dias de hoje ainda existem dilemas éticos em relação à postura que se deverá ter para com os indivíduos com DI, no sentido da adequabilidade de apoios e/ou integração numa instituição em prol da qualidade de vida e autonomia, tema esse que será abordado mais adiante.

2.2. Sintomas Clínicos da DI

Segundo o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5^a revisão (DSM-V), os sintomas da Deficiência Intelectual principiam no período de desenvolvimento da criança, surgindo os primeiros sinais mesmo antes da criança iniciar o seu percurso escolar. Neste sentido, os sintomas da DI apresentam-se por limitações nos seguintes domínios:

- Discurso – As crianças com DI apresentam um atraso na linguagem e têm dificuldade para se expressarem. A gravidade deste sintoma é medida com base no grau de capacidade intelectual, que pode ser leve (a criança apresenta um discurso mais pobre relativamente às outras crianças) e grave ou profundo (a criança fala poucas palavras ou, não possui capacidade para comunicar).
- Perceção – Dificuldades na distinção de objetos na forma, cor e tamanho. As crianças com DI apresentam também lentidão na reação a estímulos ambientais.
- Conhecimento – As crianças possuem dificuldade na aprendizagem escolar, apresentando limitações na compreensão, análise, raciocínio e cálculos. Esta situação é influenciada com base no grau de gravidade, pois um grau leve permite a aquisição da habilidade de leitura e cálculo. Já no caso de um grau grave ou profundo, o sujeito não possui capacidades para ler, escrever e compreender o que lhe é dito (Daily et al, 2000, *apud*, Ke e Liu, 2012).
- Memória e concentração – Detêm pouca memória e baixa capacidade de concentração, apresentando, por vezes, dificuldade para lembrar de acontecimentos.
- Emoção – Existe dificuldade no controlo das emoções e é frequente a existência de comportamentos de carácter agressivo. As emoções são geralmente ingénuas e imaturas, mas dependendo do grau de gravidade intelectual, com o aumento da idade existe a possibilidade de progressos nesta problemática.
- Movimento e comportamento – As Crianças com Perturbação do Desenvolvimento grave podem apresentar comportamentos excessivos/descontrolados, comportamentos violentos e destrutivos e movimentos estereotipados (bater com a cabeça, gritar, brincar com os órgãos genitais, morder, puxar

o cabelo, entre outros). As crianças com Perturbação do Desenvolvimento moderado e grave podem apresentar comportamentos de autoagressão (Ke e Liu, 2012).

2.3. Intervenção

Os indivíduos com de Deficiência Intelectual, apresentam fragilidades ao nível cognitivo e, por isso, torna-se importante uma intervenção através da implementação de estratégias adaptativas ou compensatórias que visem a sua reabilitação, podendo estas ser realizadas individualmente ou em grupo (Medalia, & Revheim, 2007, *apud*, Coelho, 2019).

A intervenção com pessoas com Deficiência Intelectual, pretende eliminar ou atenuar as barreiras do funcionamento cognitivo e adaptativo, através da prevenção da deterioração das funções comportamentais e neurodesenvolvimentais, da promoção da inclusão na sociedade e da prestação de apoio às famílias, através do desenvolvimento de competências para o atendimento de problemáticas.

No que se refere à tipologia da intervenção, esta deve ser flexível e multimodal, direcionada para o indivíduo, a família e a sociedade, intervindo em todas as variáveis que apresentam adversidades e riscos para a pessoa com Deficiência Intelectual (Palha, *et. al*, 2016).

Para a concretização da intervenção deve ser realizada, primeiramente, uma análise em torno de diversas áreas de vida da pessoa com DI, nomeadamente: na Área do Neuro Desenvolvimento (análise das capacidades cognitivas, psicossociais e motoras), na Área de Desenvolvimento Comportamental e Emocional (análise do estado emocional do indivíduo, analisando a capacidade de sentir e expressar emoções), na Área do Comportamento Adaptativo (reconhecimento e habilidades sociais, espaciais, práticas e conceptuais), na Área do Acesso a Apoios Sociais (compreendendo se a família e/ou o indivíduo com DI usufruem de apoios sociais e, em caso negativo, dar conhecimento das prestações e apoios sociais a que têm direito), na Área dos Cuidados de Saúde (compreender se a pessoa com Deficiência Intelectual está a ter todos os cuidados de saúde necessários face às suas necessidades), e na Área da Família (análise do estilo de parentalidade, das estratégias e apoio prestado para com o indivíduo com DI), (Palha, *et. al*, 2016).

Após a análise das diversas variáveis, que permitirão compreender em que áreas irá ser necessária uma intervenção, deverão ser definidos junto do indivíduo e/ou família objetivos a alcançar a curto, médio e a longo prazo, através da definição de técnicas e estratégias que permitirão a diminuição ou até eliminação das barreiras e dificuldades apresentadas. Por fim, é concretizada uma avaliação que permitirá averiguar a adequabilidade das estratégias e objetivos delineados, face aos resultados alcançados pelos indivíduos com DI (Palha, *et. al*, 2016).

2.4. Prevenção

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, constata-se que no mundo existem quinhentos milhões de pessoas com deficiência e, que de todas essas, estima-se que 70% poderiam ter sido evitadas através de estratégias de prevenção (Oliveira, s/d).

A Deficiência Intelectual é crônica e incurável apresentando, por isso, a necessidade de implementação de estratégias que permitam evitar o surgimento da mesma, pois, segundo Andrade (1999, *apud*, Oliveira s/d, p.2), é importante uma prevenção da deficiência, através de “impedimentos físicos, intelectuais, psiquiátricos ou sensoriais (prevenção primária) ou a evitar que os impedimentos causem uma deficiência ou limitação funcional permanente (prevenção secundária)”. Para além da prevenção primária e secundária, existe ainda a prevenção terciária que consiste no apoio da família e da comunidade em relação ao sujeito com DI, a fim, da promoção de bem-estar, autonomia e qualidade de vida.

A prevenção primária ocorre antes e durante o período da gravidez, através do aconselhamento genético e acompanhamento na fase pré-natal, perinatal e pós-natal. O aconselhamento genético atende à percepção da possibilidade e riscos de desenvolvimento da DI durante a gravidez, pois mulheres que já tiveram um filho com a perturbação, correm o risco de que próximos filhos sejam igualmente afetados. Para isso, é necessária a concretização de testes específicos, de modo, a auferir os níveis de risco de desenvolvimento de Deficiência Intelectual, para que posteriormente, a família/indivíduo junto de um profissional, tome a decisão mais vantajosa. O período pré-natal permite perceber através de um ultrassom, ou outros procedimentos relativamente acessíveis, se existem anormalidades no feto na fase inicial da gravidez. Para que sejam evitadas complicações no parto e na gravidez como anomalias no feto e até síndrome de Down, deve evitar-se uma gravidez antes dos 21 anos e após os 35 anos. Em alguns casos e, dado que possíveis anomalias e doenças são detetadas no início da gravidez, a interrupção da gravidez poderá ser a melhor alternativa. A fase perinatal decorre entre as 22 semanas de gravidez até 7 dias após o nascimento. As mulheres grávidas durante toda a gestação deverão ter cuidados na alimentação, adicionando à dieta sal iodado, de modo, a prevenir deficiência de iodo e, devem também evitar o consumo de substâncias nocivas, nomeadamente, nicotina, cocaína e álcool. A Deficiência Intelectual pode ser detetada nos primeiros dias de vida através de testes e, nesses casos, deve-se iniciar de imediato tratamentos, de modo, a evitar o surgimento de outros problemas. Por fim, na fase pós-natal, incentiva-se que a criança seja vacinada e tenha acompanhamento médico sempre que necessário para que sejam evitados problemas de saúde graves. É importante que as crianças cresçam num ambiente seguro, onde sejam estimuladas e, conseqüentemente, desenvolvam as suas competências intelectuais (Oliveira s/d).

A prevenção secundária consiste na percepção de características e comportamentos em bebés e crianças que podem ser indicadores de Deficiência Intelectual. Crianças que nascem prematuramente e com peso baixo e que sofreram asfixia no parto ou até uma doença durante a fase neonatal devem ser observadas, compreendendo o seu desenvolvimento, de modo, a prevenir a Deficiência Intelectual. Caso exista a suspeita de DI num bebé, é importante que se comece desde logo a elaborar práticas de estimulação, visando o melhor desenvolvimento possível, dadas as características e limitações da criança. Na maioria dos casos a Deficiência Intelectual já é bastante evidente a partir dos 2 anos de idade, mas na grande maioria dos casos, a mesma pode ser detetada entre os 6 e os 12 meses, através de

testes de inteligência. Torna-se importante o ensinamento de técnicas de estimulação aos pais destas crianças, de modo, a praticá-las com as mesmas, promovendo assim um maior desenvolvimento ao nível motor e sensorial (Oliveira s/d).

A prevenção terciária consiste na articulação entre a família e a comunidade, em prol da garantia das necessidades, apoios e bem-estar das pessoas com Deficiência Intelectual. A família é um grande suporte para as pessoas com DI e, por isso, é de extrema importância que as famílias sejam apoiadas para que tenham resiliência e competência para lidar com dificuldades e frustrações que possam existir na fase de desenvolvimento da criança e, especialmente durante a adolescência e início da idade adulta. Relativamente à comunidade, esta abrange um leque de serviços que garantem a promoção da saúde física e mental, apoio nas atividades da vida diária e um maior desenvolvimento de competências, quando possível, às pessoas com DI. Deste modo, salientam-se os psicólogos, os enfermeiros, os médicos e os assistentes sociais, que são uma grande rede de apoio tanto para os indivíduos com DI como para a família, pois conseguem fazer uma análise mais profunda das competências, limitações, tratamentos e resultados que poderão ser alcançados. Assim, pode afirmar-se que a garantia de bons resultados só é possível quando existe a articulação com os membros da comunidade. No que diz respeito aos médicos, estes são relevantes na medida em que têm a capacidade de detetar outros problemas de saúde, como é o caso de problemas do comportamento, deficiências sensoriais, hipotireoidismo, epilepsia, que com acompanhamento médico, podem ser controlados, ou até mesmo curados. Os psicólogos são uma mais-valia na avaliação de competências das pessoas com Deficiência Intelectual, auxiliando na aquisição de competências sociais e no bem-estar mental. Os assistentes sociais são importantes na integração dos indivíduos com DI na sociedade, articulando a sua prática com o sujeito e a sua família, quando possível, numa tentativa de promover o desenvolvimento de competências sociais, educacionais, profissionais e pessoais, através da prestação de apoios sociais e da articulação com entidades locais. Importa ainda salientar que é importante que a sociedade saiba encarar as pessoas com Deficiência Intelectual, respeitando-as e incluindo-as (Ke e Liu, 2012).

3. Qualidade de Vida

Nos últimos anos tem havido um aumento no interesse pelo conceito “Qualidade de Vida”, associado às alterações de paradigmas na área da saúde, onde o paradigma biomédico evoluiu para o paradigma biopsicossocial, levando a que a qualidade de vida não se resume apenas à ausência de doença, mas sim ao bem-estar mental, físico e social (Serafim, 2007).

As medidas tradicionais de saúde focam-se principalmente em indicadores como a mortalidade e a morbilidade, tendo por base medidas que se relacionam com o impacto que as doenças apresentam no comportamento, nas atividades diárias e nas medidas relacionadas com a incapacidade funcional. No entanto, estas medidas incidem no impacto da doença e não na qualidade de vida em si, levando à necessidade de encontrar uma forma de avaliar qualidade de vida (Ferreira, 2015).

A avaliação da qualidade de vida, a sua concepção e as dimensões que acarreta têm vindo a sofrer alterações ao longo da história, tendo começado a ganhar ênfase no decorrer do século XX até à atualidade. Especula-se que o surgimento da noção de qualidade de vida ocorreu na década de 30, tal como observado num levantamento e análise de estudos da literatura médica, onde foram encontradas referências sobre a sua definição e avaliação (Seidl & Zannon, 2004, *apud*, Praça, 2012). Mais tarde, após a 2ª Guerra Mundial, foram definidos critérios de avaliação da qualidade de vida que consistiam na quantidade de bens que cada indivíduo adquiria/possuía.

Já por volta dos anos 50, ter ou não qualidade de vida, dependia essencialmente de três parâmetros, dos quais, a saúde, a economia e a educação (Sampaio, 2007). Na década de 70, com base num relatório realizado pela Commission on National Goals, e através das informações enunciadas no mesmo, foi possível perceber que nesta época existia um grande interesse pela qualidade de vida e bem-estar da população, incentivado pelo período pós-guerra (Ribeiro, 2005, *apud*, Praça, 2012).

A partir da década de 80 começaram a surgir mais estudos empíricos voltados para a concepção de qualidade de vida, abrangendo diversas dimensões e ressaltando a utilização de terminologias combinadas e focalizadas, potencializando o progresso do conceito de qualidade de vida com base em métodos científicos (Seidl & Zannon, 2004, *apud*, Praça, 2012).

No princípio da década de 90, Fanquhar (1995), fez a divisão da noção de qualidade de vida tendo em conta quatro diferentes épocas: em meados dos anos 80 do século XX, surgiu a Definição Global, que abrange definições literais de qualidade de vida de tipologia breve e pouco desenvolvida, centrando-se essencialmente na satisfação e insatisfação da população em relação a aspetos da própria vida; mais tarde, ainda nos anos 80, surgiu a Definição com Base, que consistiu no aprimoramento da noção de qualidade de vida em diversas dimensões e na valorização de estudos empíricos; posteriormente, deu-se o desenvolvimento da Definição Focalizada, onde se desenvolveram múltiplos instrumentos de avaliação da qualidade de vida, dando-se ênfase a aspetos operacionais e empíricos que ressaltam concepções específicas direcionadas para questões de saúde ou funcionais; por fim, ocorreu a Definição Combinada, baseada em instrumentos de avaliação global com enfoque para termos empíricos e múltiplas dimensões da qualidade de vida (Sampaio, 2007, *apud*, Praça, 2012).

Na atualidade, existe ainda uma grande variedade de opiniões e conceitos em relação à noção de qualidade de vida, no entanto, há alguns aspetos conceptuais aprovados para a sua avaliação, dos quais: cultura, situação financeira, relações sociais, etnia, sexo, idade, meio envolvente, integração em domínios que promovam o bem-estar, crenças, valores e objetivos (Pires, 2009, *apud*, Praça, 2012).

Apesar de presentemente a noção de qualidade de vida já apresentar aspetos conceptuais de base para a sua avaliação, existem ainda diferentes perspetivas em relação à forma como esta deve ser avaliada. Para Minayo (2000, *apud*, Cartolano, 2019), a qualidade de vida depende essencialmente de dois eixos, ressaltando: a satisfação das necessidades básicas (acesso a água potável, habitação condigna, cuidados de saúde, alimentação, emprego e lazer) e a perspetiva individual face à forma como

os indivíduos se sentem em relação à vida (bem-estar físico e mental, relações sociais, bens materiais, felicidade, prazer e variáveis culturais e históricas).

