

## **Artigo**

### **Resumo**

Durante o ano de 2021, a Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM) de Coimbra realizou o projeto AutonomEU, cofinanciado pelo Programa de Financiamento a Projetos do INR, IP. Partindo do treino da capacidade funcional e cognitiva por forma a fomentar a independência e autonomia dos utentes de Residências Autónomas para Pessoas com Deficiência Intelectual, o objetivo passou pela aprendizagem/consolidação das competências funcionais e de autonomia. No AutonomEU verificou-se que os resultados da fase final tiveram itens com grande melhoria em comparação à fase inicial, nomeadamente, nas tarefas domésticas, tratamento de roupa e responsabilidade por assuntos financeiros, bem como uma evolução ao nível da avaliação das funções cognitivas com especial destaque para a área da orientação. Assim, ficou demonstrado, neste grupo de utentes, que práticas intensivas de intervenção e acompanhamento promovem a competência dos mesmos em se situarem de forma mais acertada no tempo e no espaço. Por fim, destaca-se a avaliação geral de Qualidade de Vida em que os valores obtidos foram bastante positivos, com 90% dos participantes a demonstrar um grau de satisfação elevados. Estes resultados foram aferidos pelos instrumentos Lawton e Brody, WHOQOL – BREF, MMSE, Caregiver Strain Index.

### **Palavras-Chave**

Autonomia; Treino; Competências, Deficiência Intelectual

“Só uma sociedade que inclui todas as pessoas pode concretizar o seu verdadeiro potencial” (ENIPD, p.3).

## **Deficiência e Deficiência Intelectual**

O conceito de deficiência é de difícil designação e caracterização. De acordo com a CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde), “são problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda” (p.49), que, por sua vez, podem produzir limitações de atividades (dificuldades que um indivíduo pode ter na execução de tarefas) e restrições de participação (problemas que um indivíduo pode enfrentar no seu cotidiano) (CIF, 2004). A CIF veio complementar a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), sendo esta uma lista de classificações para uso administrativo de serviços de saúde e epidemiologia.

De acordo com Nubila e Buchalla (2008), a união destes dois instrumentos é essencial para a criação de uma avaliação mais completa, uma vez que pelo meio da CID-10 (diagnóstico de doenças, distúrbios e outras condições de saúde) e da CIF (funcionalidade e incapacidades) é possível elaborar uma visão mais complexa e abrangente. Além disso, a CIF constitui-se como um instrumento complexo, devido ao seu carácter multidisciplinar, visto que inclui na sua análise aspectos do contexto

A CIF aponta para três elementos: o “Corpo”, onde estão incluídas duas dimensões, a das funções do corpo e a das estruturas do corpo; a “Atividade” e “Participação”, que integra aspectos sobre a funcionalidade, segundo uma perspectiva individual e social; e o “Contexto” onde se inserem as circunstâncias onde o indivíduo realiza as atividades do seu cotidiano, tendo em consideração os fatores ambientais (ambiente físico, social e atitudes).

Focando na definição do conceito de deficiência intelectual, este tem vindo a assumir novas terminologias, sendo que, de acordo com a *American Association on Mental Retardation* (AAMR) (citado por Veltrone & Mendes, 2012) a deficiência intelectual é uma

*“Incapacidade caracterizada por limitações significativas tanto no funcionamento intelectual quanto no comportamento adaptativo expresso em habilidades conceituais, sociais e práticas”* (p.363).

Desta forma, os indivíduos com deficiência intelectual apresentam uma redução do funcionamento intelectual e, conseqüentemente, têm limitações nas áreas do funcionamento adaptativo (CEIVI, 2018). Relativamente ao domínio conceitual, este envolve aspetos da memória, raciocínio matemático, leitura e escrita, linguagem e solução de problemas; quanto ao domínio social, este inclui sentimentos, habilidades de comunicação, julgamento social, percepção de pensamentos e experiências dos outros; por fim, o domínio prático abrange os conceitos de aprendizagem e a autogestão, os cuidados pessoais, organização de tarefas, entre outros (Millan, Spinazola & Orlando, 2015).