Do ponto de vista da Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de qualidade de vida deve ter em conta três aspetos, dos quais, a subjetividade, a multidimensionalidade e a presença de dimensões positivas e negativas (Fleck et al., Cit. por Ferreira, 2015). A subjetividade consiste numa perspetiva pessoal dos indivíduos face à sua saúde do ponto de vista social e da satisfação das necessidades básicas, abrangendo como critérios de avaliação o bem-estar, a realização pessoal, a felicidade, o prazer e a situação socioeconómica (Minayo et al., 2000, *apud*, Vasconcelos, et al., 2020). Relativamente à multidimensionalidade, esta abrange abordagens holísticas e gerais, compostas por dimensões desiguais que se baseiam na perspetiva subjetiva das diferentes dimensões da vida dos indivíduos, nomeadamente, na sua saúde física e mental, nas crenças religiosas, no grau de independência, nas relações sociais, na cultura e no ambiente, sendo que a avaliação destes fatores varia consoante as preocupações, objetivos e expectativas pessoais. A bipolaridade refere-se às dimensões positivas e negativas da qualidade de vida, que são avaliadas consoante a dor, mobilidade, dependência e autonomia presente nos indivíduos (Vasconcelos, et al., 2020).

Em virtude do mencionado, constata-se que nos dias de hoje a qualidade de vida não se resume à ausência de doença, mas sim à perceção individual da população face à sua posição na vida e ao contexto cultural e de valores em que se insere, em concordância com os objetivos e expectativas que ambiciona alcançar.

3.1. Qualidade de Vida na Pessoa com DI

As perspetivas da sociedade portuguesa face às pessoas com Deficiência Intelectual são baixas, o que leva muitas das vezes à inexistência de acompanhamento profissional e de membros da comunidade a esta população (Santos, 2014, *apud*, Simões, 2019).

Contudo, as pessoas com DI são provedoras de uma vida digna, devendo possuir o direito de tomada de decisão, a possibilidade de acesso a oportunidades, o acesso a apoios e respostas sociais que garantam o desenvolvimento de competências (sociais, educacionais, laborais e práticas), e ainda a garantia dos Direitos Humanos presentes na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Nações Unidas, 2007, *apud*, Simões, 2019). Para isso, tona-se relevante que a intervenção com pessoas com Deficiência Intelectual se inicie na infância, junto da família e de profissionais que garantam o acesso a recursos que satisfaçam as necessidades desta população, a fim, da promoção do bem-estar e da qualidade de vida (Pinto et al., 2012, *apud*, Simões, 2019).

Para que se considere que os indivíduos com Deficiência Intelectual são provedores de qualidade de vida, deve ter-se em consideração alguns indicadores, dos quais: 1) compreender quais os domínios de vida que os indivíduos valorizam; 2) perceber os aspetos capazes de proporcionar bem-estar e plenitude; 3) averiguar a importância face a fenómenos culturais, sociais e físicos; 4) compreender quais as experiências vivenciadas que tiverem impacto positivo vida dos indivíduos (Verdugo et al., 2005,

apud, Simões, 2019). Assim, a avaliação da qualidade de vida na população com Deficiência Intelectual concretiza-se essencialmente através de critérios e ações, nomeadamente: 1) levantamento de informações acerca de todas as áreas de vida relevantes para a pessoa com DI e sua família; 2) leva em consideração as necessidades, valores e gostos pessoais; 3) acarreta as alterações fulcrais para a adequabilidade de valores entre a pessoa com Deficiência Intelectual e a sua família; 4) possibilita uma intervenção através da implementação de apoios e respostas com base nas necessidades e prioridades de vida do indivíduo (Turnbull & Turnbull, 2001, Simões 2019).

Face ao enunciado, a promoção da qualidade de vida em pessoas com Deficiência Intelectual é um desafio contínuo que requer esforços multidisciplinares, envolvendo profissionais de diversas áreas, a família e a sociedade, sendo ainda fundamental a compreensão das necessidades das pessoas com DI em prol da criação de um ambiente inclusivo e favorável ao seu desenvolvimento e bem-estar.

4. O Serviço Social e a Intervenção com Pessoas com Deficiência

O Serviço Social é uma profissão e uma disciplina académica assente em valores éticos, dos quais, a dignidade, o valor e a justiça social, que são relevantes para a intervenção junto de pessoas e grupos sociais mais desfavorecidos em prol da promoção da coesão social, do empowerment, da mudança social e da autonomia e capacitação das pessoas (Braga, 2018).

A prática social do Assistente Social, deve reger-se pelos Direitos Humanos, que por vezes, na existência de dilemas éticos, são uma orientação para a prática profissional, sendo que esta deve ser desenvolvida com base na pessoa, grupo ou comunidade com quem se está a intervir, compreendendo qual a melhor abordagem e intervenção a utilizar (Organização das Nações Unidas, 1999). Para a orientação da prática social, os profissionais de Serviço Social podem ainda contar com o auxílio de alguns documentos, como é o caso da legislação para as Instituições de Particularidade Social (IPSS), do Código Civil, da Carta Social e da Legislação para Pessoas com Deficiência (Pereira, 2016).

No que concerne à prática do Assistente Social junto de pessoas com deficiência, esta rege-se principalmente por três principais propósitos, nomeadamente, a educação, a reabilitação e a integração, com o objetivo que estas pessoas tenham um comportamento aceitável na sociedade, auxiliando a sua autonomia, participação e inclusão na sociedade. Assim, o profissional de Serviço Social deve desenvolver a sua intervenção com base em seis princípios: 1) incentivar a pessoa com deficiência a seguir um conjunto de regras e valores que visem uma maior facilidade de integração na sociedade; 2) realizar reuniões com a Equipa Técnica para a resolução de problemáticas e implementação de estratégias; 3) dinamizar reuniões com a pessoa com deficiência para a concretização de uma avaliação clínica, social e familiar; 4) incentivar as famílias na participação das atividades realizadas nas instituições; 5) auxiliar as famílias na procura e integração em instituições capazes de responder e suprir as necessidades e limitações dos filhos com deficiência; 6) realizar o processo de reabilitação junto da

pessoa com deficiência e dos familiares, a fim, de encontrar estratégias que permitam a vivência num ambiente seguro, estável e com incentivo à estimulação (Pereira, 2016).

No que diz respeito à prática do Assistente Social com pessoas com Deficiência Intelectual, esta concretiza-se junto de uma equipa multidisciplinar (Fisioterapeutas, Psicólogos, Psiquiatras, Educadores, Professores, Terapeutas da Fala) e quando possível, da família destes indivíduos, com o objetivo de os integrar na sociedade e de promover a sua autonomia através de uma intervenção holística que permita a aquisição de competências e de aprendizagens úteis (Pereira, 2016).

Em síntese, constata-se que as pessoas com deficiência devem ser valorizadas e integradas na sociedade, pois apesar das suas dificuldades e limitações, apresentam também potencialidades e capacidades individuais que trabalhadas, poderão garantir um futuro promissor. Assim, o Assistente Social deverá integrar os indivíduos com deficiência em Respostas Sociais que satisfaçam as suas necessidades, e ainda colaborar na aquisição de Apoios Sociais que auxiliem financeiramente as pessoas com deficiência e suas famílias, como se abordará nos tópicos seguintes.

4.1. Respostas Sociais para Pessoas com Deficiência

As prioridades para com as pessoas com Deficiência Intelectual passam pela promoção de cuidados de saúde, educação, formação, direitos, acesso à política e a recursos económicos.

Para isso, existem quatro estratégias que se devem colocar em prática, junto das pessoas com Deficiência Intelectual e suas famílias, das quais: incentivo à autonomia pessoal; aquisição de competências que permitam um comportamento pessoal e social adequado; desenvolvimento de um papel socialmente útil na sociedade; formação e qualificação das famílias para melhor enfrentar as dificuldades e lutar pela inclusão destas pessoas; desenvolvimento de estratégias que promovam positivamente o neurodesenvolvimento nas áreas da socialização, da relação com o outro, da linguagem, da aprendizagem e da autonomia.

Numa perspetiva ideal, a pessoa com perturbação do desenvolvimento deve, quando possível, viver com a família, estar integrada em sistemas de ensino e formação e realizar atividades de lazer que promovam a sua autoestima, autonomia e a sua valorização social e pessoal. Segundo (DGSS e DSIA, 2017, citado Braga, 2018, p.11) existiram “muitas transformações ao longo das últimas décadas, nomeadamente em termos do aumento e da diversidade de respostas sociais que, segundo a Direção Geral da Segurança Social, visam assegurar os cuidados e o apoio social para crianças, jovens e adultos com deficiência (...)”.

Neste sentido, para a possível concretização dos objetivos anteriormente enunciados, poderá ser necessário recorrer-se a respostas sociais e instituições que auxiliem as pessoas com Deficiência Intelectual no desenvolvimento de competências, evidenciando-se as seguintes:

Os Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão (CACI) são uma resposta para jovens e adultos, a partir dos 16 anos com Deficiência Intelectual, que permitem a aquisição de aprendizagens e competências úteis, aos níveis racional, prático, social e relacional. Quando possível, e em pessoas com

Deficiência Intelectual com um grau moderado, a aquisição de competências pode ser uma mais-valia na integração destes indivíduos em formações e no mercado de trabalho.

Os Estabelecimentos Residenciais, como é o caso dos Lares Residenciais e das Residências Autónomas, são instituições que permitem que as pessoas com deficiência, a partir dos 16 anos, residam temporariamente ou permanentemente nestes estabelecimentos.

O Acolhimento Familiar de pessoas adultas com deficiência, permite a integração temporária ou permanente em famílias capazes de proporcionar segurança, bem-estar e estabilidade.

Os Centros de Atendimento, Acompanhamento e Reabilitação Social são respostas que promovem suporte e apoio às famílias e/ou cuidadores informais e o atendimento, o acompanhamento e a reabilitação social às pessoas com deficiência e incapacidade.

O Apoio em Regime Ambulatório é uma resposta social para pessoas com deficiência a partir dos 7 anos, que promove o desenvolvimento de atividades que permitem uma orientação, avaliação e intervenção socioeducativa e terapêutica.

A Intervenção Precoce na Criança é uma resposta de carácter social que intervém junto de crianças que apresentam graves riscos de atraso do desenvolvimento e alterações nas estruturas ou funções do corpo, que têm como consequência a limitação destas crianças na participação e concretização de atividades e no desenvolvimento social e pessoal.

O Transporte é uma resposta que permite a deslocação e o acompanhamento de pessoas com deficiência independentemente da sua faixa etária (Braga, 2018).

A integração das pessoas com deficiência em respostas sociais é sem dúvida uma vantagem, pois permite proporcionar a estas pessoas a satisfação das necessidades básicas e o desenvolvimento de competências, mas, por vezes, e devido aos custos financeiros que estas respostas acarretam, são necessários apoios sociais que suportem totalmente ou parcialmente tais custos, tal como se abordará no tópico seguinte.

4.2. Apoios Sociais para Pessoas com Deficiência

Nos dias de hoje, a sociedade tem dado um grande valor à inclusão social, aos direitos humanos e à igualdade, e nesse sentido, é importante os sistemas de proteção social que visam proteger os indivíduos mais desfavorecidos (Dias, 2011).

Deste modo, evidenciam-se os assistentes sociais que têm um papel relevante na intervenção com pessoas com deficiência, visando a sua prática em diversas áreas da vida desta população, nomeadamente, o apoio em formações, na empregabilidade, na educação e na busca e obtenção de habitação (Fernandes, 2014).

Para a intervenção junto das pessoas com deficiência, é necessária a aplicação de políticas sociais, sendo que estas visam um impacto direto no bem-estar dos cidadãos através da criação de apoios que promovam as mesmas oportunidades para todas as pessoas. Segundo Caeiro (2008) destacam-se como instrumentos de política social: a regulação (baseada no domínio económico promovido pelo Estado

sendo este fundamental para o equilíbrio das relações entre os mercados e os indivíduos); a provisão de bens e serviços (como solução para a resolução de problemas sociais que afetam a sociedade); e, a provisão de benefícios monetários (redistribuição dos rendimentos dos mais ricos para os mais pobres).

No que diz respeito à prestação de apoios para pessoas com deficiência, existem alguns apoios sociais que visam promover a proteção, os direitos e a inclusão desta população na sociedade. Assim, destacam-se os seguintes apoios sociais:

- “Bonificação do Abono de Família para Crianças e Jovens”: este apoio consiste num aumento do abono de família onde existam crianças e jovens com deficiência que precisem de ajuda terapêutica ou pedagógica.

- “Prestação Social para a Inclusão”: apoio para indivíduos nacionais e estrangeiros que residam legalmente em Portugal com uma deficiência com um nível de incapacidade igual ou superior a 60%.

- “Subsídio de Educação Especial”: apoio para crianças e jovens com menos de 24 anos, que visa assegurar os custos financeiros como resultado da aplicação de apoios e envolvimento de instituições adequadas.

- “Subsídio para Assistência a Filho com Deficiência, Doença Crónica ou Doença Oncológica”: apoio financeiro prestado à mãe ou pai da pessoa com deficiência, que pretende substituir o valor financeiro em momentos em que foi necessária a ausência no trabalho para conceder amparo ao filho com deficiência ou com doenças oncológicas ou crónicas.

- “Balcão da Inclusão”: este apoio consiste num Serviço de Atendimento da Segurança Social para pessoas com incapacidade ou deficiência.

- “Produtos de Apoio para Pessoas com Deficiência ou Incapacidade”: sistemas tecnológicos e instrumentos especialmente produzidos ou disponibilizados para pessoas com deficiência, que visam prevenir, compensar ou neutralizar limitações de funcionamento ou participação (Segurança Social, s/d, p.1).

Em suma, constata-se que as políticas sociais direcionadas para a população com deficiência permitem proporcionar bem-estar e qualidade de vida através de ações que promovam apoios sociais, capazes de proporcionar a estas pessoas direitos ao nível da educação, do trabalho, da saúde, da igualdade, do respeito pelo domicílio e família, da habilitação e reabilitação, da participação no lazer e na vida cultural, da acessibilidade e da proteção social.

CAPÍTULO 2

METODOLOGIA

1. Estratégia Qualitativa, Lógica Indutiva, Método de Estudo de Caso

A investigação em ciências sociais é de carácter sistemático, flexível e objetivo, e permite questionar, compreender, investigar e descrever problemáticas (Coutinho, 2015). Relativamente à investigação em Serviço Social, esta deve estabelecer uma ligação entre a prática profissional e a área científica, levando a que consequentemente as práticas implementadas no terreno pelo Assistente Social sejam promotoras do desenvolvimento de conhecimento (Ferreira, 2011, *apud* Luís, 2020).

A recolha de dados é uma etapa crucial do processo de pesquisa, devendo ser adaptada aos objetivos da investigação. Assim, e no que se refere à presente investigação, esta pretende compreender a intervenção de uma IPSS da Área Metropolitana de Lisboa na promoção da qualidade de vida em adultos com Deficiência Intelectual, com base na perspectiva dos profissionais.

Neste sentido, a investigação realizou-se através de um estudo de caso, baseado num paradigma interpretativo de lógica indutiva, com base numa abordagem qualitativa, dado que esta permite observar os fenómenos no seu contexto e compreender a visão pessoal dos sujeitos, com o objetivo de “saber como interpretam as diversas situações e que significado tem para eles” (Latorre, 1996, p.42). Segundo Freixo (2010), a investigação através da lógica indutiva parte do particular para o geral, ou seja, define-se numa primeira instância um ponto de partida em relação a uma determinada situação e, posteriormente formula-se uma problemática para se investigar, interligada aos objetivos e às ideias previamente estabelecidas pelo investigador.

2. Campo Empírico, Universo e Amostra

Para a concretização da presente investigação, e no sentido de a mesma se adequar à problemática em estudo “A Intervenção de uma IPSS da Área Metropolitana de Lisboa para a Promoção da Qualidade de Vida em Adultos com Deficiência Intelectual”, apresentou-se a necessidade de numa primeira instância se delinear o campo empírico e a amostra em estudo.

O campo empírico para a investigação é uma Instituição Particularidade de Solidariedade Social (IPSS) da Área Metropolitana de Lisboa que apresenta como respostas sociais um Lar Residencial (LR) e um Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão (CACI) para Adultos com Deficiência Intelectual Moderada.

Relativamente à tipologia da amostragem, e dado que os participantes foram previamente selecionados consoante os objetivos delineados, a amostra utilizada foi por conveniência, sendo esta uma amostragem não probabilística (Prodanov, et al., 2013). A amostra da presente investigação é

composta pelos seguintes profissionais: Diretora Geral; Diretora Técnica; Assistente Social; Educadora Social; Monitor de Atividades; Auxiliares de Ação Direta.

3. Técnicas de Recolha e Tratamento de Dados

A técnica de recolha de dados da presente investigação desenvolveu-se, como já referido, através da metodologia qualitativa, utilizando como instrumento de recolha de dados a entrevista, pois, segundo Quivy e Campenhoudt (2005, p.195), esta possibilita uma reflexão completa, diversificada e repleta de informações, tal como uma partilha de experiências e interpretações entre o entrevistador e o entrevistado, visto que existe um contacto direto.

Tendo em conta a utilização da metodologia qualitativa na investigação, optou-se pela entrevista semiestruturada, sendo esta um dos principais métodos de recolha de dados, pois caracteriza-se por ser flexível nos termos e no formato que é conduzida, possibilitando a intervenção do entrevistador para a colocação de novas questões, de modo, a obter informações enriquecedoras e pertinentes para a investigação. A entrevista semiestruturada para a investigação em curso possui maioritariamente questões abertas para que os entrevistados possam estimular o seu pensamento e dar respostas mais profundas acerca da temática em estudo, pois para Quivy e Campenhoudt (2005, p.196), “tanto quanto possível é necessário dar liberdade ao entrevistado para que este possa falar abertamente, com as palavras que desejar e pela ordem que lhe convier”.

Para a realização da recolha de dados da investigação em curso, concretizou-se um guião de entrevista para os profissionais da IPSS, para compreender a eficiência da intervenção da equipa multidisciplinar e dos recursos e práticas utilizados na Instituição para a promoção da qualidade de vida aos utentes com Deficiência Intelectual. Para além disso, pretende ainda perceber-se, com base na opinião dos entrevistados, a sua perspetiva pessoal face à Instituição como promotora de qualidade de vida aos utentes com DI e, ainda a sua perceção face à satisfação dos utentes com DI relativamente à sua qualidade de vida. O guião conta ainda com duas perguntas extra direcionadas apenas para a Assistente Social que pretendem averiguar de que respostas e apoios sociais auferem os utentes e, ainda, a eficiência dos apoios e respostas para esta população.

No que concerne à estrutura do guião da entrevista e, no sentido de a recolha de dados ir de encontro à temática e objetivos da investigação em curso, as questões enunciadas no guião assentam em cinco principais domínios: Caracterização do/a Entrevistado/a; Funções e Competências; Definição e Caracterização; Equipa Multidisciplinar; Qualidade de Vida. O primeiro domínio é composto por perguntas de resposta fechada para uma caracterização da amostra em estudo. Os restantes domínios são compostos por perguntas de resposta aberta para permitirem informações detalhadas sobre a população em estudo, a IPSS da Área Metropolitana de Lisboa, os profissionais que compõem a intervenção e a qualidade de vida com base nos domínios da OMS (Anexo 2).

Em agosto deram-se os primeiros contactos com os profissionais da Instituição, tendo sido transmitidas todas as informações pertinentes acerca da investigação e do Consentimento Informado, que foi devidamente aceite e assinado por todos os entrevistados. De modo a agilizar o processo da recolha de dados, as entrevistas foram realizadas através da plataforma online do *Zoom* durante os meses de agosto e de setembro.

Por fim, procedeu-se à análise de conteúdo como técnica de tratamento dos dados recolhidos, pois esta permite extrair, estruturar e examinar os dados, a fim, da identificação de categorias, padrões, dimensões e ligações entre eles (Teixeira, 2003). Assim, para a análise de conteúdo da investigação foi realizada numa primeira instância a transcrição das entrevistas para o *Word* e, posteriormente, foram introduzidas no programa *MAXqda* que permitiu a categorização e análise dos conteúdos recolhidos.

4. Dimensão Ética

A presente investigação de Mestrado em Serviço Social rege-se através do Código de Conduta Ética na Investigação ISCTE – IUL (2022), que apresenta como princípios a fiabilidade, o rigor, a honestidade, a objetividade, a responsabilidade e a integridade.

No sentido de proteger os dados dos participantes da investigação, foi enviado a cada um dos entrevistados o Consentimento Informado (Anexo 1) que apresenta o objetivo da investigação, os dados da investigadora, o nome da professora orientadora e outras informações relacionadas com o estudo. Todos os Consentimentos Informados foram lidos, aceites e assinados por todos os participantes.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

1. Caracterização da Amostra

No sentido de caracterizar a população da amostra em estudo, que configura alguns dos profissionais de uma IPSS da Área Metropolitana de Lisboa que participaram na investigação através de entrevistas, recolheram-se os seguintes dados: idade, género e profissão.

Idade	Género	Profissão	Nomenclatura
50 anos	F	Diretora Geral	DG
55 anos	F	Diretora Técnica	DT
24 anos	F	Assistente Social	AS
39 anos	F	Educadora Social	ES
53 anos	M	Monitor	M
28 anos	F	Auxiliar de Ação Direta	AAD1
24 anos	F	Auxiliar de Ação Direta	AAD2

Tabela 1: Caracterização da Amostra

2. Funções e Competências

No que concerne à análise do conteúdo relativamente às funções e competências dos entrevistados, averiguou-se que os profissionais têm tarefas e práticas bastante diversificadas, contudo, de um modo geral, estas direcionam-se para o desenvolvimento e organização de bens e recursos da Instituição e para a promoção do bem-estar biopsicossocial e desenvolvimento de competências aos utentes com Deficiência Intelectual.

No que respeita às funções da Diretora Geral, constata-se que estas são predominantemente burocráticas, direcionadas para a supervisão, organização e gestão de todos os serviços e recursos da Instituição, não havendo uma intervenção predominantemente direta com os utentes com Deficiência Intelectual: “Eu sou Diretora-Geral da instituição e, como tal, tenho um conjunto diversificado de tarefas que passa pela supervisão e o acompanhamento de todos os serviços e respostas sociais da instituição, dedicando naturalmente mais tempo a tudo o que são as áreas da administração geral (...). Mas também fazendo acompanhamento das equipas técnicas e de todos os coordenadores dos serviços gerais, da manutenção e de tudo o que está relacionado também com a gestão dos bens e do património da instituição” (DG).

No que respeita às funções da Diretora Técnica, estas depreendem-se pela coordenação dos recursos humanos, pela organização e definição das tarefas de vida diária dos utentes e pela implementação das tarefas da Equipa Técnica: “A minha função (...) tem a ver com a articulação de tudo o que são as rotinas dos utentes, as rotinas dos auxiliares, resolução de conflitos, promoção e avaliação constante dos utentes no sentido de procurar respostas para as situações que vão aparecendo, fazer escalas, promover saídas, dar trabalho à equipa técnica (...)” (DT).

A Assistente Social possui um leque de funções bastante diversificadas, que assentam essencialmente no trato de questões burocráticas, na garantia das relações familiares e no desenvolvimento e promoção de atividades através dos ateliers desenvolvidos no CACI: “(...) a minha função na Instituição é como Assistente Social do Lar e do CACI e as minhas tarefas centram-se muito nas respostas a Tribunal do Solicitado, as relações com a família, contactos, a participação em ateliers, dinâmicas...pronto, tudo um pouco” (AS).

No que se refere às funções da Educadora Social, estas delineiam-se pelo desenvolvimento de atividades que promovam a obtenção de competências aos utentes com Deficiência Intelectual. Ainda neste seguimento, é possível referenciar as funções do Monitor, que se baseiam igualmente no desenvolvimento de atividades em ateliers junto dos utentes: “(...) a minha função está como reabilitação social e profissional e as minhas tarefas é como a monitora de ateliês que promovam aqui algumas competências pessoais e sociais, nomeadamente também algumas competências a nível de motricidade fina e grossa, na qual promovam aqui alguma qualidade de vida destes utentes” (ES); “A minha função é de monitor de jovens e menos jovens com algumas dificuldades cognitivas. Sou monitor de hortofloricultura” (M).

As funções e competências das Auxiliares de Ação Direta, desenvolvem-se diretamente com os utentes e consistem na monitorização e apoio na concretização das suas tarefas e rotinas de vida diária: “(...) sou auxiliar de ação direta e nesse exato momento com uma função extra como supervisora e a minha função é praticamente gerir aqui toda a rotina dos utentes, acompanhar eles em todas as tarefas, ajudar eles praticamente em todas as atividades do dia a dia” (AAD1); “A minha função principal é auxiliar os nossos utentes no seu dia-a-dia, portanto nos seus banhos, nas refeições, em tudo o que eles precisam (...). Portanto, na higiene, basicamente em tudo o que eles precisam nós estamos cá para apoiar” (AAD2).

Analisando a recolha de dados sobre as Funções e Competências, compreende-se que a maioria dos profissionais da Instituição desenvolve uma intervenção direta com os utentes com DI, existindo apenas duas profissionais que possuem uma intervenção de carácter predominantemente indireto (DG e DT). No entanto, pode constatar-se que existe um trabalho em equipa e que as funções dos diferentes profissionais se complementam, permitindo em conjunto promover aos utentes com DI: bem-estar, saúde física e mental, desenvolvimento de competências e satisfação das necessidades básicas.

3. Definição e Caracterização

Dentro da temática de Definição e Caracterização, foram realizadas três questões aos entrevistados, assentes na definição de Deficiência Intelectual, no que mais valorizam e nas maiores dificuldades de trabalhar com esta população e nas características e desafios da intervenção com adultos com DI.

3.1. A Deficiência Intelectual

No respeitante à definição de Deficiência Intelectual, com base na perspectiva de cada um dos profissionais, enunciou-se: “(...) termos algumas das nossas capacidades cognitivas abaixo daquilo que é a média (...), de modo a que possa gerar alguma incapacidade” (DG); “(...) alguém que por alguma razão ficou incapacitado de usar todas as suas competências intelectuais...algumas delas deixou de ser eficazes ou ser funcional” (DT); “(...) é uma limitação na capacidade intelectual a nível geral, que tem muito a ver com o raciocínio mental, com a capacidade exequível de algumas questões motoras, físicas, psicológicas” (AS); “(...) afeta aqui a interação social, a capacidade de aprendizagem, a gestão de emoções, em alguns casos, e a linguagem a nível também da memória e de atenção” (ES); “(...) algumas dificuldades de não só aprendizagem, mas retenção também da informação que é colocada à disposição das pessoas ou dos utentes” (M); “(...) algumas incapacidades, algumas dificuldades para desenvolver alguns tipos de tarefas (...)” (AAD1); “(...) um atraso no seu desenvolvimento e onde existe algumas dificuldades em aprender, dificuldades na realização das coisas no seu dia-a-dia e até dificuldade em interagir com o meio em que se vive” (AAD2).

Dentro da definição de Deficiência Intelectual, compreende-se que a maioria dos entrevistados refere que esta se caracteriza por limitações ao nível cognitivo que geram um atraso e barreiras no desenvolvimento de competências práticas, sociais e mentais.

3.2. A Intervenção com Adultos com DI

Para se compreender qual o impacto que a intervenção com adultos com Deficiência Intelectual acarreta para cada um dos profissionais da IPSS, procedeu-se à recolha de dados sobre o que mais valorizam e as maiores dificuldades de trabalhar junto desta população.

No respeitante aos pontos que mais valorizam, alguns profissionais referenciaram que é gratificante acompanhar o percurso dos utentes na descoberta das suas capacidades e na aquisição de novas competências: “(...) eles têm capacidades incríveis também e acima de tudo é deslumbrante a descoberta dessas capacidades (...)” (DG); “Ver muitas vezes as evoluções que eles vão fazendo ao ultrapassar algumas das dificuldades que eles têm inicialmente e depois as conseguem ultrapassar, perceber a capacidade que alguns têm até de atingir alguma autonomia nalgumas áreas (...)” (DT); “A nível positivo, é ver realmente o desenvolvimento dos nossos utentes, a progressão que eles fazem no seu dia-a-dia” (AAD2).

Foram ainda mencionados como pontos a valorizar, a resiliência e a utilização de estratégias para fazer frente aos desafios e às necessidades dos adultos com DI: “(...) o trabalho com a individualidade de cada utente, a resiliência por parte aqui da equipa técnica, adaptabilidade, interação face aos acontecimentos diversos” (ES); “(...) tarefas, rotinas, todas as situações que envolvam a prática continuada de determinadas tarefas, obviamente que penso que é o bom para os ajudar” (M).

Foi ainda referido por duas das entrevistadas o impacto positivo que os utentes geram nas suas vidas: “(...) acho que nos ensinam todos os dias a lidar com a vida de uma forma mais positiva porque eles veem sempre o lado mais positivo das coisas e, acima de tudo percebermos que há muito mais a fazer do que aquilo que já está a ser feito” (AS); “(...) os pontos positivos é que a gente está envolvida aqui em outra realidade (...) e a gente se torna privilegiados por poder fazer parte da vida deles, do pouco que eles têm” (AAD1).

Os dados sobre o que mais valorizam na intervenção com adultos com DI enunciados pelos profissionais revelam a importância e a gratificação da prática profissional junto destes, bem como a resiliência demonstrada tanto pelos profissionais quanto pelos utentes. Estes aspetos positivos enfatizam a contribuição significativa da prática profissional como promotora de qualidade de vida e inclusão desta população.

No que se refere às maiores dificuldades de trabalhar com adultos com Deficiência Intelectual, alguns dos entrevistados deram ênfase à dificuldade de integração desta população, quer pelas suas limitações, quer pela forma como são vistos na sociedade, o que leva conseqüentemente a que sejam automaticamente excluídos: “(...) eu diria que é uma dificuldade, é de descobrir aqui as áreas de capacidades. (...) A receptividade para a integração destas pessoas especiais. E também como nos grupos municipais da área da deficiência percebemos o quanto é uma dificuldade encontrar no mundo de trabalho enquadramento para estas pessoas (...)” (DG); “(...) acho que por vezes a sociedade em si não está tão predisposta a saber o que é a Deficiência Intelectual, o que é trabalhar com estes jovens, quem são estes jovens (...) a nossa sociedade acha que eles são um fardo e que não têm capacidade para ser nada mais” (AS).