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais 5.<sup>a</sup> edição (DSM-V), a deficiência intelectual é “um transtorno (...) que inclui défices funcionais, tanto intelectuais quanto adaptativos, nos domínios conceitual, social e prático” (DSM-V, 2013, p.33). Porém, para se considerar deficiência intelectual tem de preencher três critérios: défices em funções intelectuais como raciocínio, solução de problemas, planeamento, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem académica e aprendizagem pela experiência confirmados pela avaliação clínica e por testes de inteligência padronizados e individualizados; défices em funções adaptativas que resultam em fracasso para atingir padrões de desenvolvimento, e socioculturais em relação a independência pessoal e responsabilidade social. Sem apoio continuado, os défices de adaptação limitam o funcionamento em uma ou mais atividades diárias, como a comunicação, participação social e vida independente, em múltiplos ambientes, seja em casa, na escola, no local de trabalho e na comunidade.

Segundo Rosado (s.d) existem características específicas comuns a grande parte das pessoas com deficiência intelectual, das quais: as características físicas que passam por falta de equilíbrio, dificuldades de locomoção, dificuldades de coordenação e dificuldades de manipulação; as características sociais passam por atraso evolutivo em situações de jogo e de lazer; e por fim, as características pessoais que passam por ansiedade, falta de autocontrolo, tendência para evitar situações de fracasso.

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR, 2002), a classificação da gravidade da deficiência intelectual e/ou incapacidades é avaliada tendo por base o funcionamento adaptativo e não os valores do QI, uma vez que é o funcionamento adaptativo que determina o nível de suporte necessário. Posto isto, a deficiência intelectual e/ou incapacidades pode ser classificada como ligeira, moderada, grave e profunda.

Para este artigo debruçamo-nos sobre a deficiência ligeira e a moderada. Assim:

**Tabela:** Níveis de gravidade da incapacidade intelectual

<b>Nível de gravidade</b>	<b>Domínio Conceptual</b>	<b>Domínio Social</b>	<b>Domínio Prático</b>
<b>Ligeira</b>	O pensamento abstrato, as funções executivas (planear, elaborar estratégias, estabelecer prioridades e flexibilidade cognitiva), a memória de curto prazo e o uso funcional das capacidades académicas estão comprometidos.	Os indivíduos, comparadas com outros da mesma idade, são imaturos nas interações sociais, uma vez que pode existir certa dificuldade na perceção de interação com pares. Desta forma, a comunicação, conversação e a linguagem são mais concretas e imaturas para a idade. Além disso, pode existir dificuldade no controlo e regulação dos comportamentos e emoções e pouca compreensão do risco em situações sociais.	Os indivíduos podem funcionar de forma apropriada à idade nos cuidados pessoais, no entanto, necessitam sempre de supervisão e de suporte na maioria das AVD e AIVD, bem como no caso das decisões de saúde e legais.
			Os indivíduos conseguem desenvolver AVD e AIVD, porém necessitam de um

<p><b>Moderada</b></p>	<p>As capacidades conceptuais atrasam-se significativamente em relação aos pares. Nos adultos, é necessário suporte ao nível do uso das capacidades académicas, no trabalho e vida pessoal, dado que, o desenvolvimento das capacidades académicas está num nível básico.</p>	<p>A linguagem utilizada é significativamente simples. Os indivíduos podem ter amizades e relacionamentos, no entanto, podem não perceber ou interpretar aspetos sociais corretamente. Necessitam de apoio ao nível da tomada de decisões porque essa capacidade é limitada. Além disso, é essencial o apoio social e comunicativo no contexto laboral.</p>	<p>período de tempo mais extenso de instrução para que se tornem independentes neste contexto. Deste modo, necessitam também de um suporte no contexto laboral. Assim, é fundamental o suporte contínuo, tanto ao nível das AVD, AIVD e contexto laboral, bem como suportes ao nível da aprendizagem de atividades recreativas. Podem existir casos de comportamento desadaptativo que causam problemas sociais.</p>
------------------------	---	---	--

**Fonte:** (DMS-IV-TR, 2002)

### **Autonomia**

*“A educação tem um papel imprescindível na compreensão e otimização do bem-estar intra e interpessoal, nas tarefas do desenvolvimento, na autonomia” (Lopes, Galinha, & Loureiro, 2010, p.27).*

O conceito-chave em torno do qual se estrutura uma casa é autonomia. Autonomia aprende-se e é um processo para toda a vida.

Segundo a pesquisa explanada por Hutching e Chapli (2017), uma população total de 91 adultos com deficiência intelectual em residências autônomas com supervisão, em New Jersey, nos EUA, demonstrou que as competências funcionais e as oportunidades para as adquirir sofrem um impacto direto da relação entre o ambiente, o local onde moram, a atitude e a forma de apoio prestada pelos colaboradores/cuidadores formais. “Viver num ambiente físico que não corresponde às necessidades da pessoa é frustrante e desestimula a autonomia e independência” (pág.82).

As tarefas do quotidiano das pequenas escolhas e decisões que uma casa requer promove autonomia e um sentido de responsabilidade natural. Segundo Hutching e Chapli, fatores como a localização e o plano individual para os residentes devem ser bem analisados para conhecer e saber identificar as estratégias adaptadas que promovam a aquisição de autonomia.

Para Jacob (2016), a questão central não é a dependência para realizar tarefas, mas sim o exercício da autonomia, que deve ser sempre valorizada, repetitiva e jamais negligenciada, por menor que seja a possibilidade de aquisição. A manutenção e, quando possível, o desenvolvimento dos níveis de autonomia, é o que permite às pessoas com deficiência apelar aos seus direitos e deveres e se emanciparem enquanto cidadãos.

O défice no comportamento adaptativo, relacionado com o défice cognitivo, afeta certos ambientes da vida do ser humano – ao nível social (competências da comunicação, estabelecer relações interpessoais, etc.), conceptual (competências ao nível da memória, resolução de problemas, etc.) e funcionamento prático (aprendizagem e auto monitorização em diferentes contextos de vida). Nos últimos anos, tem-se verificado que a Perturbação do Desenvolvimento Intelectual tem tido uma elevada prevalência principalmente no que concerne à necessidade de suporte e da institucionalização.

Deste modo, a institucionalização surge como a principal solução, associada ao apoio insuficiente aos cuidadores informais e conseqüente dificuldade de integração destes indivíduos no contexto familiar e contexto comunitário/laboral/profissional/ocupacional, por falta de treino e capacitação das suas potencialidades.

*“Uma sociedade inclusiva prevê sistemas de apoio financeiro, serviços de apoio social, de saúde e de reabilitação de qualidade, ajustados às necessidades de cada pessoa e às especificidades do ciclo de vida em que se encontra, privilegiando a autonomia e a garantia da autodeterminação das pessoas com deficiência, contribuindo para a construção de comunidades mais resilientes e inclusivas” (ENIPD p.19)*

“O direito das pessoas com deficiência viverem de forma independente, com acesso a recursos, serviços e instalações na comunidade, são um imperativo inalienável da vida em sociedade, imprescindível ao pleno gozo dos direitos de uma cidadania ativa e participativa” (ENIPD p.28), sendo o objetivo específico 1.1 do eixo estratégico 5 do ENIPD - capacitar pessoas e famílias para a autonomia.

O Art 3º alínea c) da Convenção dos Direitos Humanos apela à participação e inclusão plena e efetiva na sociedade.

## **METODOLOGIA**

O estudo foi realizado durante o ano de 2021, no contexto da resposta social Residência Autónoma, da APPACDM Coimbra, localizada na Tocha, Cantanhede, Coimbra. Os indicadores selecionados para avaliação do impacto do projeto são o Índice de Lawton e Brody que avaliam o nível de independência das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD's) e das Atividades de Vida Diária (AVD's); o Instrumento WHOQOL – BREF que avalia a qualidade de vida do sujeito, realizada pelo próprio, acerca da sua qualidade de vida; o MMSE que avalia seis domínios cognitivos como a orientação, a repetição, a recordação verbal, a atenção e cálculo e a linguagem e construção visual; e o Caregiver Strain Index, uma Escala de Sobrecarga do Cuidador Modificada. Os resultados esperados são, ao nível das atividades de vida diária dos utentes, um valor final superior ao valor apurado na pré avaliação no Índice de Lawton e Brody aquando do final do curso; da melhoria da qualidade de vida do beneficiário, sendo o resultado esperado um valor final superior ao valor apurado na pré avaliação do instrumento WHOQOL – BREF aquando do final do curso; da melhoria do domínio cognitivo do beneficiário, sendo o resultado esperado um valor final superior ao valor apurado na pré avaliação do mini exame MMSE; da melhoria ao nível da sobrecarga do cuidador, sendo o resultado esperado um valor final superior ao valor apurado na pré avaliação da escala Caregiver

Strain Index; ainda da frequência nas sessões superior a 70%; e da adesão ao programa superior a 80%.