Mencionou-se também como desafio a incapacidade das respostas sociais de LR e CACI, colmatarem as necessidades de todos os utentes com DI, dado que alguns destes deveriam estar integrados em respostas da área da saúde: “Falando também com as desafiantes no trabalho com a área da deficiência cognitiva, são as comorbidades com a doença mental, (...) e que nalguns casos temos comportamentos disruptivos nos quadros de descompensações (...). Também porque nós não estamos vocacionados para, e não somos uma resposta da área da saúde mental” (DG); “O negativo tem a ver com a avaliação que é feita em alguns deles e que são encaminhados para uma resposta social, quando eles precisam de uma resposta da área da saúde (...) acabamos por sentir ali alguma frustração porque não somos capazes de ser canais de promoção para o sucesso, mas apenas para a estagnação” (DT); “Então, a nível de ponto negativo, eu acho que só existe um, e é ver que algum utente não está na

Instituição certa. Portanto, nós aqui, por acaso, temos utentes que não se são resposta para nós (...)” (AAD2).

Para além disso, foi ainda abordado por duas das profissionais que a prática profissional com esta população produz efeitos negativos ao nível da saúde mental: “Os pontos negativos têm a ver com o maior desgaste psicológico” (ES); “E acho que a parte mais difícil é (...) a gente conseguir lidar com o sofrimento deles, a gente conseguir sair depois de um dia de trabalho sem chegar em casa e deixar o trabalho. (...) A gente acaba ficando muito envolvida no caso” (AAD1).

Por fim, foi ainda enunciado por um dos profissionais que uma das dificuldades de trabalhar com esta população é dificuldade que os utentes com DI têm na adaptação a novas situações e rotinas: “(...) todas as situações que de facto saiam daquilo que são as tarefas rotineiras. Existirá com certeza alguma dificuldade por parte deste tipo de pessoas em adquirir novas competências, a trabalhar novas competências, uma vez que se nós temos algumas dificuldades cognitivas e muitas vezes a retenção de informação que fuja daquilo que é a sua rotina, é um bocadinho complicado e é um aspeto menos positivo no trabalho com este tipo de pessoas ou de população” (M).

As dificuldades destacadas pelos profissionais em relação à intervenção com adultos com Deficiência Intelectual, estão relacionados a desafios significativos que representam obstáculos à promoção da qualidade de vida e à inclusão desta população. Estes desafios são maioritariamente influenciados pelos estereótipos impostos pela sociedade e pela inexistência de respostas suficientes e adequadas a esta população. Tendo em conta a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (2007), estes desafios ilustram a necessidade continua de promover a inclusão, consciencialização e igualdade de oportunidades para as pessoas com deficiência, sendo importante trabalhar-se na eliminação do estigma e no desenvolvimento de respostas e apoios adequados, de modo, a garantir que as necessidades das pessoas com DI são colmatadas de forma eficaz.

3.3. Características e Desafios

Neste tópico serão abordadas as características e desafios da intervenção com adultos com Deficiência Intelectual, com base na perspetiva pessoal de cada um dos profissionais.

No que se refere à análise do conteúdo recolhido, foi possível compreender, com base na perspetiva de dois dos profissionais, que a nossa sociedade tem poucas expectativas em relação às pessoas com Deficiência Intelectual: “(...) O que é que nós vamos conseguir fazer para melhorar a vida deles quando é tão difícil não é? A nossa sociedade ainda tem muitas limitações a esse nível. (...) Parece que quase lhes colocam um nome de dizer, eles não são capazes de nada ou não tem capacidade para pensar em nada...o que não é verdade” (AS); “(...) a nossa população é toda já adulta (...) e grande parte deles foram tratados sem regras e sem limites, dentro do estigma do “coitadinho” (...) que depois se traduz num grande desafio (...) porque achamos que tendo eles algumas competências devem de ser trabalhadas (...)” (DT).

Outro dos desafios mencionados foi o facto de os utentes nem sempre conseguirem atingir os seus objetivos, dadas as suas limitações cognitivas. Esta situação acarreta impactos negativos tanto para os utentes, como para os profissionais da Instituição: “(...) muitos têm como projeto de vida serem plenamente autónomos, ter trabalhos, casar, tirar a carta (...). Por muito que se desenvolvam aqui algumas capacidades, será muito difícil de lá chegar e é difícil lidar sempre com a gestão dessa expectativa e da frustração de não poderem (...)” (DG); “(...) têm muita garra e muita energia, mas que nem sempre conseguem atingir o objetivo que pretendem no seu dia-a-dia. Até porque a própria doença não os permite, e acho que isso também acaba por ser um bocado complicado para eles e para nós também” (AAD2).

A integração da população com Deficiência Intelectual na sociedade é deveras desafiante, como se tem vindo a observar com base nos relatos dos profissionais. Neste segmento, uma das entrevistadas referiu: “(...) os maiores desafios do trabalho com adultos com Deficiência Intelectual têm a ver com a inserção no mercado de trabalho e com cursos de formação adaptáveis a esta população” (ES).

Segundo um dos profissionais, o desafio de trabalhar com adultos com Deficiência Intelectual consiste na dificuldade de adaptabilidade desta população a novas situações, práticas e contextos: “(...) tentar trabalhar fora da caixa, fora daquilo que são as suas rotinas diárias, tentar alterar ou mudar de forma gradual algumas das suas competências e das suas rotinas quando as pessoas têm algum nível intelectual que lhes permita (...). Esse é um dos maiores desafios que eu acho que nós podemos encontrar (...)” (M).

Aponta-se como outro dos desafios da intervenção com esta população o estabelecimento de uma relação de proximidade e confiança: “(...) então o nosso maior desafio foi mesmo conhecer e fazer eles se tornarem parte aqui da casa, fazer eles sentirem confiança na gente para se tornar nossa família mesmo, para deixar ser envolvido, deixar a gente fazer parte da vida deles” (AAD 1).

Por fim, foi mencionado como desafio as diversas patologias mentais apresentadas pelos utentes com Deficiência Intelectual: “(...) as questões da saúde mental, pronto, quase sempre aparece como comorbilidade (...)” (DG).

4. Equipa Multidisciplinar

No respeitante ao presente ponto, “Equipa Multidisciplinar”, pretendeu-se compreender os profissionais que compõem a intervenção e de que modo é feita a articulação multidisciplinar entre todos.

Com base na análise das informações dos entrevistados, percecionou-se que a intervenção junto de adultos com Deficiência Intelectual é concretizada por diversos profissionais que se encontram divididos essencialmente em quatro equipas diferentes, referenciando a Direção, a Equipa Técnica, a Equipa de Auxiliares e a Equipa de Monitores.

A Intervenção da Direção, da Equipa Técnica e da Equipa de Auxiliares concretiza-se nas respostas sociais de Lar Residencial e de Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão. A Equipa de

Monitores, responsáveis pelo desenvolvimento de ateliers e dinamização de atividades socialmente úteis, desenvolve a sua prática na resposta social de Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão. Para além disso, é ainda possível contar uma vez por mês com a presença de uma Psiquiatra e de uma Enfermeira responsáveis pela prestação de cuidados de saúde dos utentes: “(...) educadores sociais, temos monitores das diversas áreas de desenvolvimento de competências profissionais e dos ateliês também terapêuticos, (...) alguns técnicos de serviço social têm uma categoria que são técnicos de inserção profissional, socioprofissional, (...) isto é mais nas áreas do CACI (...). Há psicólogo, psiquiatra (...)” (DG); “(...) uma Diretora Técnica, uma Educadora Social e neste momento, duas Assistentes Sociais, esta é a equipa técnica (...) uma Psiquiatra presencialmente uma vez por mês, (...) e a mesma coisa em relação a uma Enfermeira (...) temos também os auxiliares que os acompanham 24 horas por dia (...). E temos uma animadora sociocultural à sexta, sábado e domingo” (DT); “(...) a equipa é composta por uma Diretora Técnica que é educadora, uma Educadora Social e duas Assistentes Sociais. Para além de todos os auxiliares que trabalham connosco e os Monitores dos ateliers” (AS); “(...) temos técnicas de Serviço Social, temos uma técnica também da área da educação, temos os AAD’s, (...), temos uma psicóloga (...), temos a enfermeira, temos uma psiquiatra” (ES); “(...) temos os técnicos de ação social, temos auxiliares de ação social, temos monitores, temos também a parte dos psicólogos e dos psiquiatras (...) e depois da parte dos monitores (...)” (M); “(...) somos 13 auxiliares no momento (...) Depois temos uma equipa técnica que é composta pela diretora técnica, por duas assistentes sociais, uma animadora social e uma psicóloga. E depois a diretora geral (...)” (AAD1); “Na Instituição temos a parte da equipa técnica, a parte da equipa educativa, portanto os monitores, os auxiliares de ação direta. Temos um psiquiatra, temos uma enfermeira, temos também a parte da equipa da direção, que está muito mais presente na equipa técnica” (AAD2).

Após se compreender a equipa que compõem a intervenção junto de adultos com Deficiência Intelectual, pretendeu-se analisar a articulação multidisciplinar entre os profissionais da IPSS da Área Metropolitana de Lisboa. Constatou-se que a articulação entre os profissionais é realizada, acima de tudo, por meio de comunicação através passagem de informação relevante e da concretização de reuniões. Percecionou-se ainda, que existe um trabalho conjunto entre os monitores dos ateliers, os auxiliares de ação direta e alguns dos técnicos: “(...) há um trabalho regular em equipa, na planificação, na própria intervenção e nas reuniões regulares de equipa (...) os AAD’s acompanham os monitores ou os técnicos acompanham (...)” (DG); “A articulação é feita de acordo com os planos que estão estabelecidos para o dia-a-dia, as rotinas que já estão implementadas e passa muito pela informação que vai passando de um para os outros (...)” (DT); “(...) esta articulação é feita de uma forma muito direta, (...) todos em conjunto pensarmos formas e estratégias de lidar com as situações e com o que acontece dia a dia para uma maior e melhor intervenção (...)” (AS); “(...) a equipa técnica acaba por estar sempre na mesma sala, o que facilita muito aqui a articulação até em situações momentâneas. E depois, quem vem de externo, acabamos sempre aqui por dar algum feedback da intervenção (...)” (ES); “(...) Eu não trabalho sozinho enquanto monitor, tenho que ter a ajuda e o conhecimento que os técnicos possuem

relativamente a este tipo de pessoas com estas especificidades (...)” (M); “Pronto, a gente basicamente recebe aqui algumas indicações, como vamos desenvolver o nosso dia-a-dia (...)” (AAD1); “E a articulação que é feita é muito entre os auxiliares e os técnicos, que acabam por ter um trabalho mais unido, porque temos os ateliês (...)” (AAD2).

Face ao exposto, entende-se que a Equipa Multidisciplinar é composta por profissionais de diversas áreas que em conjunto articulam a sua prática no desenvolvimento de atividades que promovam a obtenção de competências aos utentes e através da passagem de informação relevante que viabilize o desenvolvimento de estratégias e práticas que supram as necessidades e problemáticas dos utentes com DI.

5. Respostas e Apoios Sociais

No presente tópico, pretendeu-se analisar de que respostas e apoios sociais auferem os utentes com Deficiência Intelectual e a perspetiva da Assistente Social face à adequabilidade e eficiência dos apoios existentes para esta população.

Com base nas respostas e apoios sociais dos utentes com Deficiência Intelectual, constatou-se que estes já estão inseridos na resposta social de Lar Residencial (LR) e de Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão (CACI) e que como apoio social auferem apenas da Prestação Social de Inclusão (PSI): “(...) em termos de apoios sociais, neste momento, a maior parte deles auferem apenas da PSI (...), os duzentos e poucos euros que cada um deles recebe não é propriamente algo enorme. Em termos de respostas, a nossa Instituição tem o Lar Residencial que apoia aqui muito jovens que efetivamente não consigam em autonomia, (...) porque têm uma incapacidade acima de sessenta por cento, e o CACI que lhes dá aqui algumas competências em termos profissionalizantes (...)” (AS).

No que concerne à perspetiva da Assistente Social face aos apoios existentes para pessoas com Deficiência Intelectual, esta apontou que ainda existem poucos apoios e respostas capazes de colmatar as necessidades desta população, enunciado: “Então, em termos gerais Portugal acho que é muito escasso em termos de apoios sociais ... A PSI é baixíssima, o valor não dá sequer para uma prestação de sobrevivência. (...) para além do tempo que se demora a receber (...). Em termos de, o que é que há de respostas na sociedade, a nossa sociedade ainda tem muito pouco para oferecer, e acredito mesmo muito que nós, geral, dá em CACI, é muito pouco, nós ainda temos muitas limitações porque ninguém quer falar sobre os assuntos (...) não é um assunto ainda muito abordado e se calhar precisávamos de mais respostas, mais pessoas a falar sobre isto, (...) para que todos pudéssemos incluir, porque é esse o nosso objetivo, vivermos em inclusão e não em exclusão, e neste momento, acho que trabalhamos um bocadinho em exclusão” (AS).

6. Qualidade de Vida

No que toca à temática de “Qualidade de Vida”, procedeu-se à recolha de dados com base em cinco principais tópicos: 1) perspetiva pessoal de cada profissional face à concepção de qualidade de vida; 2) perceção dos entrevistados relativamente ao que consideram necessário para a promoção da qualidade de vida em adultos com DI; 3) averiguação das práticas e recursos utilizados na Instituição para promover a qualidade de vida aos utentes com Deficiência Intelectual com base nos domínios da OMS; 4) perspetiva dos profissionais face à adequabilidade e à necessidade de recursos na Instituição para a promoção da qualidade de vida a adultos com DI; 5) opinião dos profissionais acerca da satisfação dos utentes face à sua qualidade de vida.

6.1. Caracterização de Qualidade de Vida

A qualidade de vida, do ponto de vista de alguns dos profissionais IPSS da Área Metropolitana de Lisboa, de um modo geral, foi definida pelo bem-estar físico, psicológico, social e profissional: “(...) bem-estar de alguém em todas as suas áreas por que é composto...físico, emocional, social, psíquico” (DT); “(...) é podermos ter a estabilidade emocional, física, psicológica e financeira que nos permita ter uma vida tranquila (...)” (AS); “(...) é o equilíbrio que eu consigo ter entre o meu aspeto profissional, o desenvolvimento da minha parte profissional, e depois o equilíbrio que eu consigo ter com a minha vida pessoal (...)” (M).