## Desenvolvimento

A maior parte das ações humanas são dirigidas. Não nos limitamos a caminhar, a alcançar, a recuar ou a fugir; caminhamos e alcançamos determinados objetos/objetivos, evitamos ou fugimos de outros. Assim, os motivos têm dupla função: primeiro, o de conduzir para a realização de um determinado comportamento e, segundo, o de potenciar certas percepções, sentimentos e comportamentos em detrimento de outros. Todos os beneficiários estavam predispostos a usufruir do programa AutonomEU, pelo que o espírito de entrega para a realização das atividades foi concordante.

Na fase inicial e final do projeto foram aplicados os instrumentos de avaliação referidos anteriormente, com o objetivo de verificar o impacto da intervenção em diferentes áreas.

Assim, o instrumento de avaliação Lawton e Brody permite avaliar a autonomia da pessoa para realizar as atividades necessárias para viver de forma independente na comunidade, designadas por atividades instrumentais da vida diária (AIVD): utilização do telefone, realização de compras, preparação de refeições, tarefas domésticas, lavagem da roupa, utilização de meios de transportes, manuseamento de medicação e responsabilidade em assuntos financeiros. Os resultados obtidos em ambas as fases avaliaram uma dependência moderada, contudo, a fase final teve domínios com melhoria em comparação à fase inicial (Gráfico 1 – Evolução geral por utente - Escala de Lawton e Brody).

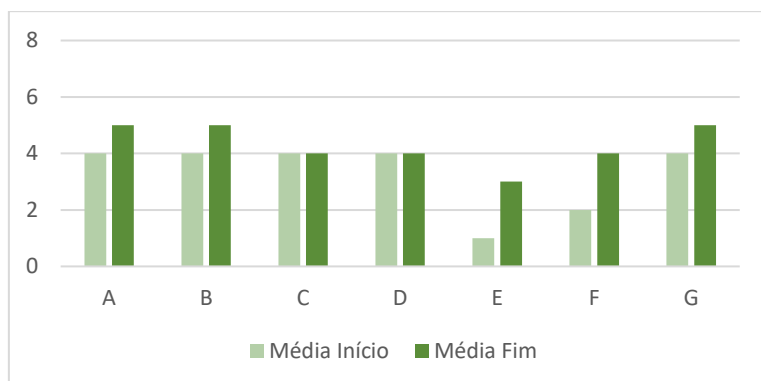


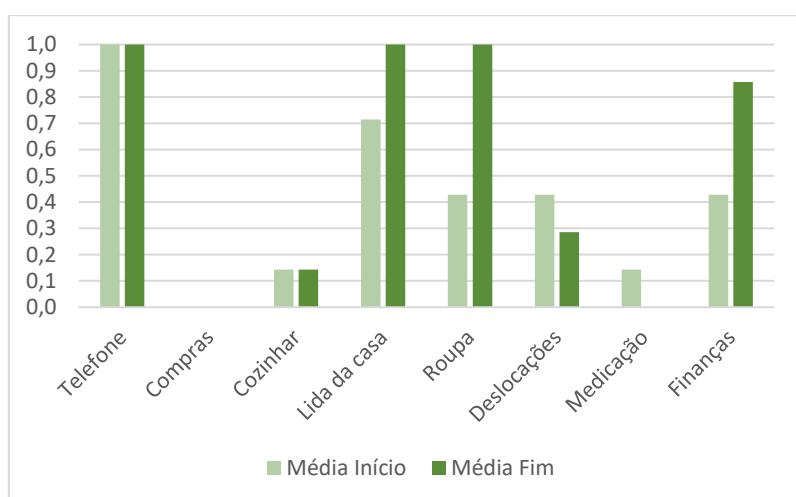
Gráfico 1 – Evolução geral por utente - Escala de Lawton e Brody



Todos os domínios foram igualmente aplicados independentemente do género da pessoa.

A variação dos resultados é considerada entre os zero pontos e 8 pontos. Sendo que a pontuação máxima (oito) corresponde ao grau independente e a mínima (zero) corresponde ao grau totalmente dependente. A média dos indivíduos na fase inicial foi de 3,3 pontos e na fase final de 4,3 pontos.

Tarefas domésticas, tratamento de roupa e responsabilidade por assuntos financeiros foram os itens com alterações ligeiramente positivas. A variação de pontos na avaliação por domínio é de zero a 1 pontos, sendo que zero ponto diz respeito à não aquisição de competência e 1 ponto para a aquisição de competência. (Gráfico 2- Evolução por domínio – Escala de Lawton e Brody)



*Gráfico 2-Evolução por domínio Escala de Lawton e Brody*

Todos os indivíduos apresentam competências para o manuseamento de telefone. Já no que diz respeito às compras o resultado foi o inverso. A dificuldade neste âmbito traduziu-se na ausência de capacidade de gerir valores de grande importância (acima de 10 euros demonstram dificuldade na gestão), bem como nas noções de gestão de produtos alimentares/higiene e conforto versus preço do produto. No domínio referente à cozinha, foram verificadas dificuldades na planificação, organização, confeção e manuseamento de alguns equipamentos de forma autónoma. Contudo, apesar de ambas as fases terem o mesmo resultado existiu uma melhoria em termos práticos com a supervisão constante de um colaborador. O domínio das deslocações teve um ligeiro declínio provocado por fatores externos a um indivíduo, que provocou desorientação pessoal. O domínio

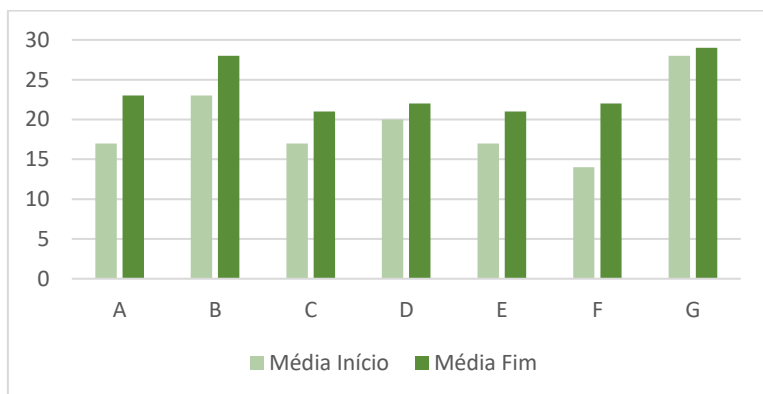
responsabilidade pela sua medicação, apenas um indivíduo conseguia gerir a sua prescrição até ao momento em que teve de realizar alteração terapêutica, fazendo com que tivesse de existir um novo treino para reconhecimento da nova medicação. No que concerne aos assuntos financeiros foram tidas em consideração as rotinas diárias a este nível, isto é, o manuseamento de pequenas quantias de dinheiro disponibilizado semanalmente e gerido com supervisão. Nos assuntos de responsabilidade financeira em termos globais (idas a banco, gestão de contas, aquisição de bens com elevado valor e gestão de rendimento) é necessária a intervenção de um terceiro elemento, pois nenhum dos beneficiários tem competência de responsabilidade financeira.

Os domínios Lida da casa e Tratamento de roupa obtiveram resultados significativos. Denotou-se, através das práticas diárias de AIVD, que a forma mais simples de aprendizagem foi a habituação, ou seja, através da exposição repetida, permitindo que determinadas reações ao estímulo deixem de ser atos únicos, para se tornarem hábitos. Nesta medida foi necessária a supervisão de terceiro, bem como repetição verbal para a realização de tarefa ou instruções inerentes. Quando se elimina a supervisão e instrução verbal com regularidade, os beneficiários tendem a não executar as aprendizagens adquiridas.

A utilização de estratégias de reforço e estratégias de instrumentos visuais e de memórias adaptadas às necessidades diagnosticadas por cada indivíduo tiveram resultados positivos neste período temporal.