6.2. Qualidade de Vida em Adultos com DI

No que se refere à qualidade de vida em adultos com Deficiência Intelectual, os profissionais da Instituição mencionaram que consideram necessária a satisfação de todas as necessidades básicas, a participação em atividades socialmente úteis, o bem-estar físico e mental, a inclusão na sociedade, ter acesso a cuidados de saúde e ter boas relações afetivas: “(...) estarem acima de tudo bem cuidados, terem a alimentação, a higiene, a saúde e também a ocupação de tempos livres e a ocupação com atividades socialmente úteis, (...) e sentirem-se pertença de alguém e valorizados (...)” (DG); “(...) Ter em atenção ao aspeto físico (...). A nível emocional promover atividades de forma a que eles possam trabalhar também as suas emoções (...). As mentais no sentido de trazer desafios para que aquilo que são as suas competências (...). E depois atividades da área do social para que eles possam também participar em atividades (...)” (DT); “A existência de mais respostas na nossa sociedade (...). E, acima de tudo acho que abrimos à comunidade este tema, sobre empregarmos pessoas com Deficiência Intelectual (...)” (AS); “O acesso à saúde, o respeito pelas suas crenças, o respeito pela sua individualidade, a promoção da segurança, as rotinas concisas e saudáveis, adaptáveis (...) e o acesso à aprendizagem” (ES); “(...) eu acho que os utentes têm, de uma forma geral, praticamente tudo o que necessitam (...). Têm cuidados médicos, têm cuidados técnicos de ação social, têm pessoas que os monitorizam nas suas tarefas (...)” (M); “(...) atividades, cursos, atividades que eles entendessem a importância da vida, porque eles vieram

aqui de um núcleo muito, como posso dizer, muito delicado (...)” (AAD1); “(...) um bom descanso, um bom sítio de viver, ter uma boa família. (...) ter uma rotina diária que eles não conseguiram ter lá fora” (AAD2).

6.3. A IPSS como Promotora de Qualidade de Vida

A investigação em curso, tem como principal objetivo compreender o contributo de uma IPSS para a promoção da qualidade de vida em adultos com Deficiência Intelectual. Posto isto, no presente tópico serão expostos os dados recolhidos sobre as práticas e recursos utilizados na Instituição para promover a qualidade de vida a adultos com DI, com base nos domínios da Organização Mundial de Saúde (OMS): saúde física, saúde psicológica, nível de independência, relações sociais, ambiente e crenças e valores pessoais.

Com base no domínio da **Saúde Física**, composto pelas vertentes de energia e vitalidade e qualidade de sono, os entrevistados enunciaram:

- Energia e vitalidade: “(...) a própria planificação de atividades, (...) está sempre muito focado para que efetivamente tenham atividades promotoras da saúde (...)” (DG); “(...) têm um dia por semana de educação física (...)” (DT); “(...) eles têm durante o período letivo, uma vez por semana, atividade de educação física (...). E, depois também fazemos algumas caminhadas com eles, vamos até aos parques, passeamos para que eles possam mexer (...)” (AS); “temos aqui as aulas de educação física, temos a dança, a música (...)” (ES); “(...) eles fazem caminhadas, passeios (...)” (M); “(...) ateliês de desporto, ateliês de dança, a gente tenta aqui fazer algum tipo de exercícios, caminhada, passeios, fazer eles se mexerem o máximo possível para sempre estarem saudáveis (...)” (AAD1); “(...) Eles também têm uma nutricionista para que a alimentação seja mais equilibrada” (AAD2).

- Qualidade de sono: “São rotinas diárias muito bem estabelecidas (...) um horário de levantar e de deitar que queremos sempre cumprir com alguns grupos” (DG); “(...) está muito dependente dos fármacos que eles tomam” (DT); “(...) ter um quarto que lhes permita ter algum conforto (...)” (AS); “(...) ambiente calmo antes do deitar e adaptável a cada necessidade de cada utente, porque há utentes que chegam um bocadinho mais tarde a casa (...)” (ES); “O espaço onde eles estão inseridos. (...) têm sempre pessoas que os podem acompanhar (...)” (M); “(...) tem algumas regras que é importante eles cumprirem, e uma delas é ter horário certo para dormir e horário para acordar (...) cada um tem o seu quarto, alguns dividem (...), mas cada um tem a sua cama, tem o seu espacinho (...)” (AAD1); “(...) cada um tem a sua cama como referido, todos têm o seu quarto onde estão equipados com ar-condicionado, têm televisão. Também ajuda muito o facto de eles terem uma medicação (...)” (AAD2).

Relativamente domínio da **Saúde Psicológica**, composto pelas vertentes da autoestima e cuidados de imagem, gestão das emoções positivas e negativas e obtenção de competências, raciocínio, memória, pensamentos e aprendizagens, os entrevistados referiram:

- Autoestima e cuidados de imagem: “Disponibilizar roupas (...), incentivar os cuidados de higiene e da boa apresentação (...)” (DG); “(...) valorizar aquilo que eles são capazes de fazer, e mesmo

nas alturas que eles não são capazes de fazer, fazê-los perceber que está tudo bem (...)” (DT); “(...) termos alguns ateliers que abordam estes assuntos (...). E o facto também de terem uma psiquiatra (...)” (AS); “(...) o reforço positivo, não só verbal, mas também aqui com algumas saídas a locais de interesse” (ES); “(...) por parte da ação técnica, por parte dos auxiliares, há muito a motivação de lhes transmitir autoestima (...)” (M); “(...) voluntários que muitas vezes vêm, por exemplo, cortar o cabelo (...) recebemos muitas doações de roupas e sempre que é possível a gente faz aqui algum tipo de seleção (...)” (AAD1); “Existe também sempre o cuidado de vigiar e auxiliar nos banhos” (AAD2).

- Gestão das emoções positivas e negativas: “(...) temos obviamente formações e práticas de contenção emocional e contenção física (...)” (DG); “(...) quando estão felizes, estão felizes (...). Gerir a parte negativa tem sido um desafio (...)” (DT); “(...) somos mesmo nós, nós técnicos que trabalhamos muito isto (...). A psiquiatra também ajuda em alguns casos (...) a nossa equipa de auxiliares, é que gere muito isto, a gestão positiva e negativa” (AS); “(...) temos o apoio psicológico, que acaba por ser aqui externo (...)” (ES); “Há um cuidado muito particular e, de facto, muito incisivo ao trabalhar estas duas emoções, que são completamente opostas (...)” (M); “(...) a conversa, a gente tenta ter um diálogo aqui com eles, no sentido de reforçar quando são positivas os comportamentos, a gente reforça, elogia, (...) a gente trabalha aqui com alguns tipos de medidas reparadoras (...)” (AAD1); “Tentamos sempre que seja possível arranjar estratégias, por exemplo, deles saírem da instituição (...) conversar ou tentar ouvir e perceber o que é que lhes transtorna. Em último caso, (...) medicação SOS” (AAD2).

- A obtenção de competências, raciocínio, memória, pensamentos e aprendizagens: “(...) os ateliês de comunicação e imagem de competências pessoais e sociais (...)” (DG); “Todos eles estão integrados no CACI, o Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão, em que se desenvolvem vários ateliers (...)” (DT); “(...) tentamos arranjar forma de trabalhar sempre várias competências num só atelier e acho que isso ajuda na obtenção de competências de raciocínio, memória (...)” (AS); “Temos os ateliês que foram desenhados perante as necessidades da população alvo” (ES); “Isso é trabalhado todos os dias nos ateliês” (M); “(...) distribuímos os utentes de acordo com as suas necessidades para os ateliês específicos (...)” (AAD1); “É assim, a Instituição tem vários ateliês (...) os nossos utentes porque acabam por desenvolver muitas competências (...)” (AAD2).

Em relação domínio do **Nível de Independência**, composto pelas vertentes da mobilidade, concretização de atividades de vida diária e capacidade de trabalho, os entrevistados mencionaram:

- Mobilidade: “(...) as caminhadas, o exercício físico e depois para lá em todo o acompanhamento na saúde (...)” (DG); “(...) para aqueles que têm mobilidade reduzida é incentivá-los (...). Temos outros utentes que fazem as saídas mesmo utilizando os transportes públicos, alguns deles de forma completamente autónoma (...)” (DT); “(...) tentar ao máximo que eles possam andar e mexer-se, terem algumas atividades ao ar livre (...)” (AS); “(...) recursos físicos, que acaba por haver ali uma rampa, mais a nível da deficiência física também” (ES); “(...) Há utentes que semanalmente saem de forma autónoma para procurar emprego (...) temos de alguns utentes que vão começar a fazer formação externa, onde vão ter que ir e vir sozinhos (...)” (M); “(...) Tem alguns que têm aqui algum tipo de

autonomia (...) outros que já precisam aqui de um apoio mais da equipa técnica (...)” (AAD1); “Portanto, as caminhadas eu acho que é essencial, o exercício físico, temos também rampas e elevadores para quem não tem mobilidade (...)” (AAD2).

- Concretização de atividades de vida diária: “(...) uma escala de atividades, seja no CACI, seja no lar residencial, das coisas que têm que fazer da vida diária (...)” (DG); “Existe uma rotina que está previamente estabelecida, existem tarefas que estão definidas (...)” (DT); “(...) tanto em CACI como em Lar aqui algumas competências (...) porque têm que pôr a mesa, estar na copa, apoiar na ida e regresso da comida (...)” (AS); “(...) os ateliês são realizados dentro da própria Instituição (...) para posteriormente na vida quotidiana treinar este tipo de competências” (ES); “(...) diariamente utentes que são responsáveis por fazer o acompanhamento na rouparia, da lavagem, da limpeza, enfim, temos utentes que acompanham diariamente as pessoas que estão ligadas a toda a parte logística da Casa, cargas e descargas, recolhem doações de pessoas particulares e entidades (...)” (M); “Eles têm aqui algum tipo de rotina (...) para fazer o dia-a-dia deles serem o mais parecido possível com o dia-a-dia de qualquer outra pessoa” (AAD1); “(...) há sempre uma escala que os guia” (AAD2).

- Capacidade de trabalho: “Todos os ateliês (...), agora muito com as atividades socialmente úteis, que temos desde a cozinha, a lavandaria, o armazém, os transportes como ajudante de motorista e agora a portaria também, estamos a iniciar o projeto da portaria (...)” (DG); “Sendo uma quinta temos aqui, por exemplo, muito trabalho para fazer dentro da quinta (...) o grupo que tem mobilidade motora normalmente vem dar uma ajuda nas colheitas” (DT); “Eu acho que nós lhes estabelecermos horários, como se fosse um horário de trabalho (...) e também, para além disso, aos jovens e aos adultos poderemos dar aqui, a alguns que têm essa capacidade, trabalhar lá fora, ajudá-los a fazer um currículo (...)” (AS); “(...) os ateliês acabam por trabalhar aqui algumas competências generalizadas e tentamos encaixar os utentes que têm o maior interesse (...) para depois tentarmos aqui um emprego protegido” (ES); “(...) as competências adquiridas que durante dias e semanas são trabalhados nos vários ateliês (...)” (M); “(...) eles vão estar integrados ao mundo do trabalho, e começam a colocar em prática aqui na instituição mesmo (...). Mas mesmo aqui dentro eles já começaram a receber aqui um tipo de remuneração (...)” (AAD1); “Nós aqui temos o facto de os nossos utentes poderem participar em alguns ateliês (...). E também temos alguns utentes que acabam por ter saídas diárias para cursos fora da Instituição” (AAD2).

Tendo em conta o domínio das **Relações Sociais**, composto pelas vertentes das relações sociais e do apoio social, os entrevistados enunciaram:

- Relações sociais: “(...) promovemos os contatos com os nossos voluntários (...) aos fins de semana fazem saídas com eles, temos participação nas atividades da comunidade, sempre que existem, de outras instituições, as festas, as festas organizadas pela junta de freguesia (...)” (DG); “A nível do social estamos sempre muito atentos aquilo que se desenvolve, quer a nível da comunidade mais próxima no local onde a Instituição (...) ou recebemos voluntários (...) vêm buscar os utentes para passar o dia com eles, ir ao Museu, ao cinema, a um passeio com outras pessoas (...)” (DT); “Eu acho que acima de tudo é dar-lhes esse espaço para eles poderem conviver todos juntos (...)” (AS); “(...) fazemos aqui

algumas saídas externas, sendo que também inserimos alguns dos utentes em atividades físicas externas, assim como cursos de formação” (ES); “São realizados passeios, são realizados visitas, são realizados no tempo do verão as idas à praia em que lhes permitem estar num ambiente mais descontraído e por vezes até socializar com pessoas que estão ali à sua volta. (...) é-lhes permitido sair os fins de semana, seja para visitar família, seja acompanhados de família, seja único e exclusivamente para entre alguns deles poderem usufruir de alguns espaços sociais (...)” (M); “(...) temos aqui um mundo... diferentes casos, temos famílias que são muito presentes (...). Temos outras que nem tanto. Então, as pessoas da casa, a família deles, somos nós mesmos os colaboradores (...)” (AAD1); “Portanto, as principais são as dentro da instituição, entre utentes e equipa educativa. Temos muitos com família lá fora que acabam por ainda ter ligação diariamente (...). Temos também utentes que têm família, mas que não querem (...). E existe também utentes que acabam por ter contacto com pessoas de fora pelas atividades que exercem fora da Instituição” (AAD2).

- Apoio social: “(...) é toda a nossa atividade, quer através das pessoas que trabalham, quer dos nossos voluntários e quer pelo fomentar das relações entre eles (...)” (DG); “(...) têm o apoio dos voluntários (...). Temos ainda também um grupo de famílias que são as Famílias Francisco Xavier que promovem uma vez por mês atividades (...). Tudo aquilo que eles necessitam a Instituição, dentro daquilo que é o possível, responde às necessidades deles (...)” (DT); “(...) Eu acho que parte muito de nós equipa eles sentirem isso, eles sentem que nós estamos lá para eles quando eles precisam (...)” (AS); “Há aqui um grande acompanhamento e uma supervisão da parte da equipa técnica aos utentes” (ES); “Não há um único utente que, ao mínimo à "aí" que dê, não estejam as pessoas devidamente e com competências para o fazer, para os apoiar, para os ajudar (...)” (M); “Pronto, isso na verdade é uma relação que a gente foi construindo ao longo de algum tempo (...) para eles sentirem que existe aqui algum tipo de vínculo (...)” (AAD1); “É sempre estar pronta para ouvir e esclarecer e acabar por mimá-los um pouco também” (AAD2).

Com base no domínio do **Ambiente**, composto pelas vertentes da liberdade e segurança, do acesso a recursos financeiros, da saúde, da Assistência Social, da participação em atividades para a aquisição de competências, do acesso a transportes e da frequência de ambientes físicos saudáveis, os entrevistados relataram:

- Liberdade e segurança: “(...) promover a autonomia deles nas mais diversas deslocações, quer seja num passeio pela Quinta (...) quer seja no poder dar uma volta dentro da nossa localidade, quer, ainda mais longe, ir a casa de um familiar, autonomamente. Faz inicialmente com supervisão, mas sempre percebemos que há competência para isso e uma base mínima de segurança (...)” (DG); “(...) a segurança em casa (...) está de acordo com aquilo que está protocolado. (...) Eles podem fazer saídas ao fim-de-semana, se também têm meios para isso, é promovido isso” (DT); “A liberdade eu acho que passa muito pelo espaço que nós temos, não é, é um espaço bastante vasto (...). Em relação à segurança eu acho que é mesmo o facto de nós termos aquele espaço em que aberto à comunidade é mais resguardado (...)” (AS); “Os que têm a maior autonomia acabam por ter aqui uma liberdade de saída,

contudo acaba por ser sempre supervisionada de forma a promover aqui a segurança” (ES); “(...) a segurança que o espaço tem, que os utentes com toda a certeza sentem no espaço onde estão inseridos. Liberdade, obviamente têm a liberdade dentro do âmbito do espaço onde estão inseridos para, de uma forma autónoma, fazerem aquilo que muito bem lhes aprouver” (M); “(...) a gente trabalha muito a nível de desenvolver a autonomia deles (...) temos vários utentes que têm a liberdade de se quiser, por exemplo, sair ao final de semana (...) com alguns tipos de regras (...). Segurança é sempre como é feito com a gente mesmo em casa, eles saem comunicáveis, saem com o telemóvel para se comunicar, (...) horários, tudo, respeitando tudo e eles conseguem muito bem (...)” (AAD1); “(...) vão sempre para locais que minimamente sejam seguros. (...) Para nos assegurar a segurança dos nossos utentes, temos sempre o método dos nossos utentes levarem o seu telemóvel (...) E também acabam sempre por ter horário, como foi referido, de saída e regresso” (AAD2).

- Acesso a recursos financeiros: “Eles têm o acesso aos recursos financeiros através de um dinheiro de bolso que lhes é atribuído e disponibilizando-se sempre que eles têm uma saída ou um pedido especial (...)” (DG); “É assim, os recursos financeiros que eles têm estão todos sujeitos ao tutor do processo que cada um tem, portanto, passará sempre pelo tutor o acesso aos recursos financeiros, o que quer dizer que eles não têm um livre acesso aos seus recursos” (DT); “(...) que isso passa também muito por nós técnicas, não é, os pedidos à quarta-feira passa muito pela gestão financeira” (AS); “É dado um fundo maneio e semanalmente perante as necessidades de cada um” (ES); “Bom, aqui há um papel fundamental que é desenvolvido, obviamente, pelas técnicas de ação social, que são elas que controlam as necessidades, que de facto ensinam o valor do dinheiro aos utentes (...)” (M); “(...) é assunto mais, assim, da equipa técnica, porém, cada um deles tem a sua mesada, digamos, mensal que pode gastar e cada um deles escolhe como gastar” (AAD1); “A nossa instituição recebe sempre mensalmente um valor (...) que depois é gerido também pela equipa técnica (...). Às vezes, alguns familiares também fornecem dinheiro (...)” (AAD2).

- Saúde: “(...) idas aos médicos e todo o acompanhamento médico é feito e depois o seguir das recomendações, quer seja a medicação diária (...) seja a fisioterapia, a enfermagem, o que for, o exercício” (DG); “Pois, aqui é uma área que estamos com algum défice (...), por exemplo, estar três meses à espera de uma consulta para fazer análises para avaliação de alguma situação. Portanto, esta é uma área que não está salvaguardada de todo, tem sido um trabalho um bocadinho complicado, a garantir que eles conseguem ter o acesso à saúde (...)” (DT); “(...) ir com eles a consultas, estarmos sempre disponíveis para quando não conseguimos qualquer coisa estar sempre atentas às questões de saúde eles, marcar sempre consultas, ir com eles a exames médicos (...)” (AS); “Quando nós não temos respostas internas, acabamos por fazer aqui um acompanhamento a respostas externas” (ES); “Temos, além da medicação que cada um deles obviamente tem prescrita, temos acompanhamento médico psicológico, psiquiátrico, temos também as consultas chamadas de rotina, temos as consultas de especialidade (...)” (M); “Temos aqui uma psiquiatra que vem ver a necessidade de mudança de medicação, que se preocupa aqui para ver se tem algum tipo de mudança de comportamento, ver se é necessário fazer algum reajuste.

(...) e também temos a enfermeira, que vem sempre que é necessário, se a gente identifica algum problema, alguma coisa relacionada à saúde (...)" (AAD1); "(...) temos sempre um psiquiatra, temos uma enfermeira na Instituição também, e exterior temos a parte das consultas que são sempre acompanhadas pela nossa equipa técnica". (AAD2).

- Assistência Social: "(...) nós somos respostas de apoio social, isso é da nossa natureza, é já onde eles estão integrados, portanto toda a nossa organização é para assegurar todo o apoio social que eles necessitam, por vezes chegam-nos a casos de utentes que são admitidos mas que nunca tiveram qualquer tipo de proteção social, apoio social. Estou a falar de apoios sociais mais pecuniários, apoios monetários, não têm a PSI, não têm sequer o Atestado Multiusos, não têm nenhum dos seus direitos basilares assegurados. E, depois há técnicos que, obviamente, tratam de regularizar estas questões, mas toda a nossa ação é apoio social, sim" (DG) "(...) tudo o que é passível de ser assegurado, tem trabalhado nesse sentido para que não lhes falte aquilo a que têm direito. (...) passa muito pelo apoio da Equipa Técnica, nomeadamente, das Assistentes Sociais da equipa" (DT); "(...) passa muito por mim como técnica, não é, esta minha disponibilidade e, lá está, estarmos sempre atentar ao que sai novo, ao que surge, a novas respostas, a novas informações, para que nós consigamos atingir a melhor qualidade de vida para eles" (AS); "Nós acabamos por fazer sempre aqui um acompanhamento muito presencial, de forma a irmos de encontro sempre às necessidades aqui dos utentes. Temos uma equipa multidisciplinar, composta também por Assistente Social" (ES); "Pronto, esta é uma daquelas questões e dado o facto de eu não estar inserido e não dominar o tema (...) aquela que eventualmente competirá também ao Estado português e aos serviços que estão na dependência do Estado Português" (M); "(...) tem hoje na equipa técnica duas Assistentes Sociais que estão com eles para isso". (AAD1); "Neste momento, temos duas assistentes sociais na instituição, que acabam por ser responsáveis por assegurar todos os apoios sociais dos utentes e em prol também do bem-estar e da qualidade de vida (...)" (AAD2).

- Participação em atividades para a aquisição de competências: "É através dos ateliers que eu referi, das atividades socialmente úteis (...)" (DG); "(...) as atividades do CACI, por si só, já fazem com que haja a aquisição de competências. Têm feito também algumas formações online (...) a última que eles fizeram tinha a ver com a preparação para a entrevista do primeiro emprego (...)" (DT); "Eu acho que é sempre tentar mobilizá-los e estimulá-los ao máximo possível na participação, nunca vamos conseguir que todos participem (...) porque lá está, isto a capacidade intelectual (...)" (AS); "Quando nós não temos respostas internas aqui, a nível dos ateliês que são delineados consoante as necessidades de cada utente, nós tentamos sempre inseri-los em Instituições externas, tanto a nível de cursos de formação, como de futebol, golfe, atividades físicas externas (...)" (ES); "Temos alguns utentes (...) a fazer formação fora do âmbito da instituição para a aquisição de novas competências, formação profissional que (...) de alguma forma, contribuir para a sua autonomia e, quiçá, uma eventual independência e uma vida independente que muitos deles almejam ter num futuro próximo" (M); "(...) tem a nossa animadora social, que mais do que ninguém consegue identificar as competências de cada

um e trabalhar nisso com eles” (AAD1); “(...) temos as atividades fora da instituição, como, por exemplo, almoços, teatros, praias...já fomos também um jardim zoológico” (AAD2).

- Acesso a transportes: “transportes que temos, ainda na instituição, há utilização por alguns transportes públicos, naqueles que podem ser mais autonomamente” (DG); “(...) sistematicamente compra-se o passe social para que eles possam fazer as saídas, possam usar este passe social para fazerem as suas deslocações (...). E aqueles que têm mobilidade reduzida e que se tiverem de se deslocar a algum lado, normalmente nós garantimos o transporte (...)” (DT); “(...) grande parte dos nossos utentes não conseguem fazê-lo sozinho, longe disso, se calhar mesmo com ajuda é algo mesmo complicado” (AS); “Nós temos carrinhas próprias, contudo, quem tem maior autonomia pode andar em transportes públicos” (ES); “A casa dispõe de meios próprios, carros, carrinhas, que lhes permite sempre que necessário, seja numa vida lúdica, seja um acompanhamento médico, seja eventualmente entrevistas de atividades profissionais (...) mas também aqueles que necessitam e que querem têm acesso, por exemplo, ao passe social (...)” (M); “A instituição disponibiliza, temos aqui duas carrinhas, temos um carro também (...)” (AAD1); “A instituição tem três carrinhas, sempre disponíveis para assegurar as saídas dos nossos utentes e também temos utentes que têm passe, portanto, conseguem usar os transportes públicos para as suas saídas” (AAD2).

- Frequentação de ambientes físicos saudáveis: “(...) todo o nosso enquadramento é um ambiente físico, um ambiente saudável, pronto. Quer o nosso contexto, que é um ambiente amplo, bonito, arejado, despoluído, quer as atividades planeadas, atingem esse fim (...)” (DG); “Frequentar jardins, ir passear ao campo, se não é semanal é quinzenal (...)” (DT); “(...) é nós tentarmos ao máximo a existência desse espaço físico saudável, em que eles todos se tentam dar bem, em que há uma harmonia, uma tranquilidade, em que há auxiliares disponíveis (...)” (AS); “Nós temos uma quinta, na qual já acabamos internamente por promover aqui a frequência a ambientes físicos saudáveis, contudo, nós também fazemos aqui algumas saídas para reforçar esta frequência, praias, piqueniques, fora da Instituição” (ES); “(...) o melhor ambiente físico a que eles têm acesso em termos de frequência é, de facto, o espaço onde estão inseridos. Mas depois também têm algumas saídas que lhes permitem uma vida um pouco mais lúdica, sempre em espaços que são em termos ambientais bastante saudáveis, jardins, parques temáticos (...)” (M); “A instituição está integrada numa quinta de 16 hectares (...) e temos aqui jardins, muito bonitos (...), temos a quinta pedagógica, com alguns animais nelas que eles gostam muito (...), temos aqui um espaço muito agradável que conseguimos trabalhar com eles de forma muito positiva” (AAD1); “A instituição tem uma coisa muito boa, que temos uma quinta enorme, quinta essa que tem animais, o que ajuda imenso no relaxamento dos nossos utentes. Tem muito espaço verde, temos um campo de futebol (...) e temos também as saídas ao exterior de praias, jardins, museus e afins” (AAD2).

Relativamente ao domínio das **Crenças e Valores Pessoais**, composto pelas vertentes da espiritualidade e religião e das crenças pessoais, os entrevistados referiram:

- Espiritualidade e religião: “Nós somos uma instituição da Igreja e, como tal, temos um calendário de atividades onde tem lugar a missa, onde tem lugar as festividades religiosas (...). Tiveram

uma participação ampla, muito bonita, na Jornada Mundial da Juventude. Há grupos de voluntários que trabalham com eles mensalmente, ao sábado, um sábado por mês, em encontros que trabalham esta dimensão. (...) é uma área valorizada, muito procurada por eles (...)” (DG); “(...) dentro da Instituição há a prática da missa no sábado à tarde, que eles frequentam ou não, consoante estão interessados ou não em ir (...)” (DT); “Eu acho que acima de tudo é a existência da Missa (...) e o padre estar disponível também para os ouvir e eles na Missa terem aquela participação de poderem ser ouvidos, de fazer os pedidos deles (...)” (AS); “É uma instituição religiosa, na qual acaba por haver missas semanais e participa quem tem mais esse interesse” (ES); “Daquilo que me tem sido dado a perceber e dado à natureza da instituição, ser obviamente católica, cristã (...)” (M); “Nós temos aqui o padre na instituição que também desenvolve aqui algumas missas ao sábado (...) onde eles conseguem se abrir, falar aqui no sentido mais religioso (...)” (AAD1); “Os nossos utentes podem sempre frequentar as missas, o coro que existe sempre ao sábado e podem sempre também confessar-se com o nosso padre às quintas-feiras” (AAD2).

- Crenças pessoais: “Pela escuta. Ou seja, apesar da nossa proposta e de muitas das nossas atividades serem esta, acho que também todos têm a oportunidade de expressarem aquilo em que acreditam e aderirem ao que querem e ao que não querem (...)” (DG); “(...) as crenças que eles trazem daquilo que viveram no passado... porque toda a nossa população, à exceção de um ou dois, todos têm um passado de maus-tratos, de violência, negligências, portanto, a crença de que a vida deles é definida por aquilo que eles viveram lá no passado... nós trabalhamos diariamente para que eles percebam que isso não os define e que há coisas que eles são independentemente daquilo que eles já viveram (...)” (DT); “Eu acho que é estarmos abertos a ouvir, compreender e apoiar” (AS); “Quando alguns dos utentes não são religiosos ao ponto de irem todas as semanas à missa, têm o há vontade de dizer que não. (...) acaba por haver ali um respeito pela individualidade de cada um” (ES); “Eu penso que a Casa tem tudo aquilo que permite, ou que poderá permitir aos utentes, a qualidade de vida das suas crenças pessoais (...) diariamente, quando são feitas as orações às refeições, os agradecimentos pelas pessoas que contribuíram para que existisse refeição na mesa, o agradecimento às pessoas que trabalham todos os dias para o bem-estar dos utentes, o agradecimento para as pessoas que têm os cuidados diários, o acompanhamento, os auxiliares, os profissionais técnicos, os profissionais de saúde, portanto, também se vive dessa forma a espiritualidade” (M); “Eles têm aqui algumas crenças, alguns valores que já são deles desde muito tempo. Quando eles chegam aqui, a gente tenta trabalhar com eles no sentido de conseguir fazer eles enxergar o que é certo e o que é errado, porque muitas vezes eles não têm essa disseminação (...) então a gente faz aqui alguns trabalhos com a psicóloga (...)” (AAD1); “(...) acaba por ser assegurado por nós, monitores, que os nossos utentes adquirem essas crenças mais saudáveis porque alguns já fora daqui tiveram realidades mais complicadas, mais complexas e acaba por ser bom a gente introduzi-los a esse tipo de crenças” (AAD2).

6.4. Avaliação dos Recursos da IPSS para a Promoção da Qualidade de Vida

Após a análise das práticas e recursos utilizados na IPSS da Área Metropolitana de Lisboa para promover a qualidade de vida aos utentes com Deficiência Intelectual, procedeu-se à recolha de dados sobre a perspetiva dos profissionais face aos recursos existentes na Instituição, a fim, de se averiguar a necessidade de mais recursos e/ou a melhoria dos recursos existentes.

Com base na perspetiva de alguns dos entrevistados, foi possível perceber que existe a necessidade de mais profissionais na Instituição: “É assim, falta-nos, por exemplo, ter aqui uma pessoa que faça a ponte entre aqueles que conseguem ter um trabalho lá fora, ou um trabalho fora da Instituição, e as empresas e os locais de trabalho numa de poderem ingressar (...)” (DT); “A existência de um psicólogo, eu acho que é crucial, nem que seja porque nos consegue dar aqui respostas e apoios noutras áreas (...)” (AS); “Sim, apresentam os recursos necessários, contudo, há sempre algo a melhorar (...), por exemplo, fisioterapia, psicologia. (...) Nutricionista” (ES); “Então, na verdade temos aqui bastantes recursos, temos o suficiente para proporcionar qualidade de vida, para proporcionar aqui uma vida mesmo, proporcionar momentos de vida para eles, e que na verdade precisa ser trabalhado mesmo isso com eles, ou seja, trabalhado de forma individual com eles, talvez um reforço focado de forma individual com os utentes em específico, assim um psicológico, um reforço psicológico, acho que é o que realmente estava faltando (...)” (AAD1).