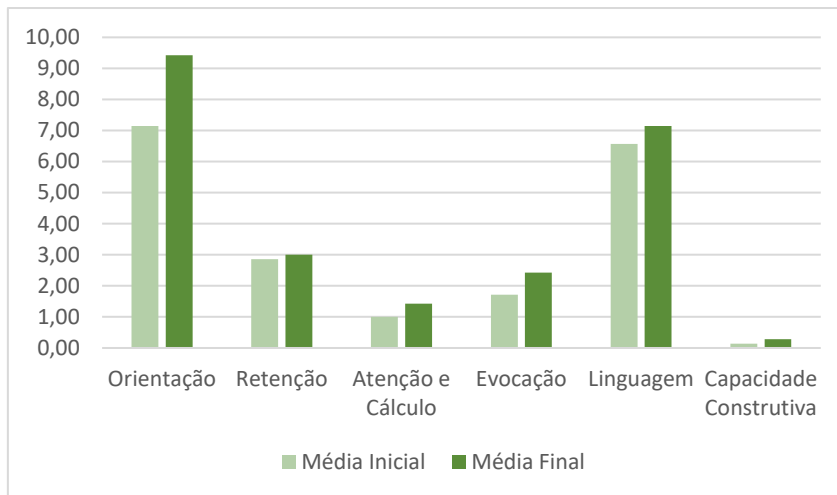
O instrumento de avaliação Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein é um questionário que permite fazer uma avaliação sumária das funções cognitivas. O teste é constituído por 30 questões (pontuadas com valor 0 - quando o indivíduo não responde ou dá uma resposta incorreta ou 1 - quando o examinado fornece uma resposta correta) organizadas em seis domínios cognitivos: Orientação – 5 itens de orientação temporal e 5 de orientação espacial; Retenção – repetição de 3 palavras; Atenção e Cálculo – série de 5 subtrações de 3; Evocação – o examinado tem de evocar espontaneamente as três palavras retidas; Linguagem – inclui dois itens de Nomeação, um de Repetição de uma frase, um de Compreensão de ordem verbal com três passos, um de Compreensão de ordem escrita, um de Escrita espontânea - uma frase com sentido e gramaticalmente correta; Capacidade Construtiva. O teste permite obter uma pontuação máxima de 30 pontos, sendo que as pontuações mais elevadas indicam melhores desempenhos.

Nos resultados globais na fase inicial obteve-se uma média de 19,4 pontos e na fase final uma média de 23,7 pontos. Foi possível verificar uma melhoria em todos os indivíduos. (Gráfico 3- Evolução geral por indivíduo - Mini-MMSE)



*Gráfico 3- Evolução geral por indivíduo - Mini-MMSE*

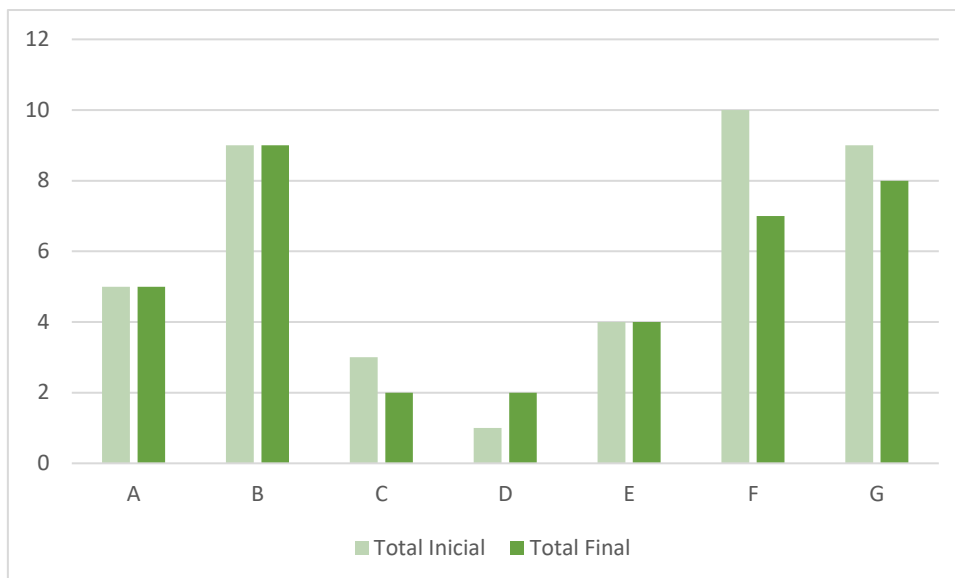
Constatou-se uma ligeira evolução ao nível da avaliação das funções cognitivas, essencialmente na área de orientação. Os itens atenção e cálculo, evocação e linguagem tiveram melhorias menos expressivas. De referir que a execução do cálculo foi adaptada para números inferiores a 50 com pequenas subtrações. Existe, no geral, dificuldade na realização de operações matemáticas com quantidades/números elevadas (superior a 50). Esta situação, na prática, traduz-se na dificuldade de manuseamento de dinheiro (realização de trocos, perceção do valor financeiro – mais barato, mais caro, muito, pouco). Observou-se que, no item orientação, os indivíduos, com as práticas diárias gerais de intervenção e acompanhamento, conseguiram situar-se no tempo e no espaço (essencialmente no dia do mês, ano, estação e distrito). Ao nível da linguagem, a escrita/leitura e a compreensão, não foram obtidas diferenças significativas, contudo na repetição e nomeação verificaram-se resultados com evolução positiva. (Gráfico 4- Evolução por domínio - Mini-MMSE)