Duas das profissionais mencionaram que seria importante a existência de respostas externas que permitissem a libertação de vagas, dado que na resposta social para adultos com DI, estão inseridos utentes que deveriam estar integrados numa resposta de saúde, adequada às suas reais necessidades: “Faltava podermos ter um grupo que fosse de facto para a resposta social... precisávamos de fazer a retirada de alguns elementos para os quais nós não somos uma respostas e que traz aqui alguma destabilização (...)” (DT); “Eu acho que se calhar, para mim, o facto de nós muitas vezes sentirmos que não existe respostas de outras respostas sociais, ou da saúde que nos permitam libertar vagas para outras pessoas que efetivamente necessitam (...) e isso também inibe aqui um bocadinho a qualidade de vida e bem-estar de todos eles (...)” (AS).

Foi enunciado por uma das profissionais que um dos desafios com que se depara são as participações: “Eu acho que nós fazemos aquilo que podemos e vamos um bocadinho mais além, estou a falar nas questões daquilo que assumimos com alguma dificuldade, que são as participações do psiquiatra e do enfermeiro e de toda esta área que está completamente a descoberto” (DG).

Uma das entrevistadas mencionou que seria uma mais-valia a aquisição de mais atividades e ateliers para os utentes com DI: “E se calhar o facto de nós podermos encontrar aqui outras atividades e outros ateliers que lhes possam enriquecer” (AS).

Apresentou-se ainda como uma preocupação a boa gestão dos recursos humanos da Instituição, em prol, de uma boa prática profissional: “(...) há sempre que temos a melhorar na gestão das equipas, na motivação do empenho das pessoas que ali trabalham, neste sentir que eles vivem ali e nós somos todos,

apesar de isto ser a nossa profissão, também somos a família deles e isto é uma responsabilidade acrescida e este sentido ético tem sempre que ser renovado e desenvolvido em cada um” (DG).

Por fim, existiram dois profissionais que consideraram que a Instituição apresenta os recursos necessários para a promoção da qualidade de vida aos utentes com Deficiência Intelectual, não mencionando quaisquer melhorias nos recursos existentes: “Bom, aqui isto é sempre aquele mesmo princípio, o bom é inimigo do ótimo, mas sim, a casa, na sua globalidade e percentualmente muito elevada, proporciona das melhores qualidades de vida aos seus utentes. Eu costumo dizer, por graça e por brincadeira, há muitos hotéis que não proporcionam esta qualidade aos seus clientes e, de facto, (...) os utentes, falta de qualidade de vida, não têm ao nível do espaço físico, não têm ao nível dos profissionais, não têm ao nível das condições básicas e mais que básicas de conforto e de higiene, não têm falta de qualidade para desenvolver a sua vida lúdica (...)” (M); “Sim, eu acho que a instituição está excelente para os nossos utentes, acho que tem de tudo um pouco e acho que melhor é impossível” (AAD2).

6.5. Avaliação da Satisfação da Qualidade de Vida dos utentes com DI

A última pergunta da entrevista semiestruturada, teve como intuito perceber se os profissionais da IPSS consideram que os utentes com Deficiência Intelectual estão satisfeitos com a sua qualidade de vida na Instituição.

Neste sentido, com base na análise de dados, foi possível constatar que a maioria dos profissionais considera que os utentes se encontram satisfeitos com a sua qualidade de vida na Instituição, dado que as suas vivências passadas foram marcadas por episódios infelizes e traumáticos e, neste momento, estão inseridos em respostas sociais (Lar Residencial e Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão) capazes de suprir todas as suas necessidades básicas: “Sim, considero, por aquilo que já referi, acho-os felizes, gostam de lá estar, muitos vinham dos seus irmãos ou da sua família e muitos dos que vêm dos seus irmãos ou da sua família, muitas vezes preferem lá estar e passar lá o tempo livre do que ir à família e sentem-se bem. Há muitos sinais exteriores de felicidade e de bem-estar. Sim, vê-se de um olhar” (DG); “Aquilo que eles verbalizam é isto, eles estão felizes por estarem na nossa casa. (...) Tendo em mente que alguns deles viviam na rua, outros foram abandonados, enfim, outros passaram fome, portanto sim, eles estão felizes no sítio onde estão. (...) eles acabam por ter as suas necessidades básicas supridas e ainda conseguem ter aqui outros momentos de lazer e de convívio, de alegria que lhes vamos promovendo” (DT); “Eu acho que sim. (...) Porque todos os dias quando nós chegamos ao trabalho e recebemos um abraço, um beijo e um bom dia e um sorriso na cara, é porque nós estamos a fazer algo de positivo, por isso, acredito que sim” (AS); “Sim, de um modo geral, sim. Porque demonstram que acabam por estar aqui satisfeitos. Como em todos, há utentes que nunca estão satisfeitos, só ficam, só acabam por dar o seu devido valor, quando às vezes não o têm. Mas, no modo geral, sim, têm um espaço amplo no qual podem passear, têm diversas atividades, tanto nos ateliês e na altura dos ateliês (...). Os cuidados de saúde também acabam por ter aqui vários tipos de cuidados de saúde” (ES); “Sim, eles

estão, acredito que eles estão sim, muito satisfeitos, claro, se descobrindo, não é, e aprendendo também, porque eles estão agora inseridos em outro mundo, digamos, que eles estão descobrindo, primeiro que eles estão aprendendo a se conhecer, estão aprendendo a viver o que é o certo, o que é o errado” (AAD1); “Sim, no meu ponto de vista sim, porque muitos utentes revelam que se não fosse a instituição, eles não seriam ninguém. Têm essa capacidade às vezes de falar connosco sobre estas situações assim sem qualquer problema e, no meu ponto de vista, eles têm uma qualidade de vida super boa e acho que melhor era impossível, porque tudo o que eles pedem e tudo o que precisam a instituição está sempre disposta a dar” (AAD2).

Contudo, um dos entrevistados considera que os utentes com DI estão satisfeitos com a sua qualidade de vida, no entanto, existem aspetos externos que fazem com que a sua satisfação não seja plena: “Sim, eu acho que, de um modo geral, eles estão satisfeitos, obviamente. (...) Ao nível emocional, acho que a sua satisfação, pelo facto de estarem naquele espaço, alguns deles, como nós sabemos, com falta de acompanhamento familiar, falta de relacionamento familiar, eventualmente, não sei (...). E a sua realização e a sua qualidade de vida não ser satisfatória a 100% no espaço, porque a parte emocional, obviamente, que é aquilo que também muitas vezes acaba por criar os seus desequilíbrios, não está completa, acho eu” (M).

Conclusão

Concluindo a presente investigação que se rege através da questão de partida “Qual a intervenção de uma IPSS da Área Metropolitana de Lisboa junto de Adultos com Deficiência Intelectual?”, é factível dar resposta ao objetivo geral e aos objetivos específicos propostos inicialmente.

No que respeita aos objetivos específicos, e tendo em conta o primeiro objetivo delineado, “Perceber quais as respostas/apoios sociais que promovem a qualidade de vida em Adultos com DI”, pretendeu-se apurar de que apoios e respostas sociais auferem os utentes da Instituição, e a adequabilidade destes para colmatar as necessidades desta população. Delinearam-se, assim, duas questões direcionadas apenas para a Assistente Social da Instituição no âmbito da dimensão de *respostas e apoios sociais*, sendo possível averiguar que os utentes com Deficiência Intelectual auferem apenas da Prestação Social para a Inclusão (PSI) como apoio social, e que se encontram já inseridos em duas respostas sociais dentro da IPSS, enunciando o Lar Residencial e o Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão. No que se refere à perspetiva da Assistente Social face aos apoios existentes para pessoas com DI, compreendeu-se que estes são escassos e ineficientes para suprir as necessidades desta população, levando conseqüentemente à exclusão social.

Como segundo objetivo específico definiu-se “Entender o Contributo do Assistente Social junto de Adultos com DI”, tendo este sido compreendido através da dimensão de *funções e competências* da Assistente Social, que se regem por práticas promotoras do desenvolvimento de competências dos utentes através da dinamização de atividades em ateliers, pelo trato de questões burocráticas, nomeadamente respostas ao Tribunal Solicitado e pelo estabelecimento das relações familiares.

O terceiro objetivo específico, “Averiguar os benefícios da intervenção de uma equipa multidisciplinar junto de Adultos com DI”, consistiu na recolha de dados sobre as dimensões de *funções e competências* e de *equipa multidisciplinar*. Face aos dados recolhidos, constatou-se através dos sete entrevistados que a Instituição é composta por profissionais de diversas áreas (saúde, educação, social e direção) que em conjunto criam estratégias para colmatar as necessidades dos utentes, em prol de bem-estar e de qualidade de vida, enunciando-se as seguintes: comunicação (a equipa conta com uma comunicação eficaz que permite abordar assuntos relevantes sobre os utentes, com o objetivo de planear e implementar estratégias de intervenção); dinamização de reuniões regulares em equipa (os profissionais da IPSS realizam frequentemente reuniões que visam o planeamento, intervenção e resolução de conflitos dos utentes); partilha de conhecimento (a equipa técnica possui um papel fundamental na orientação e passagem de conhecimentos e práticas aos monitores e auxiliares de ação direta, em prol de uma melhor intervenção); trabalho em equipa (existe uma colaboração entre a Direção, Equipa Técnica, Equipa de Monitores e Equipa de Auxiliares no planeamento e implementação de atividades e práticas interventivas).

Como quarto e último objetivo específico, enunciou-se “Compreender a eficiência das práticas e recursos da Instituição para a promoção da qualidade de vida aos utentes com DI”, onde se analisou a dimensão da *avaliação dos recursos da IPSS* e da *avaliação da satisfação da qualidade de vida dos utentes*. Tendo em conta a avaliação dos recursos, compreende-se que a Instituição apresenta desafios e necessidades, nomeadamente: necessidade de motivação da equipa; necessidade de profissionais de outras áreas; necessidade de integração de utentes em respostas de saúde adequadas; desafios nas participações; necessidade de desenvolvimento de mais ateliers. Relativamente à satisfação dos utentes com DI face à IPSS como promotora de qualidade de vida, a maioria dos profissionais considera que os utentes se encontram satisfeitos.

Relativamente ao objetivo geral “Compreender o Contributo de uma IPSS da Área Metropolitana de Lisboa para a promoção da qualidade de vida em adultos com Deficiência Intelectual”, foi possível constatar através da recolha de dados e com base na dimensão de *qualidade de vida*, que a Instituição dispõe de práticas e recursos capazes de dar resposta a todos os domínios da qualidade de vida enunciados pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Posto isto, os domínios da Saúde Física, da Saúde Psicológica, do Nível de Independência, das Relações Sociais, do Ambiente e das Crenças e Valores Pessoais, são assegurados diariamente através das práticas implementadas pelos profissionais, entidades externas, desenvolvimento de ateliers/atividades, saídas individuais ou em grupo e integração dos utentes em formações de interesse.

No que se refere às práticas e recursos para promover a qualidade de vida tendo em conta *o domínio da Saúde Física*, os entrevistados referiram: Energia e Vitalidade – atividade física (caminhadas, atelier de dança e desporto) e alimentação equilibrada; Qualidade de Sono – estabelecimento de rotinas noturnas; toma medicamentosa; espaço confortável; cama individual; acompanhamento noturno por parte da Equipa de Auxiliares.

Relativamente ao *domínio da Saúde Psicológica*, as práticas e recursos que visam a qualidade de vida, tendo em conta a perspetiva dos profissionais são as seguintes: Autoestima e Cuidados de Imagem – valorização das capacidades; reforço positivo; ateliers de desenvolvimento pessoal; apoio psiquiátrico; apoio nos cuidados pessoais e de higiene; fornecimento de roupas e acessórios ao gosto dos utentes; Gestão das Emoções Positivas e Negativas – apoio por parte dos profissionais da IPSS; apoio psiquiátrico; reforço positivo e diálogo; medicação SOS; saídas exteriores; formações de práticas de contenção emocional e física aos profissionais; Obtenção de Competências de Raciocínio, Memória, Pensamentos e Aprendizagens – atividades dinamizadas nos diferentes ateliers da resposta social de Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão da IPSS.

As práticas e recursos utilizados na IPSS para promover a qualidade de vida no *domínio do Nível de Independência*, enunciadas pelos profissionais foram: Mobilidade – caminhadas e exercício físico; saídas individuais; utilização de transportes públicos; infraestruturas adaptadas para os utentes menos autónomos, nomeadamente, rampas e elevadores; Concretização de Atividades de Vida Diária – rotinas pré-estabelecidas; escalas de atividades; ateliers; cuidado e limpeza dos espaços; Capacidade de

Trabalho – atividades socialmente úteis; trabalhos e atividades na Quinta da IPSS; estabelecimento de horários para os ateliers e atividades; desenvolvimento de competências e criação de currículos para a ingressão no mercado de trabalho; renumeração como forma de incentivo e reconhecimento a alguns dos utentes que desenvolvem práticas profissionais dentro da Instituição; Relações Sociais – relação entre utentes; saídas externas com voluntários; contacto com a família; cursos de formação; atividades de lazer fora da Instituição; participação em atividades organizadas por entidades locais; Apoio Social – envolvimento dos voluntários; atividades promovidas pelas “Famílias Francisco Xavier”; estabelecimento de vínculos; disponibilidade e compreensão por parte dos profissionais para dar resposta e apoio às problemáticas e necessidades dos utentes.

Face ao *domínio do ambiente* e tendo em conta as práticas e recursos utilizados na IPSS para a promoção da qualidade de vida, os profissionais mencionaram: Liberdade e Segurança – promoção da autonomia através de saídas e visitas a familiares, visando sempre a segurança dos utentes através do contacto telefónico e estabelecimento de horários de saída e de regresso; Acesso a Recursos Financeiros – dinheiro de bolso gerido pela Equipa Técnica; contribuição dos familiares e dinamização de atividades em ateliers que visem aptidões de gestão financeira; Saúde – acompanhamento dos utentes a consultas; cuidados de saúde física e psicológica prestados mensalmente pela enfermeira e psiquiatra da Instituição; Assistência Social – a Instituição possui duas Assistentes Sociais na Equipa Técnica responsáveis por assegurar as respostas e apoios sociais aos utentes com DI; Participação em Atividades para a Aquisição de Competências – atividades dinamizadas nos ateliers; participação em formações; parecerias externas; motivação e estímulo à participação dos utentes nas atividades socialmente úteis; Acesso a Transportes – os utentes com maior autonomia apresentam competências para utilizarem transportes públicos e os utentes com menor autonomia recorrem aos veículos da Instituição; Frequentação de Ambientes Físicos Saudáveis – a IPSS por si só já possui um ambiente físico saudável, dado que se encontra inserida numa grande Quinta de dezasseis hectares, no entanto, os utentes realizam diversas atividades exteriores em espaços físicos saudáveis, dos quais, jardins, museus e praias.