*Gráfico 4- Evolução por domínio - Mini-MMSE*

A sobrecarga do cuidador pode ser vista como um conceito vasto que abrange a esfera biopsicossocial e resulta da busca de um equilíbrio entre diferentes variáveis, nomeadamente: tempo disponível para o cuidado, recursos financeiros, condições psicológicas, físicas e sociais, atribuições e distribuição de papéis. Pelo que se aplicou, a cuidadores formais e informais, a escala de Caregiver Strain Index (CSI). Trata-se de um instrumento breve que permite avaliar rápida e facilmente a sobrecarga subjetiva dos cuidadores relativa à prestação de cuidados, sendo constituído por 13 questões.

Quanto maior a pontuação, maior o nível de sobrecarga do cuidador. Os resultados obtidos não identificaram alterações significativas apesar do cuidador ir dando feedback positivo ao longo do projeto. Esta situação pode dever-se à duração curta do projeto e ao facto da escala ser passada imediatamente após a conclusão do programa. (Gráfico 5- Resultado Inicial vs Final - Caregiver Strain Index)

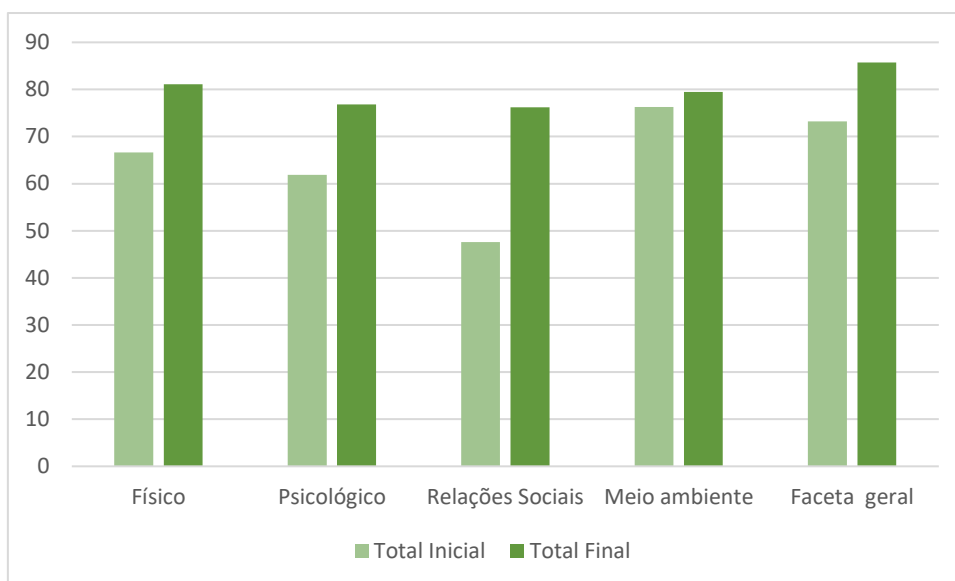


*Gráfico 5- Resultado Inicial vs Final - Caregiver Strain Index*

O instrumento WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life – Bref) é uma medida genérica, multidimensional e multicultural para uma avaliação subjetiva da qualidade de vida, podendo ser utilizada num largo espectro de distúrbios psicológicos e físicos, bem como com indivíduos saudáveis. A estrutura do instrumento integra quatro domínios de qualidade de vida: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente.

Cada um destes domínios é composto por facetas da qualidade de vida (QV) que sumarizam o domínio particular de qualidade de vida em que se inserem. Esta medida possibilita ainda o cálculo de um indicador global, nomeadamente a faceta geral de qualidade de vida.

Na avaliação geral de QV os resultados foram consideravelmente positivos, passou-se de 73% para 86% de satisfação. O domínio meio ambiente foi o que sofreu menos impacto (76% na fase inicial setembro, 79% na fase final). Ao nível do domínio psicológico houve uma melhoria de 15%, no domínio físico houve melhoria de 24% e nas relações sociais 29%. (Gráfico 6- Evolução por Domínio - WHOQOL-BREF)



*Gráfico 6- Evolução por Domínio - WHOQOL-BREF*

Em termos qualitativos, pode-se afirmar que a estabilidade emocional e a regulação comportamental foi sofrendo, na generalidade dos beneficiários, oscilações de acordo com alguns eventos ou situações. Sendo este um fator que influencia diretamente a execução de uma tarefa/atividade.