No que diz respeito ao *domínio das Crenças e Valores Pessoais*, as práticas e recursos utilizados na IPSS para promover a qualidade de vida dos utentes são: Espiritualidade e Religião – a IPSS é uma Instituição Católica, pelo que, dentro da mesma se concretizam regularmente atividades que promovem a espiritualidade e a religião, nomeadamente, a Missa aos sábados, as confissões às quintas-feiras e atividades festivas; Crenças Pessoais – desmistificação das crenças e dos valores incutidos nos utentes devido a traumas e abusos físicos e psicológicos vivenciados no passado; respeito pela individualidade e pelas crenças religiosas dos utentes.

Face ao exposto, e apesar dos resultados positivos obtidos no presente estudo através da recolha de dados aos profissionais da IPSS da Área Metropolitana de Lisboa, constata-se que as respostas e apoios sociais existentes em Portugal ainda estão muito aquém das necessidades desta população. Responder às necessidades das pessoas com DI não é apenas uma obrigação moral, é uma estratégia crucial para a construção de uma sociedade justa, inclusiva e equitativa que vise a garantia dos Direitos Humanos, o

bem-estar e o acesso à educação, à inclusão social, à saúde e a recursos económicos. Assim, é fundamental o contributo dos assistentes sociais na criação de políticas e práticas mais inclusivas e abrangentes, que visem a garantia de uma vida plena às pessoas com Deficiência Intelectual, nomeadamente, a criação de políticas que visem a criação de mais postos de emprego apoiados e adequados às limitações desta população e melhoria dos apoios sociais já existentes, visando a valorização dos recursos financeiros fornecidos.

Por fim, e no que se refere ao presente estudo, é importante salientar que apesar de terem sido estudadas diversas dimensões, não foi possível aprofundar todas elas. Sugere-se assim, que se retomem estas questões em futuras investigações, de modo, a que seja possível refletir e reproduzir mais conhecimento, em prol da mudança da mentalidade da sociedade face à população com Deficiência Intelectual.

Referências Bibliográficas

Braga, A. P. B. (2018). *Serviço social e autodeterminação das pessoas com deficiência*. [Dissertação de mestrado, Iscte – Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório Iscte.

<https://www.iscte-iul.pt/tese/8320>

Cartolano, F. P. (2019). *Qualidade de vida na pessoa com Deficiência Intelectual: percepção do indivíduo*. [Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo - Faculdade de Medicina]. Repositório USP.

<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5170/tde-07082019-110658/publico/FernandaParsequianCartolano.pdf>

Coelho, V. C. O. (2019). *Declínio Cognitivo e Deficiência Intelectual em adultos e idosos: perfil cognitivo e efeito das variáveis sociodemográficas*. [Dissertação de mestrado, Universidade Lusófona do Porto]. Repositório Científico Lusófona.

https://recil.ensinolusofona.pt/bitstream/10437/10364/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o_Vera_Carolina_de_Oliveira_Coelho_Orientadora_C%c3%a9lia_Oliveira_Setembro_2019_PDF.pdf

Coutinho, C. P. (2015). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática* (Ed.2). Almedina.

[https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=uFmaAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&dq=Coutinho,+Clara+\(2015\),+Metodologia+de+Investiga%C3%A7%C3%A3o+em+Ci%C3%A4ncias+Sociais+e+Humanas:+teoria+e+pr%C3%A1tica+online&ots=GhiJ_ucWM1&sig=vAIRkiXKczFLADWzGTNBqFXITeM&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=uFmaAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&dq=Coutinho,+Clara+(2015),+Metodologia+de+Investiga%C3%A7%C3%A3o+em+Ci%C3%A4ncias+Sociais+e+Humanas:+teoria+e+pr%C3%A1tica+online&ots=GhiJ_ucWM1&sig=vAIRkiXKczFLADWzGTNBqFXITeM&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

CRPG - Centro de Reabilitação Profissional de Gaia e ISCTE - Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. (2007). *Mais Qualidade de Vida para as Pessoas com Deficiências*. CRPG – Centro de Reabilitação Profissional de Gaia.

https://comunicacaoaa.files.wordpress.com/2010/02/9-mais_qualidade_de_vida_para_as_pessoas_com_deficiencia_dez_20071.pdf

Dias, L. P. F. (2011). *Inclusão social de cidadãos portadores de deficiência(s) residentes no concelho de Miranda do Douro* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Bragança]. Biblioteca Digital IPB.

<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/6870/1/Lui%CC%81sa%20Dias.pdf>

Évora, C. P. (2019). *A inclusão das pessoas com Deficiência Intelectual no interior algarvio*. [Dissertação de mestrado, Universidade do Algarve]. Sapientia UAlg.

<https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/14842/1/Disserta%0c3%a7%0c3%a3o%20de%20Mestrado-%20C%0c3%a1tia%20%0c3%89vora.pdf>

Fernandes, A. S. P. (2014). *Intervenção do Serviço Social com pessoas com deficiência em contexto local*. [Dissertação de mestrado, Iscte – Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório Iscte.

<https://repositorio.iscteul.pt/bitstream/10071/8468/1/TESE%20FINALIZADA%20%281%29.pdf>

Fontes, F. (2016). *Pessoas com Deficiência em Portugal*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Forreta, M. F. A. (2018). *Pode alguém ser quem não é? Percursos de transição para a vida adulta de indivíduos classificados na categoria Deficiência Intelectual*. [Dissertação de doutoramento, ULisboa - Universidade de Lisboa]. Repositório UL.

https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/35197/1/ulsd732344_td_Maria_Forreta.pdf

Freixo, M. J. V. (2010). *Metodologia Científica: Fundamentos, Métodos e Técnicas* (Ed. 2). Instituto Piaget.

Hole, R., Stainton, T. e Wilson, L. (2012). Ageing Adults with Intellectual Disabilities: Self-advocates' and Family Members' Perspectives about the Future. Em S. Gair, J. Cook (Eds.) *Australian Social Work* (vol. 66, pp. 271 – 589). Australian Association of Social Workers; Routeged.

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0312407X.2012.689307?scroll=top&needAccess=true&role=tab&aria-labelledby=full-article>

ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa. (2022). *Código de Conduta Ético na Investigação*.

https://www.iscte-iul.pt/assets/files/2022/01/24/1643044824553_Co_digo_de_Conduta_E_tica_na_Investigac_a_o_ISC TE.pdf

Katz, G. e Lazcano-Ponce, E. (2008). *Intellectual disability: definition, etiological factors, classification, diagnosis, treatment and prognosis*, 50 (2), 132 – 141.

<https://www.scielosp.org/pdf/spm/v50s2/a05v50s2.pdf>

Ke, X. e Liu, J. (2012). Intellectual Disability. Em J. M. Rey, (Ed.) *IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health* (C.1, pp. 1 – 25). Joseph, M. Rey.

<https://iacapap.org/ Resources/Persistent/59cacea32eb3387bba990aafb6f7a07f28ac6887/C.1-Intellectual-Disability.pdf>

Lippold, T. e Burns, J. (2019). Social support and intellectual disabilities: a comparison between social networks of adults with intellectual disability and those with physical disability. Em V. Totsika, J. Blacher, J. Capal, P. Embregts, C. Melville (Eds.), *Journal of Intellectual Disability Research* (vol. 53, pp. 463-473). Iassidd.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1365-2788.2009.01170.x>

Luís, R. T. (2020). *Serviço Social e Desenvolvimento Sustentável*. [Dissertação de mestrado, Iscte – Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório Iscte.

https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/21328/4/master_rita_taveira_luis.pdf

Ministério Público. (2007, março). *Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*.

https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/pessoas_deficiencia_convencao_sobre_direitos_pessoas_com_deficiencia.pdf

Oliveira, M. (s/d). *Prevenção das Deficiências*. Secretaria da Educação – PR.

<http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/2317-8.pdf>

Organização das Nações Unidas. (1999). *Direitos Humanos e Serviço Social* (Ed.1). Departamento Editorial do ISSScoop.

https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/pdf/formacao_profissional_1_hrsocial_work.pdf

Palha, M., Andrade, D. C., Cotrim, L., Martins, S., Fritz, A. (2016). *Recomendações de base empírica para a prática relacionada com o acompanhamento de pessoas com Deficiência Intelectual*.

https://www.researchgate.net/publication/320623224_Recomendacoes_de_base_empirica_para_a_pratica_relacionada_com_o_acompanhamento_de_pessoas_com_perturbacao_do_desenvolvimento_intelectual

Pereira, A. M. L. (2016). *Prática profissional do Assistente Social no contexto da Incapacidade Intelectual*. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Leiria]. IC-Online ipleiria.

<https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/1942/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>

Praça, M. I. F. (2012). *Qualidade de vida relacionada com a saúde: a perspectiva dos utentes que frequentam os Centros de Saúde do ACES Trás-os-Montes I Nordeste*. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Bragança]. Biblioteca Digital IPB.

https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/3612/1/Pra%C3%A7a_Maria.pdf

Prodanov, C. C., e Freitas, E. C. (2013). *Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico* (Ed. 2). Universidade Feevale.

Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (Ed. 4). Gradiva.

Segurança Social, Deficiência. (s/d). *Deficiência*.

<https://www.seg-social.pt/deficiencia>

Serafim, F. M. M. P. (2007). *Promoção do bem estar global na população sénior: práticas de intervenção e desenvolvimento de actividades físicas*. [Dissertação de mestrado, Universidade do Algarve]. Sapientia Ualg.

<https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/659>

Silva, M. G. C. (2012). *O Agir Profissional do Assistente Social: um estudo de caso sobre a Prática Profissional do Assistente Social no Centro de Actividades Ocupacionais da APPACDM de Braga*. [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório UCP.

<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8929/1/2012.04.20-Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Gra%C3%A7a%20Correia.pdf>

Silveira, M. M. A. (2018). *Desafios à inclusão social de jovens com deficiência*. [Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Serviço Social do Porto]. Repositório Comum.

<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/23390>

Simões, M. C. M. F. (2019). *A Qualidade de Vida de Crianças e Jovens com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental: Contributo para a Educação Inclusiva*. [Centro de Estudos de Educação Especial - Universidade de Lisboa]. Fundação AFID Diferenças.

https://www.afid.pt/wp-content/uploads/Trabalho-de-investiga%C3%A7%C3%A3o_CristinaSimo.es.pdf

Vasconcelos, L. B., Santos, M. C. L., Silva, R. M., Filho, C. G., Santos, L. V., Probo, D. R. G. (2020). Qualidade de vida relacionada à saúde: análise dimensional do conceito (vol. 3). Universidade de Fortaleza.

<https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/160>

Anexos

Anexo 1 – Consentimento Informado

O presente estudo surge no âmbito de um projeto de investigação a decorrer no **Iscte – Instituto Universitário de Lisboa**. O estudo tem como objetivo perceber o contributo de uma IPSS da Área Metropolitana de Lisboa para a promoção da qualidade de vida em adultos com Deficiência Intelectual.

O estudo é realizado por Ana Margarida Deus Martins (com o endereço de e-mail anamargaridadeus@hotmail.com que poderá contactar caso pretenda esclarecer uma dúvida ou partilhar algum comentário), sob orientação da Professora Doutora Maria João Pena. A sua participação no estudo, que será muito valorizada pois irá contribuir para o avanço do conhecimento neste domínio da ciência, consiste em partilhar a sua perspetiva enquanto profissional na Instituição, através de uma entrevista *online* (gravada) com a duração média de 30 a 60 minutos. Não existem riscos significativos expectáveis associados à participação no estudo.

A participação no estudo é estritamente **voluntária**: pode escolher livremente participar ou não participar. Se tiver escolhido participar, pode interromper a participação em qualquer momento sem ter de prestar qualquer justificação. Para além de voluntária, a participação é também **anónima** e **confidencial**. Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo/a investigador/a, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o presente estudo e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, pelo que aceito nele participar.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Anexo 2 – Guião da Entrevista

Caracterização do Entrevistado/a:

- Idade
- Género
- Profissão

Funções e Competências:

1. Qual é a sua função e tarefas na Instituição?

Definição e Caracterização:

2. Como define a Deficiência Intelectual?

3. Do seu ponto de vista, quais os fatores que mais valoriza e as quais maiores dificuldades de trabalhar com esta população?

4. Quais as características e quais maiores desafios de trabalhar com adultos com Deficiência Intelectual?

Equipa Multidisciplinar:

5. Quais os profissionais que compõem a intervenção e de que forma é feita a articulação multidisciplinar?

Perguntas Extra para Assistente Social:

6. De que respostas/apoios sociais auferem os utentes desta Instituição?

7. Do seu ponto de vista, como avalia as respostas e apoios sociais necessários para as pessoas com Deficiência Intelectual?

Qualidade de vida:

8. O que entende por qualidade de vida?

9. Na sua opinião, o que considera necessário para a promoção da qualidade de vida em adultos com Deficiência Intelectual?

10. A avaliação da Qualidade de Vida, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), deve ser realizada com base nos domínios da saúde física, saúde psicológica, nível de independência, relações sociais, ambiente e crenças e valores pessoais. Com base no domínio da saúde física, quais as práticas e recursos utilizados na Instituição para promover:

- Energia e vitalidade aos utentes com Deficiência Intelectual?
- Qualidade de sono aos utentes com Deficiência Intelectual?

11. Tendo em conta o domínio da saúde psicológica, quais as práticas e recursos utilizados na Instituição para assegurar:

- A autoestima e cuidados de imagem dos utentes com Deficiência Intelectual?
- A gestão das emoções positivas e negativas dos utentes com Deficiência Intelectual?
- A obtenção de competências, raciocínio, memória, pensamentos e aprendizagens?

12. Relativamente ao domínio do nível de independência, quais as práticas e recursos utilizados na Instituição para proporcionar:

- A mobilidade dos utentes com Deficiência Intelectual?
- A concretização de atividades de vida diária dos utentes com Deficiência Intelectual?
- A capacidade de trabalho dos utentes com Deficiência Intelectual?

13. Com base no domínio das relações sociais, quais as práticas e recursos utilizados na Instituição para promover:

- As relações sociais dos utentes com Deficiência Intelectual?
- O apoio social aos utentes com Deficiência Intelectual?

14. Tendo em conta o domínio do ambiente, quais as práticas e recursos utilizados na Instituição para assegurar:

- A liberdade e segurança dos utentes com Deficiência Intelectual?
- O acesso o recursos financeiros aos utentes com Deficiência Intelectual?
- A saúde dos utentes com Deficiência Intelectual?
- A Assistência Social aos utentes com Deficiência Intelectual?
- A participação em atividades para a aquisição de competências aos utentes com Deficiência Intelectual?
- O acesso a transportes aos utentes com Deficiência Intelectual?
- A frequência de ambientes físicos saudáveis aos utentes com Deficiência Intelectual?

15. Relativamente ao domínio das crenças e valores pessoais, quais as práticas e recursos utilizados na Instituição para proporcionar:

- A espiritualidade e religião aos utentes com Deficiência Intelectual?
- As crenças pessoais aos utentes com Deficiência Intelectual?

16. Considera que a Instituição apresenta os recursos necessários para promover a qualidade de vida dos utentes? Se não, o que falta ou pode ser melhorado?

17. Na sua perspetiva, de um modo geral, considera que os utentes estão satisfeitos com a sua qualidade de vida? Porquê?