## **Conclusões**

O AutonomEU tratou-se de um projeto que visava não só a conceção, como a implementação de um programa de treino de competências ao nível da capacidade funcional e cognitiva da PCDI, para a preparação para a autonomia e vida independente. Podemos afirmar, com base nos resultados obtidos, que este projeto teve um impacto positivo nas vidas de cada beneficiário, bem como, contempla qual o caminho, que estratégias, quais as competências a seguir no âmbito da autonomia.

Apesar de já surgirem alguns estudos comparativos em países que possuem diferentes tipologias de residências para as pessoas com deficiência intelectual, ao nível da autonomia e vida independente ainda se encontra escassez bibliográfica.

Existem fortes argumentos, apesar de não estar evidenciado cientificamente, de que a possibilidade de habitar numa residência autónoma com apoio centrado na pessoa e que valorize a sua autonomia, por menor que seja, favorece a inserção social desse indivíduo.

Indivíduos com deficiência intelectual podem e devem, assim como os demais, conviver e desfrutar de ambientes e oportunidades de ensino que garantam maior autonomia e independência no seu dia a dia.

Por conseguinte, é emergente identificar as competências, potencialidades e dificuldades individuais para que se torne possível realizar e executar um plano de intervenção eficaz. É relevante ter em consideração que existem problemáticas intelectuais que não podem ser distorcidas, a ponto de se pedir que desempenhem funções consideradas “normais” na sociedade onde se encontram, contudo, podem ser criadas estratégias específicas para favorecer ganhos importantes ao comportamento adaptativo da pessoa com deficiência intelectual.

Assim sendo, não se trata apenas de direitos, mas sim, um investimento numa sociedade com valores humanamente melhores. Quando os ambientes sociais, nomeadamente trabalho, espaços públicos, comércio e locais para lazer estiverem predispostos a realizar a adaptação necessária para acolher a presença de todas as pessoas, a sociedade enriquece.

### **Referências Bibliográficas**

Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., Carona, C. (2007). Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III, pp. 77-100). Coimbra: Quarteto Editora.

Centro de Especialidade Integradas de Vinhedo (2018). *Deficiência Intelectual*. <https://ceivi.org.br/deficiencia-intelectual/>

CIF (2004), Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde <https://catalogo.inr.pt/documents/11257/0/CIF+2004>

Department Of Health. Valuing people: a new strategy for learning disability for the 21st century. London, 2001.

DSM-5 (2013). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. American Psychiatric Association. 5ª Edição.

Freitas S, Simões MR, Alves L, Santana I. Mini Mental State Examination (MMSE). In: Mário R. Simões, Isabel Santana & Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (GEECD), editors. *Escalas e Testes na demência*. 3rd ed. Lisboa: Novartis

Hutchings, B., Chaplin, E. The relationship of personenvironment fit to perceptions of autonomy, competency and a satisfaction among older adults with developmental disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, v. 14, n. 3, 2017.

Jacob, P. *Il n'y a pas de citoyens inutiles*, Paris: Dunod, 2016.

Millan, A. E., Spinazola, C. D. C., & Orlando, R. M. (2015). *Deficiência Intelectual: Caracterização e atendimento educacional*. *Revista Educação*, 5(2), 73-94.

Nubila, H. e Buchalla, C. (2008). *O papel das classificações da OMS, CID e CIF na definição de deficiência e incapacidade*. *Ver. Bras. Epidemiol* 11 (2): 324-335

Rosado, S. (s.d.). *Deficiência mental*. Consultado a 14 de março de 2018 em Instituto de Apoio e de Desenvolvimento: <http://www.itad.pt/deficiencia-mental/>

Santana, I., Duro, D., Lemos, R., Costa, V., Pereira, M., Simões, M., & Freitas, S. (2015). Mini-Mental State Examination: Avaliação dos Novos. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*.

Veltrone, A. A., & Mendes, G. E. (2012). *Impacto Da Mudança De Nomenclatura De Deficiência Mental Para Deficiência Intelectual*. *Educação em Perspetiva*. <https://periodicos.ufv.br/educacaoemperspectiva/article/view/6537>